

PLANO OPERATIVO

DO

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA
REGIÃO DO ALTO TAPAJÓS – (CISRAT)

2022

2022

CONSELHO ADMINISTRATIVO:	
Presidente do Consórcio: VALDEMAR GAMBA	
Prefeito do Município: ALTA FLORESTA – MT	
Celular: (66) 3521-3100	e-mail: gabineteprefeito@altafloresta.mt.gov.br
Vice Presidente do Consórcio: CESAR AUGUSTO PERIGO	
Prefeito do Município: Nova Bandeirantes – MT	
Celular: (66) 9845-5456	e-mail: cesarpros90@hotmail.com

CONSELHO FISCAL		
Membros:	Função	Celular
1º- Marco Aurélio Campos Ferreira	Presidente	(66) 9 8414-9774
2º- Antônio da Silva	Vice-presidente	(66) 9 9614-7619
3º- Jurandir Aparecido de Carvalho	Secretário	
Secretário(a) executivo(a): LENIR GERÔNIMO DE SOUSA		
Celular (66) 9 9222-2876	e-mail: lenir_af@hotmail.com	
Assessor contábil: DIONY FERREIRA LIMA		
Celular (66) 9 8405-6005	e-mail: dionylima@hotmail.com	
Assessor jurídico: CARLOS EDUARDO FURIM		
Celular 66) 9 8438-6670	e-mail: furim@hotmail.com	
Assessor administrativo: ALICI ANI RHODEN		
Celular (66) 9 9904-7117	e-mail: alicirhodem2012@gmail.com	
Controle Interno: VERONICA BRUNKROST BORTOLASSI		
Celular (66) 3521-3169	e-mail: vebotolassi@hotmail.com	
	e-mail: afcontoladoria@hotmail.com	
Gerente Administrativo: ADRIANA PEREIRA ROCHA SANTANA		
Celular (66) 9 9979-7816	e-mail: adrianatansan@hotmail.com	
Serviços Gerais: MARIA RENILDA BATISTA		
Celular (66) 9 9216-3997		

SUMÁRIO

1 Apresentação	5
2 Caracterização do Consórcio.....	5
2.1 Da Constituição.....	5
2.2 Da Missão.....	5
2.3 Dos valores.....	6
2.4 Das Atribuições.....	6
2.5 Dos Objetivos.....	6
Quadro 01 Descritivo dos municípios consorciados por lei de autorização segundo prefeito e secretário de saúde atual em 2022	7
3 Da Inserção no SUS.....	8
4 Da Estrutura Física.....	8
Quadro 02 Descritivo dos moveis e eletrônicos pertencentes ao CISRAT.....	8
5 Da Estrutura Administrativa.....	9
5.1 Do Organograma.....	9
5.2 Da Gestão de Pessoas.....	10
6 Da Distribuição Espacial dos Municípios em Relação à Sede do Consórcio..	11
7 Da Definição das Ações e Formas de Acesso.....	12
8 Do Atendimento.....	12
9 Quantitativo de procedimentos programados para 2022.....	13
9.1 Procedimentos com finalidade diagnóstica - serviços de apoio diagnóstico.....	13
Quadro 03 Descrição dos serviços por grupo e sub grupo (Tabela SUS) segundo as metas quantitativas e estimativa do valor (R\$) médio por procedimento unitário e total.....	13
9.2 Procedimentos clínicos.....	17
Quadro 04 Descrição dos serviços em procedimentos clínicos por profissional de nível superior por grupo e subgrupo (Tabela SUS) segundo as metas quantitativas e do valor (R\$) o por procedimento unitário e total.....	17
9.2.1 Procedimentos clínicos em consultas/atendimentos.....	17
9.2.2 Procedimentos em tratamento clínico.....	18
Quadro 05 Descrição dos serviços por grupo e sub grupo (Tabela SUS) segundo as metas quantitativas e estimativa do valor (R\$) médio por procedimento unitário e total.....	18
9.3 Procedimentos Cirúrgicos.....	18

9.3.1 Procedimentos em Tratamento Cirúrgico.....	18
Quadro 06 Descrição dos serviços por grupo e sub grupo (Tabela SUS) segundo as metas quantitativas e estimativa do valor (R\$) médio por procedimento unitário e total.....	18
9.4 Demonstrativos financeiros do quantitativo dos procedimentos programados para 2022.....	19
10 Detalhamento Físico-Orçamentário.....	20
10.1 Dados Bancários.....	20
11 Da Receita Operacional.....	20
11.1 Do Detalhamento.....	21
11.1.1 Transferência de recurso financeiro previsto no PAICI/SES-MT dos municípios consorciados (recurso do SUS)	21
11.1.2 Transferência de recurso financeiro previsto no Contrato de Rateio exclusivamente da cota do município.....	21
12 Da Despesa.....	22
12.1 Administração do Consórcio de Saúde.....	22
12.2 Serviço assistencial.....	23
13 Da Contratação dos Serviços.....	24
14 Da Relação de Prestadores Credenciados ou Contratados.....	25
14.1 Relação de Prestadores Credenciados ou Contratados para os Procedimentos com Finalidades Diagnósticas (SADT)	25
14.2 Relação de Prestadores Credenciados ou Contratados para os Procedimentos Clínicos em Consultas.....	34
14.3 Relação de Prestadores Credenciados ou Contratados para os Procedimentos em Tratamento Clínico.....	36
14.4 Relação de Prestadores Credenciados ou Contratados para os Procedimentos Tratamento Cirúrgico.....	36
17 Metas Qualitativas.....	38
16 Da Liberação dos Recursos de Despesa.....	38
17 Da Avaliação das Metas.....	38

PLANO OPERATIVO DO CISRAT – 2022/2023

1. APRESENTAÇÃO

O presente documento refere-se ao Plano Operativo do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós, elaborado com base na Portaria nº 161/2010/GM/MS, na Portaria nº 098/2016/GBSES, na Portaria nº 176/2016/GBSES e na Portaria nº 212/2022/GBSES. É parte integrante do Programa de Transferência Voluntária Fundo a Fundo, tendo vigência para o período de 01 de janeiro de 2022 a 31 de dezembro de 2022 e execução prevista para o período de março de 2022 a março de 2023, em razão do prazo necessário para tramitação do processo licitatório e firmamento de contratos. Trata-se de um instrumento em que são apresentadas as ações, serviços, atividades, metas quantitativas e qualitativas e indicadores de qualidade pactuados, a serem realizados em 2022/2023.

2. CARACTERIZAÇÃO DO CONSÓRCIO

O CISRAT é pessoa jurídica de direito público, do tipo Órgão Público Autônomo Municipal.

2.1. Da Constituição

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós foi constituído em 23/12/1997, com registro no Cartório Dalla Riva 2º Ofício - Registro Civil de Pessoas Jurídicas, sob nº 446 e inscrito no CNPJ nº 02.228.364/0001-59, constituído sob a forma de Órgão Público Autônomo Municipal com personalidade jurídica de Direito Público, de natureza sem fins lucrativos. Seu Protocolo de Intenções, datado de 23 de janeiro de 2013, foi publicado no JOE/AMM, ano VIII, nº 1667, do dia 27 de fevereiro de 2013, e no DOE nº 25995, pág. 58, do dia 28 de fevereiro de 2013. Tem como objetivo, promover a integração de ações, programas e projetos no sentido de buscar e acelerar o desenvolvimento da saúde pública em favor de suas populações, em conformidade com a Lei Federal nº 11.107 de 6 de abril de 2005, e o Decreto 6.017 de 17 de janeiro de 2007, ratificado pelas Leis Municipais descritas no quadro 01.

A sede administrativa do Consórcio está localizada na Rua do Araújo nº 264, Bairro Setor RI, CEP: 78580-000.

2.2. Da Missão

Promover o acesso aos serviços de saúde de média complexidade, de forma alternativa e inovadora, para a superação de lacunas na assistência à saúde da Região Alto Tapajós, **com ênfase na regionalização das ações e serviços de saúde e na economia de escala.**

2.3. Dos valores

1. Os valores do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Alto Tapajós, estão fundamentados nos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde.

2.4. Das Atribuições

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós tem por atribuição/finalidade, além de outras a serem definidas por assembleia geral:

1. Ser um dos instrumentos de regionalização da política assistencial em saúde, conforme previsto no processo de descentralização da política de saúde no Brasil.
2. Superar problemas de oferta de serviços de saúde na região, proporcionando economia de escala na compra dos mesmos.

2.5. Dos Objetivos

Tem por objetivo geral, viabilizar a operacionalização das ações em saúde, observando a descentralização com direção única em cada esfera de governo, e os Princípios da Integralidade de Assistência, Universalidade de Acesso e da Equidade das Ações e Serviços, atuando com os seguintes objetivos específicos:

1. Implantar e desenvolver ações e serviços assistenciais necessários, de abrangência regional;
2. Garantir o sistema de referência e contra referência, através da integração dos serviços assistenciais, numa rede hierárquica e descentralizada de atendimento;
3. Representar o conjunto dos municípios que o integram, em assuntos de interesse comum, perante quaisquer outras entidades públicas ou privadas;
4. Racionalizar os investimentos de compras, bem como os de uso de serviços de saúde na Região de abrangência do CISRAT;
5. Realizar a compra de serviços de consultas médicas especializadas e de exames clínicos a pedido dos municípios consorciados, utilizando-se de processo de licitação, com o propósito de reduzir os custos dos mesmos.

Quadro 01	DESCRITIVO DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS POR LEI DE AUTORIZAÇÃO SEGUNDO PREFEITO E SECRETÁRIO DE SAÚDE ATUAL EM 2022.				
Municípios consorciados		Lei nº	Data da aprovação	Prefeito atual	Secretário de Saúde atual
1. Alta Floresta – MT		2241/2015	10/12/2020	Valdemar Gamba	Sandra de Melo
2. Apiacás – MT		1112/2019	10/12/2020	Júlio Cesar dos Santos	Fabiana Patrícia L. S. Pessoa
3. Carlinda – MT		1178/2019	10/12/2020	Carmelinda Leal M. Coelho	Daiane Rosa
4. Nova Bandeirantes – MT		11673/2019	10/12/2020	Cesar Augusto Perigo	Jair Habowski
5. Nova Monte Verde – MT		1098/2021	10/12/2020	Edmilson Marino dos Santos	Ana Carina Effiting
6. Paranaíta – MT		1160/2021	10/12/2020	Osmar Antônio Moreira	Andreia Fabiana Dos Reis

3. DA INSERÇÃO NO SUS

O Consórcio está inserido no SUS loco regional disponibilizando os serviços aos usuários do SUS dos municípios consorciados, visando atender as necessidades, por procedimentos/atendimentos a nível ambulatorial e serviço de apoio diagnóstico, de modo complementar pela compra de serviço na rede privada. Garante desta forma os princípios da Integralidade de Assistência, Universalidade de Acesso e da Equidade das Ações e Serviços.

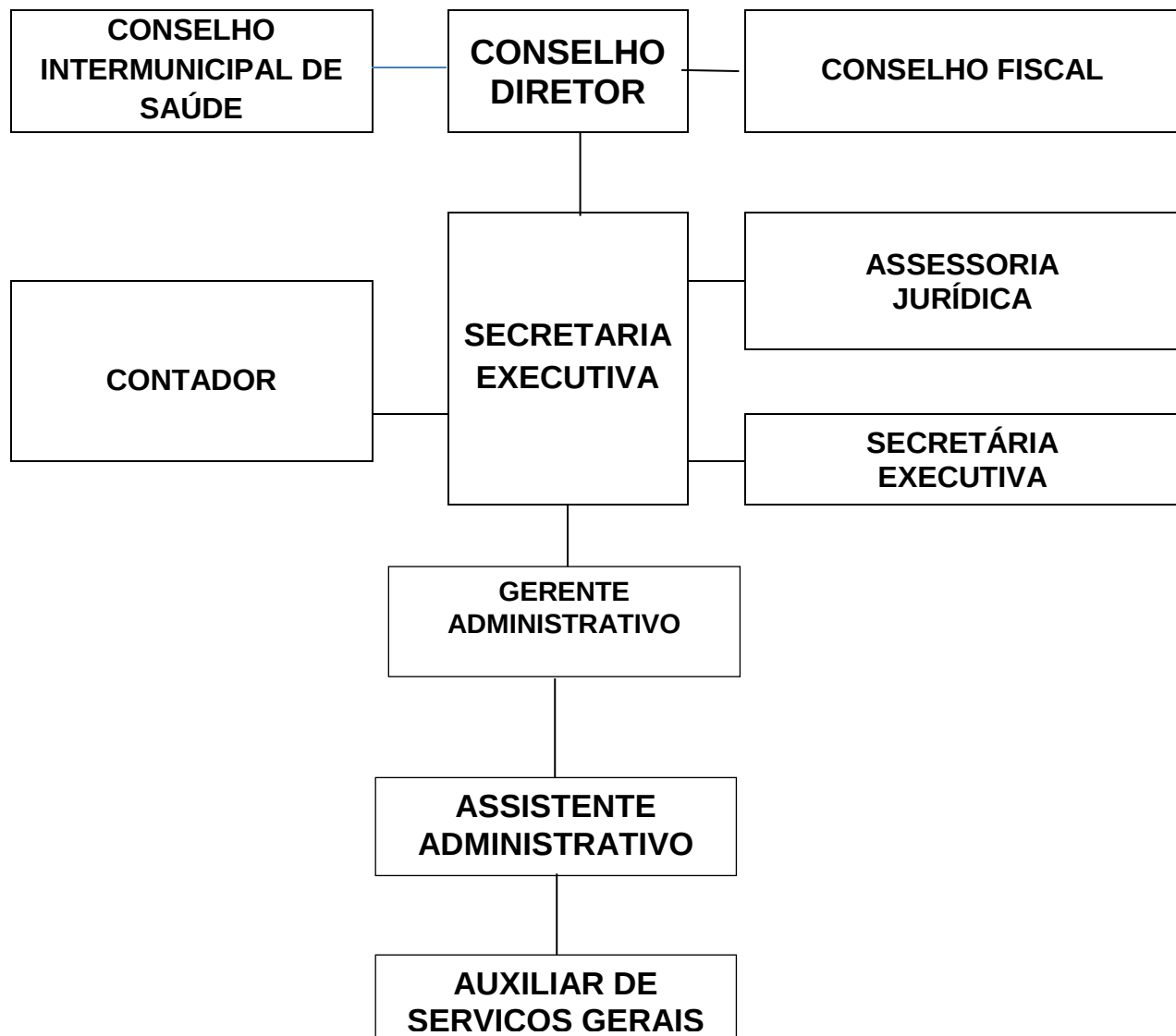
4. DA ESTRUTURA FÍSICA

O CIS ALTO TAPAJÓS/MT está instalado em uma sala alugada, com área de 72 m², utilizada exclusivamente para área administrativa e sala de reuniões. Os equipamentos e mobiliários (administrativos) estão descritos a seguir:

Quadro 02	Descrição	Marca/Modelo	Ano	Quant	Estado do Bem
	Mesa articulada, c/ conexão.	Belo	2005	2	Regular
	Armário, Aço, 2 portas,	PJ Móveis	2005	1	Regular
	Escrivaninha, 1,20 X 0,60M	Vanda Flex	2005	1	Ruim
	Arquivo Aço, 4 gavetas	PJ Móveis	2002	1	Regular
	Mesa em L, kapsberger, marron	Kapsberger	2017	2	Bom
	Mesa Reunião, madeira, 2,50x1,10m	Imperial	2017	1	Bom
	Cadeiras fixas em madeira	Imperial	2005	10	Bom
	Cadeira Giratória	Plaxmetal	2013	3	Bom
	Cadeira Fixa em polipropileno	Ergoplax	2013	4	Bom
	Poltrona Giratória Presidente	Plaxmetal	2013	1	Bom
	Microcomputador completo, XPS 8500,	Dell	2012	1	Ruim
	Microcomputador completo, Inspiron, i5,	Dell	2014	2	Bom
	Microcomputador completo, Intel Core i5,	C3Tech	2018	1	Bom
	Servidor Power Edge, Intel Dual Core	Pentium	2009	1	Ruim
	Servidor PoweEdge, T140, HD 1Tb,8GbRam	Dell	2019	1	Bom
	Multifuncional a Laser, Mod. M4070,	Samsung	2019	1	Bom
	Multifuncional LaserJet, Mod. M1132,	HP	2014	1	Ruim
	Nobreak, 600 VA, mono	SMS	2017	1	Ruim
	Nobreak, 600 VA, Net Station	SMS	2018	2	Regular
	Nobreak, 600 VA, Net Station	SMS	2018	2	Ruim
	Nobreak, 1 KVA,	SMS	2018	1	Bom
	Refrigerador Vertical, 239 L, branco	Consul	2015	1	Bom
	Condicionador de Ar, 30.000 BTUs Split	Eletrolux	2013	1	Regular
	Condicionador de Ar, 7.500 BTUs Split	Komeco	2012	1	Ruim
	Condicionador de Ar, 12.000 BTUs Split	Elit Star	2010	1	Ruim
	Estante de Ferro, 6 prateleiras	Extraluz	2010	4	Ruim
	Gaveteiro, 4 gavetas,	Belo	2005	1	Regular
	Estante de Ferro, 5 prateleiras	Imperial	2021	3	Bom

5. DA ESTRUTURA ADMINISTRATIVA

5.1. Do organograma



5.2. DA GESTÃO DE PESSOAS

FUNÇÃO	VINCULO*	QUANTIDADE	QUALIFICAÇÃO	CHS**	RENDIMENTO (R\$) UNITÁRIO
Secretário Executivo	Cont. Temporário	01	Superior completo	40	6.565,83
Contador	Termo de Cooperação Técnica	01	Superior completo	20	
Assessor Jurídico	Cont. Temporário	01	Superior completo	20	3.564,31
Assessor Administrativo	Cont. Temporário	01	Superior completo	40	2.643,84
Gerente Administrativo	Cont. Temporário	01	Superior completo	40	3.745,44
Auxiliar de Serviços Gerais	Cont. Temporário	01	Fundamental	40	1.321,92

* concursado, cedido, prestador de serviço, contrato temporário e consultor.

**carga horaria semanal

6. DA DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS MUNICÍPIOS EM RELAÇÃO À SEDE DO CONSÓRCIO

Município	Distância do município a sede consórcio	Tempo médio percorrido	Pavimentação
Alta Floresta	1 km	03 minutos	Pavimentada
Apiacás	204 km	+/- 3,5 (três e meia) horas	Pavimentada: 150 km Sem pavimentação: 54 km
Carlinda	30 km	+/- 40 minutos	Pavimentada
Nova Bandeirantes	225 km	+/- 3,5 (três e meia) horas	Pavimentada
Nova Monte Verde	175 km	+/- 3 (três) horas	Pavimentada
Paranaíba	62 km	=/- 1 (uma) hora	Pavimentada

7. DA DEFINIÇÃO DAS AÇÕES E FORMAS DE ACESSO

Os municípios consorciados, por meio dos seus membros do Conselho Técnico do CISRAT, utilizam como base para definir os serviços de saúde, o registro da demanda reprimida de procedimentos da Central Municipal de Regulação de cada município, a necessidade de serviços de saúde comum da Região, a execução do CISRAT do ano anterior e o orçamento disponível para o ano vigente e pactuam quais serviços serão ofertados para seus munícipes no ano. O CISRAT realiza a licitação por meio de credenciamento dos serviços, partindo sempre pelo princípio da economicidade. Após o período de credenciamento das empresas e definidos os serviços pactuados, o CISRAT organiza o acesso às ações e serviços de saúde, garantindo assistência igualitária sem discriminação de qualquer natureza.

O acesso aos serviços é sempre via Central Municipal de Regulação (CMR). Cada município consorciado recebe mensalmente a planilha do CISRAT, constando os procedimentos contratados, bem como seu saldo financeiro. A CMR é responsável por reenviar ao CISRAT a planilha para execução do mês seguinte, definido os procedimentos de acordo com sua necessidade mensal.

O CISRAT emite as guias de autorização, conforme a solicitação dos procedimentos pelos municípios, e as envia à Secretarias Municipais de Saúde, para que as Centrais de Regulação entreguem aos usuários, devidamente preenchidas, constando o local, data e horário de atendimento.

Quando o atendimento é realizado em Alta Floresta (município sede do CISRAT), o município de origem do paciente é responsável pelo seu traslado, com exceção dos pacientes de Alta Floresta. Eventualmente, a depender da demanda dos municípios e da agenda do profissional, este desloca-se até os municípios para atender os pacientes.

8. DO ATENDIMENTO

As empresas contratadas são responsáveis pela contratação dos profissionais especialistas, disponibilização dos equipamentos necessários e pelo local de atendimento, que geralmente é na sede da contratada ou em hospital particular onde o profissional atende, sempre obedecendo às normas da Vigilância Sanitária e propiciando ambiente adequado para acomodação dos usuários. As consultas e alguns procedimentos ambulatoriais são realizados no próprio consultório, sendo este equipado e autorizado para a execução de alguns exames específicos.

Quando um município possui muita demanda para alguma consulta específica, pode solicitar o atendimento do médico no próprio município, o que dependerá da agenda do profissional que, tendo disponibilidade, se dirige ao Município para realizar os atendimentos.

Após a realização dos atendimentos (consulta/exame), a empresa contratada encaminha ao Consórcio de Saúde, as guias dos atendimentos realizados para conferência, juntamente com

o relatório dos pacientes atendidos.

Após a conferência e o de acordo do CISRAT, a empresa emite a Nota Fiscal e as certidões negativas, e as envia ao CISRAT para pagamento dos serviços prestados.

9. QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS PROGRAMADOS PARA 2022.

9.1. Procedimentos com finalidade diagnóstica – serviços de apoio diagnóstico.

O método utilizado para estabelecer o preço dos procedimentos programados, é através do valor médio de 03 (três) cotações de empresas particulares e 01 (uma) cotação de empresa de Plano de Saúde (Ex: Bradesco Saúde). Soma-se o valor destes 04 orçamentos e divide-se por 04 (quatro), obtendo o valor médio que será publicado na licitação e utilizado no detalhamento físico-orçamentário, para cada procedimento com finalidade diagnóstica.

Quadro 03	Descrição dos serviços por grupo e sub grupo (Tabela SUS) segundo as metas quantitativas e estimativa do valor (R\$) médio por procedimento unitário e total.				
Grupo	Sub Grupo	Forma de Organização	Meta	Valor (R\$) médio por unidade	Valor (R\$) Total
AMBULATORIAL	01. Coleta de material	01. Coleta de material por meio de punção/biópsia:			
		Coleta de biópsia de mama	6	400,73	2.404,38
		Coleta de biópsia de próstata	6	1633,33	9.799,98
		Coleta de Biópsia de tireoide	6	1.266,66	7.599,96
		Sub Total	18	3.300,72	19.804,32
	03. Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia	01. Exames citopatológicos:			
		Exames Citopatológico de mama	6	203,33	1.219,98
		02. Exames anatomopatológicos:			
		Exames Anatomo Patológico Geral (por amostra ou fragmentos)	6	200,00	1.200,00
		Exames Imunoistoquímico (por marcador)	6	216,66	1.299,96
		Biópsia de mama com laudo PAAF por lamina	6	159,14	954,84
		Biopsia De Prostata Ate 8 Amostra Anatomo Patologico (Anestesia, Patologia, Col. Lab., Agulha de biopsia e auxiliar)	6	1.365,76	8.194,56
		Biópsia de Tireoide por Amostra	6	185,19	1.111,14
		Colposcopia com Biópsia	6	601,08	3.606,48
		Colonoscopia com Biópsia	6	1.111,83	6.670,98
		Sub Total	48	4.042,99	24.257,94
	04. Diagnóstico	03. Exames radiológicos do tórax e do mediastino:			
		Mamografia	400	173,62	69.448,00

Quadro 03	Descrição dos serviços por grupo e sub grupo (Tabela SUS) segundo as metas quantitativas e estimativa do valor (R\$) médio por procedimento unitário e total.				
Grupo	Sub Grupo	Forma de Organização	Meta	Valor (R\$) médio por unidade	Valor (R\$) Total
AMBULATORIAL 02 - Procedimentos com finalidade diagnóstico	por radiologia	05. Exames radiológicos do Abdômen e Pelve			
		Urografia excretora	6	277,11	1.662,66
		06. Exames radiológicos da cintura pélvica e dos membros inferiores			
		Densitometria óssea	70	149,24	10.446,80
		Sub Total	476	599,97	81.557,46
	05. Diagnóstico por ultrassonografia	01.Ultrassonografias do sistema circulatório (qualquer região anatômica):			
		USG Doppler colorido arterial membros inferiores	12	248,90	2.986,80
		USG Doppler colorido venoso membros inferiores	93	248,90	23.147,70
		USG Doppler de carótida	12	235,73	2.828,76
		Eco cardiograma	444	279,83	124.244,52
		02. Ultrassonografias dos demais sistemas			
		USG Abdômen Inferior	16	159,81	2.556,96
		USG Abdômen Superior	64	158,27	10.129,28
		USG de Abdômen Total	359	190,72	68.468,48
		USG Pélvica	41	159,27	6.530,07
		USG Obstétrica	318	138,10	43.915,80
		USG Gestacional Gemelar	6	190,77	1.144,62
		USG Gestacional Morfológica	56	298,84	16.735,04
		USG Tireoide	79	150,22	11.867,38
		USG Mama	155	149,59	23.186,45
		USG Vias Urinárias	186	152,74	28.409,64
		USG Transvaginal	338	155,90	52.694,20
		USG Transvaginal Gestacional	100	164,91	16.491,00
		USG Próstata	100	150,76	15.076,00
		USG Próstata Transretal	6	184,86	1.109,16
		USG Bolsa Escrotal	22	146,03	3.212,66
		USG Partes Moles	101	150,59	15.209,59
		USG Penis	6	176,56	1.059,36
		USG Articular por Articulação	300	136,60	40.980,00
		USG da Parede Abdominal	48	159,46	7.654,08
		USG Região Inguinal	33	152,84	5.043,72
		Doppler Col. Órgão/Est Isolada (abd. inferior)	39	160,67	6.266,13
		USG Transfontanela	6	187,76	1.126,56
		USG Globo Ocular	13	150,72	1.959,36
		Sub Total	2.953	4.839,35	534.033,32
		01. Tomografia da cabeça, pescoço e coluna vertebral:			
		TC. Face/Seios da Face/Articul. Temporo-Mandibulares	6	242,13	1.452,78
		TC. Da Coluna Cervical	6	311,67	1.870,02

Quadro 03	Descrição dos serviços por grupo e sub grupo (Tabela SUS) segundo as metas quantitativas e estimativa do valor (R\$) médio por procedimento unitário e total.				
Grupo	Sub Grupo	Forma de Organização	Meta	Valor (R\$) médio por unidade	Valor (R\$) Total
AMBULATORIAL 02 - Procedimentos com finalidade diagnóstico	06. Diagnóstico por tomografia	TC. Da Coluna Torácica	6	313,51	1.881,06
		TC da Coluna Lombo/sacra	12	334,10	4.009,20
		Tomografia Comp. Do Pescoço	6	328,66	1.971,96
		Tomografia Comput. de Sela Túcica	6	253,05	1.518,30
		Tomografia Comput. do Crânio	60	245,82	14.749,20
		02. Tomografia do tórax e membros superiores:			
		TC. Articulações Membro Superior	6	251,90	1.511,40
		TC. segmentos apendiculares, (braço, antebraço, mão, coxa, perna, pé)	6	262,40	1.574,40
		Tomografia Comput. de Tórax	1.340	281,46	377.156,40
		TC. de Abdômen Superior	32	243,55	7.793,60
		03. Tomografia do abdômen, pelve e membros inferiores:			
		TC Articulações de Membro Inferior	6	248,71	1.492,26
		TC de abdômen total	14	428,93	6.005,02
		TC do joelho (unilateral)	6	253,71	1.522,26
		TC Pelve/Bacia/Abdômen Inferior	31	243,55	7.550,05
		Sub Total	1.543	3.931,48	432.057,91
	08. Diagnóstico por ressonância magnética	01. RMN da cabeça, pescoço e coluna vertebral:			
		RMN de artic. temporo-mandibular (bilateral)	6	528,32	3.169,92
		RMN de coluna cervical/pescoço	38	488,55	18.564,90
		RMN da Coluna Torácica	12	488,55	5.862,60
		RMN de coluna lombo/sacra	87	488,55	42.503,85
		RMN de crânio	44	488,55	21.496,20
		RMN de sela túrcica	6	455,71	2.734,26
		02. RMN do tórax e membros superiores:			
		RMN de membro superior (unilateral)	22	488,49	10.746,78
		Ressonância magnética de tórax	6	498,64	2.991,84
		03. RMN do abdômen, pelve e membros inferiores :			
		RMN de abdômen superior	12	497,16	5.965,92
		RMN de bacia/pelve/ abdômen inferior	26	480,06	12.481,56
		RMN de Abdômen Total	15	1.314,44	19.716,60
		RMN do joelho (unilateral)	9	418,45	3.766,05
		RMN Membro Inferior (unilateral)	37	444,28	16.438,36
		RMN de Vias biliares/ colangiorressonância)	6	603,84	3.623,04
		Sub Total	326	7.683,59	170.061,88
	Sem sub grupo	Contraste (exames de RMN e TC)	200	209,61	41.922,00
		Sub Total	200	209,61	41.922,00

Quadro 03		Descrição dos serviços por grupo e sub grupo (Tabela SUS) segundo as metas quantitativas e estimativa do valor (R\$) médio por procedimento unitário e total.			
Grupo	Sub Grupo	Forma de Organização	Meta	Valor (R\$) médio por unidade	Valor (R\$) Total
AMBULATORIAL 02 - Procedimentos com finalidade diagnóstica	09. Diagnóstico por endoscopia	01. Aparelho digestivo:			
		Exame Endoscopia Digestiva	250	247,35	61.837,50
		Exame de Colonoscopia	6	765,08	4.590,48
		02. Aparelho urinário			
		03. Aparelho ginecológico			
		04. Aparelho respiratório			
		Exame de laringoscopia	17	154,62	2.628,71
		Exame de Videonasolaringoscopia	37	167,13	6.183,81
		Sub Total	310	1.334,18	75.240,50
	11. Métodos diagnósticos em especialidade	02. Diagnóstico em cardiologia:			
		Exame de Eletrocardiograma	300	101,34	30.402,00
		Exame de Teste Ergométrico	170	236,56	40.215,20
		Exame de Holter 24 horas	60	229,50	13.770,00
		Exame Mapa Cardíaco	6	226,25	1.357,50
		Exame de colposcopia	6	189,88	1.139,28
		05. Diagnóstico em neurologia:			
		Eletroneuromiografia c/ laudo até 2 membros	80	285,21	22.816,80
		Exame de Eletroencefalograma	137	172,96	23.695,52
		06. Diagnóstico em oftalmologia:			
		Exame de Campimetria Ocular	30	143,11	4.293,30
		Exame de Mapeamento de Retina	12	124,10	1.489,20
		Exame de Retinografia Ocular	24	170,12	4.082,88
		Exame de Yag Laser	49	249,80	12.240,20
		Exame de Angiografia Ocular	20	160,46	3.209,20
		Exame de Fotocoagulação a Laser	12	298,95	3.587,40
		Aplicação Anti-Amigigenico c/ Avastin	12	2.333,33	26.799,96
		Aplicação Anti-Amigigenico c/ lucentins	20	4.250,00	85.000,00
		Exames de Tomografia do Olho (OCT)	26	350,32	9.108,32
		07. Diagnóstico em otorrinolaringologia/fonoaudiologia			
		Exames de audiometria tonal e vocal	65	112,63	7.320,95
		Exames de impedanciometria	42	113,91	4.784,22
		Exame de audiometria infantil	23	160,27	3.686,21
		Teste da Orelhinha	195	118,00	23.010,00
		Teste da Linguinha	58	105,00	6.090,00
		Exame fonoaudiológico	204	153,33	31.279,32
		08. Diagnóstico em pneumologia:			
		Exame de espirometria	15	111,53	1.672,95
		Sub Total	1.566	10.396,56	361.050,41
AMBULATORIAL 02 -					

Quadro 03	Descrição dos serviços por grupo e sub grupo (Tabela SUS) segundo as metas quantitativas e estimativa do valor (R\$) médio por procedimento unitário e total.				
Grupo	Sub Grupo	Forma de Organização	Meta	Valor (R\$) médio por unidade	Valor (R\$) Total
Procedimentos com finalidade diagnóstico					
TOTAL AMBULATORIAL SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO			7.440	36.338,45	1.738.902,44

9.2 Procedimentos clínicos.

O método utilizado para estabelecer o preço dos procedimentos programados, é através do valor médio de 03 (três) cotações de empresas particulares e 01 (uma) cotação de empresa de Plano de Saúde (Ex: Bradesco Saúde). Soma-se o valor destes orçamentos e divide-se por 4 (quatro), obtendo o valor médio que será publicado na licitação e utilizado no detalhamento físico-orçamentário, para cada procedimento clínico.

9.2.1 Procedimentos clínicos em consultas/atendimentos.

Quadro 04	Descrição dos serviços em procedimentos clínicos por profissional de nível superior por grupo e sub grupo (Tabela SUS) segundo as metas quantitativas e do valor (R\$) o por procedimento unitário e total.				
Grupo	Sub Grupo e Forma de Organização	Procedimento	Meta	Valor (R\$) médio por unidade	Valor (R\$) Total
03 - Procedimentos Clínicos	01-Consultas médicas/ Outros profissionais de nível superior	Cardiologista	1.200	171,37	205.644,00
		Dermatologista	396	171,00	67.716,00
		Endocrinologista e metabologista	341	171,00	58.311,00
		Ginecologista e Obstetra	400	171,00	68.400,00
		Neurologista	1.350	171,00	230.850,00
		Oftalmologista	789	162,25	128.015,25
		Ortopedista e Traumatologista	389	171,37	66.662,93
		Otorrinolaringologista	408	171,00	69.768,00
		Pneumologista	30	258,50	7.755,00
		Psiquiatra	916	171,37	156.974,92
		Reumatologista	400	171,00	68.400,00
		Urologista	616	171,00	105.336,00
		Retinólogo	49	166,00	8.134,00
		Hansenologia	6	166,00	996,00
		Fonoaudiologia	37	171,00	6.327,00
		Pediatria	71	176,00	12.496,00
			Cirurgia Vascular	46	171,00
TOTAL DE PROCEDIMENTOS EM CONSULTAS POR PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR			7.444	2.981,86	1.269.652,10

9.2.2 Procedimentos em tratamento clínico

Quadro 05	Descrição dos serviços por grupo e sub grupo (Tabela SUS) segundo as metas quantitativas e estimativa do valor (R\$) médio por procedimento unitário e total.				
Grupo	Sub Grupo	Forma de Organização	Meta	Valor (R\$) médio unitário	Valor (R\$) Total
03 - Procedimentos Clínicos	03-Tratamentos Clínicos (outras especialidades)	08. Tratamento de doença da pele e do tecido subcutâneo:			
		Aplicação ATA p/ cauterização química	19	135,61	2.576,59
TOTAL EM PROCEDIMENTOS EM TRATAMENTO CLÍNICO			19	135,61	2.576,59

9.3 Procedimentos cirúrgicos

O método utilizado para estabelecer o preço dos procedimentos programados, é através do valor médio de 03 (três) cotações de empresas particulares e 01 (uma) cotação de empresa de Plano de Saúde (Ex: Bradesco Saúde). Soma-se o valor destes orçamentos e divide-se por 4 (quatro), obtendo o valor médio que será publicado na licitação e utilizado no detalhamento físico-orçamentário, para cada procedimento cirúrgico.

9.3.1 Procedimentos em tratamento cirúrgico

Quadro 06	Descrição dos serviços por grupo e sub grupo (Tabela SUS) segundo as metas quantitativas e estimativa do valor (R\$) médio por procedimento unitário e total.				
Grupo	Sub Grupo	Procedimento	Meta	Valor médio (R\$) médio unitário	Valor (R\$) Total
04 - Procedimentos Cirúrgicos	01. Peq. cirurg. e cirur. pele, tecido subcut. e mucosa	01. Pequenas cirurgias:			
		Cauterização dermatológica c/ eletro cautério	19	186,22	3.538,18
		Curetagem dermatológica c/ cureta	9	146,10	1.314,90
		Sub Total	28	332,32	4.853,08
	05. Cirurgia do aparelho da visão	03. Corpo vítreo, retina, coróide e esclera			
		Vitrectomia Pars Plana	22	4.358,64	95.890,08
		Retirada de Silicone Ocular	6	3.427,97	20.567,82
		05. Conjuntiva, córnea, câmara anterior, íris, corpo ciliar e cristalino:			
		Retirada Corpo Estranho da Córnea	6	485,80	2.914,80
		Retirada Corpo Estranho Intra Ocular	6	161,10	966,60
		Pterígio	42	408,45	17.154,90
		Catarata	70	921,86	64.530,20
		Implante de lente ocular	6	863,87	5.183,22
		Sub Total	158	10.627,69	207.207,62
	09. Cirurgia do aparelho geniturinário	06. Útero e anexos:			
		Cirurgia de Alta	6	1.033,33	6.199,98

Quadro 06	Descrição dos serviços por grupo e sub grupo (Tabela SUS) segundo as metas quantitativas e estimativa do valor (R\$) médio por procedimento unitário e total.				
Grupo	Sub Grupo	Procedimento	Meta	Valor médio (R\$) médio unitário	Valor (R\$) Total
		Frequência (CAF)			
		Cirurgia de Alta Frequência (CAF) com biópsia	6	1.600,00	9.600,00
		Sub Total	12	2.633,33	15.799,98
	17. Anestesiologia	01. Anestesias:			
		Sedação Endovenosa	6	691,99	4.151,94
		Sedação (Exames RMN/Tomografia)	26	702,19	18.256,94
		Sub Total	32	1.394,18	22.408,88
	TOTAL PROCEDIMENTO EM TRATAMENTO CIRURGICO		230	14.987,52	250.269,56

9.4 Demonstrativos financeiros do quantitativo dos procedimentos programados para 2022.		
Item (9.1 + 9.2.1 + 9.2.2 + 9.3.1)	Total de Procedimentos	Total Orçado
	15.133	3.262.483,99
Reserva Orçamentaria	-	0,00
Total de despesas com serviço de saúde	15.133	3.262.483,99

O Plano apresentado é flexível, podendo sofrer alterações mediante a demanda e a necessidade dos municípios consorciados.

10. DETALHAMENTO FÍSICO-ORÇAMENTÁRIO**10.1 Dados Bancários**

Banco: 001 – BANCO DO BRASIL S/A

Agencia: 1177-0 – ALTA FLORESTA – MT

Contas Corrente: C/C. 22909-1 (Rateio) e C/C. 26894-1 (PAICI).

11. DA RECEITA OPERACIONAL

Descrição das receitas operacionais	Valor Mês	Vigência	Total Anual
Receitas Correntes – Rendimentos aplicação	750,00	12	9.000,00
Transferência do PAICI Janeiro e Fevereiro	50.809,50	2	101.619,00
Transferência do PAICI/Atualizado março a dezembro	76.344,75	10	763.447,50
Transferência da Cota do Município	241.601,50	12	2.899.218,00
Outras SIA/SUS			
RECEITA TRIBUTÁRIA			
IRRF s/ os Rendimentos do Trabalho			
IRRF s/ os Rendimentos de Capital			
OBTENÇÃO DE RECURSOS EXTERNOS			
RECEITAS EXTRAS			
Outras Receitas			
TOTAL	369.505,75	12	3.773.284,50

11.1 Do Detalhamento

Quadro 07	11.1.1 Transferência de recurso financeiro previsto no PAICI/SES-MT dos municípios consorciados (recurso do SUS) RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 087/2022					
Município	*População Atualizada	**População Utilizada SES (2020)	Mensal (R\$) Jan. e Fev./22	Mensal (R\$) Mar. e Dez./22	Valor <i>per capita</i>	Total anual (R\$)
Alta Floresta	52.105	51.959	24.585,00	25.979,50	49,86%	308.925,00
Apiacás	10.431	10.283	3.963,00	7.599,75	72,86%	83.923,50
Carlinda	10.094	10.199	6.054,00	16.477,50	163,24%	176.883,00
Nova Bandeirantes	16.052	15.685	6.371,00	7.644,00	47,62%	89.182,00
Nova Monte Verde	9.375	9.277	4.066,50	4.589,00	48,95%	54.023,00
Paranaíta	11.244	11.244	5.770,00	14.055,00	125%	152.090,00
TOTAL	109.348	108.647	50.809,50	76.344,75	69,82%	865.066,50

*Fonte: IBGE estimativa 2021.

**Fonte: IBGE 2020.

Quadro 08	11.1.2 Transferência de recurso financeiro previsto no Contrato de Rateio exclusivamente da cota do município				
Município	*População	Mensal (R\$)	Vigência (meses)	Per- capita	Total do contrato (R\$)
Alta Floresta	52.105	104.210,00	12	2,00	1.250.520,00
Apiacás	10.431	26.077,50	12	2,50	312.930,00
Carlinda	10.094	40.376,00	12	4,00	484.512,00
Nova Bandeirantes	16.052	24.078,00	12	1,50	288.936,00
Nova Monte Verde	9.375	18.750,00	12	2,00	225.000,00
Paranaíta	11.244	28.110,00	12	2,50	337.320,00
TOTAL	109.348	241.601,50	12	-	2.899.218,00

*Fonte: IBGE estimativa 2021.

12. DA DESPESA

12.1. Administração do Consórcio de Saúde		
Manutenção do consórcio de saúde (previsão)		
1. Pessoal	Valor Mensal	Valor Total Anual
1.1. Ordenados	16.850,00	202.200,00
1.2. Encargos Sociais	6.875,00	82.500,00
1.3. Provisões (13º+Férias)	3.150,00	37.800,00
1.4. Benefícios (diárias)	166,66	2.000,00
1.5. Outras Formas de Contratação (Ex. RPA)	0,00	0,00
Sub Total (1)	27.041,66	324.500,00

2. Materiais Diversos	Valor mensal	Valor total anual
2.1. Material de Higienização	150,00	1.800,00
2.2. Material/Gêneros Alimentícios.	175,00	2.100,00
2.3. Material Expediente	175,00	2.100,00
2.4. Combustível	0,00	0,00
2.5. GLP- 2 QUOTAS	25,00	300,00
2.6. Material de Manutenção	58,33	700,00
2.7. Outras Despesas com Materiais Diversos	0,00	0,00
Sub Total (2)	583,33	7.000,00

3. Passagens e Despesas de Locomoção		
3.1. Viagens a serviço (8)	208,33	2.500,00
Sub Total (3)	375,00	4.500,00

4. Outros Serv. Terceiros-Pessoa Física.		
4.1. Aluguel de Imóvel	1.300,00	15.600,00
Sub Total (4)	1.300,00	15.600,00

5. Seguros/Impostos/Taxas	Valor mensal	Valor anual
5.1. Seguros (Imóvel e Automóvel)	0,00	0,00
5.2. Impostos/Taxas (Ex.: IOF, Taxas Bancárias, ARPE, etc.)	3.141,66	37.700,00
Sub Total (5)		

6. Gerais	Valor mensal	Valor total anual
6.1. Telefonia	260,00	3.120,00
6.2. Água	190,00	2.280,00
6.3. Energia Elétrica	720,00	8.640,00
6.4. Outras Despesas Gerais	1.746,70	20.960,40
Sub Total (6)	2.916,70	35.000,40
7. Prestação de Serviços Terceiros Administrativos	Valor mensal	Valor total anual
7.1. Pessoa Jurídica	6.708,33	80.500,00
7.2. Pessoa Física	0,00	0,00
7.3. Cooperativa	0,00	0,00
Sub Total (7)	6.708,33	80.500,00
8. Depreciação	Valor mensal	Valor total anual
Sub Total (8)		
9. Investimentos	Valor mensal	Valor total anual
9.1. Equipamentos	250,00	3.000,00
9.2. Móveis e Utensílios	250,00	3.000,00
9.3. Obras e Construções	0,00	0,00
9.4. Veículos	0,00	0,00
Sub Total (9)	500,00	6.000,00
10. Reserva Legal	Valor mensal	Valor total anual
Sub Total (10)		
Total Geral (1+2+3+4+5+6+7+8+9+10)	204.249,00	2.450.988,00

12.2. Serviço assistencial		
1. Prestação de Serviços Terceiros	Valor mensal	Valor total anual
1.1. Assistenciais		
1.1.1. Pessoa Jurídica	271.483,99	3.262.483,99
1.1.2. Pessoa Física		
1.1.3. Cooperativa		
Sub Total(1)	271.483,99	3.262.483,99

13. DA CONTRATAÇÃO DOS SERVIÇOS

ITEM	ETAPAS	TEMPO
1	Solicitação para Aquisição/Contratação (Memorando da Secretária Executiva).	18/01/2022
2	Descrição detalhada do objeto pretendido (Termo de Referência c/ fiscal de contrato).	
3	Cotação de Preços (orçamentos).	
4	Preço de Referência.	
5	Ciência de Abertura do Proc. Licitatório.	
6	Pedido de Dotação Orçamentária.	
7	Resposta do Dep. Contabilidade (Certidão de Dotação Orçamentária).	
8	Balizamento de Preços feito no Sistema AGILI.	
9	Memorando para Deferimento do Presidente.	
10	Autorização da Abertura da Licitação (Presidente).	
11	Memorando da Formação de Preço.	
12	Cópia do Decreto da CPL.	
13	Certidão informando a modalidade aplicada	
14	Memorando encaminhando minuta de edital ao Dpto. Jurídico.	
15	Parecer jurídico com assinatura do Responsável.	
16	Edital assinado em todas as páginas.	
17	Aviso de Licitação.	
18	Publicação do Aviso de Licitação (Extrato) (UG, DOU, SITE, TCE).	
19	Protocolo do envio do Aplic – TCE.	
20	Edital disponível no Site da Prefeitura	
21	Houve retificação no edital?	
22	Publicação do Aviso de Retificação de Licitação (Extrato) (UG, DOU, SITE, TCE).	
23	Recebimento dos documentos das Empresas.	
24	Habilitação(s) c/ Check List.	
25	Ata de julgamento c/ Adjudicação do(s) item(s).	
26	Anexo da Ata de Julgamento - Impresso do Sistema.	
27	Registro no Sistema.	
28	Homologação e Adjudicação.	24/02/2022
29	Aviso de Resultado da Licitação no Mural.	25/02/2022
30	Publicação de Resultado da Licitação (Extrato) (UG, DOU, SITE, TCE).	02/03/2022
31	Contrato (devidamente assinado).	11/03/2022
32	Fiscal de Contrato.	31/12/2022
33	Registro do contrato no Sistema.	Em Andamento
34	Ordem de serviço/fornecimento	
35	Protocolo de envio do Aplic – TCE (Homologação).	
36	Publicação do Extrato de Contrato/Extrato de Ata de R.P. (UG, DOU, SITE, TCE).	
37	Termo(s) Aditivo(s) Assinado(s) (se houver).	
38	Publicação do Extrato do Aditivo de Contrato/Ata de Registro de Preços (UG, DOU, SITE, TCE).	

14. DA RELAÇÃO DE PRESTADORES CREDENCIADOS OU CONTRATADOS

14.1. Relação de Prestadores Credenciados ou Contratados para os Procedimentos com Finalidades Diagnósticas (SADT)

Empresa/Pessoa Jurídica	CNPJ/CPF	Nº Contrato	Valor (R\$)	Especialidade	Município de Realização
POLICLINICA DR LUIZ MANSUR S/S LTDA	40.187.825/0001-81	003/2022	108.964,80	Exame de Eletroencefalograma	Alta Floresta/MT
NISHIOKA E NISHIOKA LTDA - EPP	01.413.785/0001-97	1º TERMO ADITIVO 006/2021	451.909,08	Exame de Eco Cardiograma	Alta Floresta/MT
				Exame de Eletrocardiograma	
				Exame Teste Ergométrico	
				Exame Holter 24 horas	
				Exame Mapa Cardíaco	
CENTRO MÉDICO ALTALIANÇA LTDA - EPP	00.744.932/0001-49	1º TERMO ADITIVO 007/2021	1.533.011,90	Exame de Laringoscopia	Alta Floresta/MT
				Exame de Videonasolaringoscopia	
				Exame de Usg Abdômen Inferior	
				Exame de Usg Abdômen Superior	
				Exame de Usg de Abdômen Total	
				Exame de Usg Pélvica	
				Exame de Usg Obstétrica	
				Exame de Usg Tireoide	
				Exame de Usg Mama	
				Exame de Usg Vias Urinárias	
				Exame de Usg Transvaginal	
				Exame de Usg Transv. Gestacional	
				Exame de Usg Próstata	
				Exame de Usg Próstata Transretal	
				Exame de Usg Bolsa Escrotal	
				Exame de Usg de Partes Moles	
				Exame de Usg de Pênis	
				Exame de Usg da Parede Abdominal	
				Exame de Usg Região Inguinal	
				USG Doppler Colorido Arterial de Membro Inferior (Unilateral)	
				USG Doppler Colorido Venoso de Membro Inferior (Unilateral)	
				Exame de Usg Doppler de Carótida	
				Exame de Endoscopia Digestiva	
				Exame de Colposcopia	
				Exame de Colposcopia C/Biopsia	

CLINICA E MCROCIRURGIA DE OLHOS LTDA - EPP	26.795.401/0001-79	1º TERMO ADITIVO 008/2021	516.537,45	Exame Usg Globo Ocular	Cuiabá/MT
				Exame de Campimetria Ocular	
				Exame de Mapeamento de Retina	
				Exame de Retinografia Ocular	
				Exame de Yag Laser	
				Exame de Angiografia Ocular	
				Exame de Fotocoagulação a Laser	
				Aplicação Anti-Amiogenico c/ Avastin	
				Aplicação Anti-Amiogenico c/ Lucentis ou Eylla	
				Exama Tomografia do Olhos (OCT)	
				Sedação Endovenosa	
Clínica São Camilo Diagnóstico por Imagem Ltda	19.041.469/0001-05	1º TERMO ADITIVO 009/2021	1.482.016,12	Exame de Usg Abdômen Inferior	Alta Floresta/MT
				Exame de Usg Abdômen Superior	
				Exame de Usg de Abdômen Total	
				Exame de Usg Pélvica	
				Exame de Usg Obstétrica	
				Exame de Usg Gestacional Gemelar	
				Exame de Usg Tireoide	
				Exame de Usg Mama	
				Exame de Usg Vias Urinárias	
				Exame de Usg Transvaginal	
				Exame de Usg Transv. Gestacional	
				Exame de Usg Próstata	
				Exame de Usg Próstata Transretal	
				Exame de Usg Bolsa Escrotal	
				Exame de Usg de Partes Moles	
				Exame de Usg de Pênis	
				Exame de Usg Articular por Articulação	
				Exame de Usg da Parede Abdominal	
				Exame de Usg Região Inguinal	
				USG Doppler Color. Órgão ou Estr. Isolada (abdômen Inf).(Unilateral)	
				Tomografia Comput. Coluna Cervical	
				Tomografia Comput. Coluna Toracica	
				Tomografia Comput. de Coluna Lombo/Sacra	
				Exame de Densitometria Óssea	
				Exame de Mamografia	
FORTKAMP SERVIÇOS	20.248.630/0001-97	1º TERMO	1.459.377,73	Exame de Usg Abdômen Inferior	Alta

MÉDICOS LTDA		ADITIVO 010/2021		Exame de Usg Abdômen Superior	Floresta/MT
				Exame de Usg de Abdômen Total	
				Exame de Usg Pélvica	
				Exame de Usg Obstétrica	
				Exame de Usg Gestacional Gemelar	
				Exame de Usg Tireoide	
				Exame de Usg Mama	
				Exame de Usg Vias Urinárias	
				Exame de Usg Transvaginal	
				Exame de Usg Transv. Gestacional	
				Exame de Usg Próstata	
				Exame de Usg Bolsa Escrotal	
				Exame de Usg de Partes Moles	
				Exame de Usg de Pênis	
				Exame de Usg Articular por Articulação	
				Exame de Usg da Parede Abdominal	
				Exame de Usg Região Inguinal	
				USG Doppler Colorido Arterial de Membro Inferior (Unilateral)	
				USG Doppler Colorido Venoso de Membro Inferior (Unilateral)	
				USG Doppler Color. Órgão ou Estr. Isolada (abdômen Inf).(Unilateral)	
				Exame de Usg Doppler de Carótida	
				Exame de Mamografia	
DIS-DIAGNOSTICO POR IMAGEM DE SORRISO LTDA EPP	14.677.583/0014-02	1º TERMO ADITIVO 011/2021	3.569.588,28	Exame de Usg Abdômen Inferior	Sorriso/MT
				Exame de Usg Abdômen Superior	
				Exame de Usg de Abdômen Total	
				Exame de Usg Pélvica	
				Exame de Usg Obstétrica	
				Exame de Usg Gestacional Gemelar	
				Exame de Usg Gestacional Morfológica	
				Exame de Usg Tireoide	
				Exame de Usg Mama	
				Exame de Usg Vias Urinárias	
				Exame de Usg Transvaginal	
				Exame de Usg Transv. Gestacional	
				Exame de Usg Próstata	
				Exame de Usg Próstata Transretal	
				Exame de Usg Bolsa Escrotal	

			Exame de Usg de Partes Moles
			Exame de Usg de Pênis
			Exame de Usg Articular por Articulação
			Exame de Usg da Parede Abdominal
			Exame de Usg Região Inguinal
			USG Doppler Colorido Arterial de Membro Inferior (Unilateral)
			USG Doppler Colorido Venoso de Membro Inferior (Unilateral)
			USG Doppler Color. Órgão ou Estr. Isolada (abdômen Inf).(Unilateral)
			Exame de Usg Doppler de Carótida
			Exame Usg Transfontanela
			TC de Face/seios da face/artic. temporo-mandibulares
			Tomografia Comput. Coluna Cervical
			Tomografia Comput. Coluna Torácica
			Tomografia Comput. de Coluna Lombo/Sacra
			Tomografia Comput. do Pescoço
			Tomografia Comput. de Sela Turcica
			Tomografia Comput. do Cranio
			Tomografia Comput. de Art. de Membro Superior
			Tomografia Comput. Seg. apend.(braço, antebraço, mão, coxa, perna, pé)
			Tomografia Comput do Joelho Unilateral
			Tomografia Comput. do Tórax
			Tomografia Comput. do Abdômen Superior
			Tomografia Comput. do Abdômen Total
			Tomografia Comput. de Articulações de Membro Inferior
			Tomografia Comput. de Pelve, Bacia, Abdômen Inferior
			Ressonância Mag. de articulação temporo-mandibular (bilateral)
			Ressonância mag. de coluna cervical/pescoço
			Ressonância Mag. de coluna Torácica
			Ressonância Mag. de Coluna Lombo/Sacra
			Ressonância Mag. de Crânio
			Ressonância Mag. de Sela Túrcica
			Ressonância Mag. de membro superior (unilateral)
			Ressonância Mag. de Tórax
			Ressonância Mag. de Abdômen Superior
			Ressonância Mag. de Bacia, Pelve, Abdômen inferior
			Ressonância Mag. do Abdômen Total
			Ressonância Mag. do Joelho Unilateral

				Ressonância Mag. De Membro Inferior (unilateral)	
				Ressonância Mag. de Vias biliares/colangiorressonância	
				Contraste (Exames Ressonância/Tomografia)	
				Exame de Densitometria Óssea	
				Exame de Mamografia	
				Exame de Urografia Excretora	
VERBELO OFTALMOLOGIA EIRELI - ME	28.106.507/0001-43	1º TERMO ADITIVO 012/2021	561.537,45	Exame Usg Globo Ocular	Cuiabá/MT
				Exame de Campimetria Ocular	
				Exame de Mapeamento de Retina	
				Exame de Retinografia Ocular	
				Exame de Yag Laser	
				Exame de Angiografia Ocular	
				Exame de Fotocoagulação a Laser	
				Aplicação Anti-Amigigenico c/ Avastin	
				Aplicação Anti-Amigigenico c/ Lucentis ou Eyllia	
				Exama Tomografia do Olhos (OCT)	
OFTALMO CAMPANY LTDA	02.506.535/0001-64	1º TERMO ADITIVO 013/2021	463.966,86	Sedação Endovenosa	Alta Floresta/MT
				Exame Usg Globo Ocular	
				Exame de Campimetria Ocular	
				Exame de Mapeamento de Retina	
				Exame de Retinografia Ocular	
				Exame de Yag Laser	
				Exame de Angiografia Ocular	
				Exame de Fotocoagulação a Laser	
				Aplicação Anti-Amigigenico c/ Avastin	
				Aplicação Anti-Amigigenico c/ Lucentis ou Eyllia	
NEUROVIDA SAÚDE LTDA ME	26.585396/0001-80	1º TERMO ADITIVO 014/2021	108.964,80	Exama Tomografia do Olhos (OCT)	Alta Floresta/MT
				Exame de Eletroencefalograma	
ARTIGOS E SERVIÇOS DE SEGURANÇA E SAÚDE REDONDO LTDA ME	05.409.459/0001-67	1º TERMO ADITIVO 015/2021	416.416,89	Exame de Impedanciometria	Alta Floresta/MT
				Exame de Audiometria Tonal e Vocal	
				Exame de Audiometria Infantil	
				Exame da Orelinha	
				Exame da Linguinha	
CENTRO MÉDICO ALTALIANÇA LTDA - EPP	00.744.932/0001-49	1º TERMO ADITIVO 016/2021	451.909,08	Terapia de Fonoaudiologia	Alta Floresta/MT
				Exame de Eco Cardiograma	
				Exame de Eletrocardiograma	

				Exame Teste Ergométrico	
				Exame Holter 24 horas	
				Exame Mapa Cardíaco	
CHECKUP DIAGNOSTICO AVANÇADO POR IMAGEM	27.659.883/0001-00	1º TERMO ADITIVO 017/2021	1.892.071,22	Exame de Espirometria	Alta Floresta/MT
				Exame de Impedanciometria	
				Exame de Audiometria Tonal e Vocal	
				Exame de Audiometria Infantil	
				Teste da Orelhinha	
				Teste da Linguinha	
				Terapia de Fonoaudiologia	
				Exame de Eletroencefalograma	
				Exame de Eletrocardiograma	
				TC de Face/seios da face/artic. temporo-mandibulares	
				Tomografia Comput. Coluna Cervical	
				Tomografia Comput. Coluna Torácica	
				Tomografia Comput. de Coluna Lombo/Sacra	
				Tomografia Comput. do Pescoço	
				Tomografia Comput. de Sela Turcica	
				Tomografia Comput. do Cranio	
				Tomografia Comput. de Art. de Membro Superior	
				Tomografia Comput. Seg. apend.(braço, antebraço, mão, coxa, perna, pé)	
				Tomografia Comput do Joelho Unilateral	
				Tomografia Comput. do Tórax	
				Tomografia Comput. do Abdômen Superior	
				Tomografia Comput. do Abdômen Total	
				Tomografia Comput. de Articulações de Membro Inferior	
				Tomografia Comput. de Pelve, Bacia, Abdômen Inferior	
				Contraste (Exames Ressonância/Tomografia)	
				Sedação (Exames de Ressonância/ Tomografia)	
				Sedação Endovenosa	
OLIVEIRA JUNIOR & MEDEIROS LTDA	25.313.760/0001-80	1º TERMO ADITIVO 018/2021	1.253.123,78	Exame de Usg Abdômen Inferior	Alta Floresta/MT
				Exame de Usg Abdômen Superior	
				Exame de Usg de Abdômen Total	
				Exame de Usg Pélvica	
				Exame de Usg Obstétrica	
				Exame de Usg Tireoide	
				Exame de Usg Mama	

				Exame de Usg Vias Urinárias	
				Exame de Usg Transvaginal	
				Exame de Usg Transv. Gestacional	
				Exame de Usg Próstata	
				Exame de Usg Próstata Transretal	
				Exame de Usg Bolsa Escrotal	
				Exame de Usg de Partes Moles	
				Exame de Usg de Pênis	
				Exame de Usg Articular Por Articulação	
				Exame de Usg da Parede Abdominal	
				Exame de Usg Região Inguinal	
				USG Doppler Colorido Arterial de Membro Inferior (Unilateral)	
				USG Doppler Colorido Venoso de Membro Inferior (Unilateral)	
				USG Doppler Col. Orgao ou Estrut. Isolada (Abdmen Inf)Unilateral	
				Exame de Usg Doppler de Carótida	
				Exame de Usg Transfontanela	
				Exame de Usg Globo Ocular	
Clínica São Camilo Diagnóstico por Imagem Ltda	19.041.469/0001-05	1º TERMO ADITIVO 021/2021	69.800,13	Contraste (Exames Ressonância/Tomografia)	Alta Floresta/MT
EPX – SERVIÇOS MÉDICOS EIRELI ME	13.904.064/0002-40	1º TERMO ADITIVO 022/2021	3.007.438,98	Exame de Usg Abdômen Inferior	Alta Floresta/MT
				Exame de Usg Abdômen Superior	
				Exame de Usg de Abdômen Total	
				Exame de Usg Pélvica	
				Exame de Usg Obstétrica	
				Exame de Usg Gestacional Gemelar	
				Exame de Usg Gestacional Morfológica	
				Exame de Usg Tireoide	
				Exame de Usg Mama	
				Exame de Usg Vias Urinárias	
				Exame de Usg Transvaginal	
				Exame de Usg Transv. Gestacional	
				Exame de Usg Próstata	
				Exame de Usg Próstata Transretal	
				Exame de Usg Bolsa Escrotal	
				Exame de Usg de Partes Moles	
				Exame de Usg de Pênis	
				Exame de Usg Articular por Articulação	

				Exame de Usg da Parede Abdominal	
				Exame de Usg Região Inguinal	
				USG Doppler Colorido Arterial de Membro Inferior (Unilateral)	
				USG Doppler Colorido Venoso de Membro Inferior (Unilateral)	
				USG Doppler Color. Órgão ou Estr. Isolada (abdômen Inf).(Unilateral)	
				Exame de Usg Doppler de Carótida	
				Exame Usg Transfontanela	
				Exame de Eco Cardiograma	
				Exame de Eletrocardiograma	
				Exame Teste Ergométrico	
				Exame Holter 24 horas	
				Exame Mapa Cardíaco	
				Ressonância Mag. de articulação temporo-mandibular (bilateral)	
				Ressonância mag. de coluna cervical/pescoço	
				Ressonância Mag. de coluna Torácica	
				Ressonância Mag. de Coluna Lombo/Sacra	
				Ressonância Mag. de Crânio	
				Ressonância Mag. de Sela Túrcica	
				Ressonância Mag. de membro superior (unilateral)	
				Ressonância Mag. de Tórax	
				Ressonância Mag. de Abdômen Superior	
				Ressonância Mag. de Bacia, Pelve, Abdômen inferior	
				Ressonância Mag. do Abdômen Total	
				Ressonância Mag. do Joelho Unilateral	
				Ressonância Mag. De Membro Inferior (unilateral)	
				Ressonância Mag. de Vias biliares/colangiorressonância	
				Contraste (Exames Ressonância/Tomografia)	
				Sedação (Exames de Ressonância/ Tomografia)	
				Sedação Endovenosa	
DIAGNOSTICA CLINICA MEDICA - ME	11.141.002/0001-17	1º TERMO ADITIVO 023/2021	2.685.361,71	Exame de Usg Abdômen Inferior	Alta Floresta/MT
				Exame de Usg Abdômen Superior	
				Exame de Usg de Abdômen Total	
				Exame de Usg Pélvica	
				Exame de Usg Obstétrica	
				Exame de Usg Gestacional Gemelar	
				Exame de Usg Gestacional Morfológica	
				Exame de Usg Tireoide	

			Exame de Usg Mama
			Exame de Usg Vias Urinárias
			Exame de Usg Transvaginal
			Exame de Usg Transv. Gestacional
			Exame de Usg Próstata
			Exame de Usg Próstata Transretal
			Exame de Usg Bolsa Escrotal
			Exame de Usg de Partes Moles
			Exame de Usg de Pênis
			Exame de Usg Articular por Articulação
			Exame de Usg da Parede Abdominal
			Exame de Usg Região Inguinal
			USG Doppler Colorido Arterial de Membro Inferior (Unilateral)
			USG Doppler Colorido Venoso de Membro Inferior (Unilateral)
			USG Doppler Color. Órgão ou Estr. Isolada (abdômen Inf).(Unilateral)
			Exame de Usg Doppler de Carótida
			Exame Usg Transfontanela
			TC de Face/seios da face/artic. temporo-mandibulares
			Tomografia Comput. Coluna Cervical
			Tomografia Comput. Coluna Torácica
			Tomografia Comput. de Coluna Lombo/Sacra
			Tomografia Comput. do Pescoço
			Tomografia Comput. de Sela Turcica
			Tomografia Comput. do Cranio
			Tomografia Comput. de Art. de Membro Superior
			Tomografia Comput. Seg. apend.(braço, antebraço, mão, coxa, perna, pé)
			Tomografia Comput do Joelho Unilateral
			Tomografia Comput. do Tórax
			Tomografia Comput. do Abdômen Superior
			Tomografia Comput. do Abdômen Total
			Tomografia Comput. de Articulações de Membro Inferior
			Tomografia Comput. de Pelve, Bacia, Abdômen Inferior
			Contraste (Exames Ressonância/Tomografia)
			Sedação (Exames de Ressonância/ Tomografia)
			Sedação Endovenosa
			Exame de Densitometria Óssea
			Exame de Mamografia

DIS-DIAGNOSTICO POR IMAGEM DE SORRISO LTDA EPP	14.677.583/00014-02	1º TERMO ADITIVO 029/2021	409.045,20	Tomografia do Tórax	Sorriso/MT
HOSPITAL OTORRINO LTDA	14.347.727/0001-54	1º TERMO ADITIVO 032/2021	366.374,68	Exame de Laringoscopia	Cuiabá/MT
				Exame de Videolaringoscopia	
				Exame de Impedancimetria	
				Exame de Audiometria Tonal e Vocal	
				Exame de audiometria Infantil	
				Teste da Orelha	
CENTRO MATOGROSSENSE DE OFTALMOLOGIA	42.480.390/0001-94	1º TERMO ADITIVO 034/2021	463.966,86	Exame Usg Globo Ocular	Cuiabá/MT
				Exame de Campimetria Ocular	
				Exame de Mapeamento de Retina	
				Exame de Retinografia Ocular	
				Exame de Yag Laser	
				Exame de Angiografia Ocular	
				Exame de Fotocoagulação a Laser	
				Aplicação Anti-Amigigenico c/ Avastin	
				Aplicação Anti-Amigigenico c/ Lucentis ou Eylla	
				Exame Tomografia do Olhos (OCT)	

14.2. Relação de Prestadores Credenciados ou Contratados para os Procedimentos Clínicos em Consultas.

Empresa/Pessoa Jurídica	CNPJ/CPF	Nº Contrato	Valor (R\$)	Especialidade	Município de Realização
POLICLINICA DR LUIZ MANSUR S/S LTDA	40.187.825/0001-81	003/2022	307.800,00	Consulta Médica de Neurologia	Alta Floresta/MT
NISHIOKA E NISHIOKA LTDA - EPP	01.413.785/0001-97	1º TERMO ADITIVO 006/2021	356.449,60	Consulta Médica de Cardiologia	Alta Floresta/MT
CENTRO MÉDICO ALTALIANÇA LTDA - EPP	00.744.932/0001-49	1º TERMO ADITIVO 007/2021	1.022.062,90	Consulta Médica de Oftalmologia	Alta Floresta/MT
				Consulta Médica de Ortopedia	
				Consulta Médica de Otorrinolaringologia	
				Consulta Médica de Endocrinologia	
				Consulta Médica de Ginecologia	
				Consulta Médica de Reumatologia	
CLINICA E MCROCIRURGIA DE OLHOS LTDA - EPP	26.795.401/0001-79	1º TERMO ADITIVO 008/2021	340.666,50	Consulta Médica de Hansenologia	Cuiabá/MT
				Consulta Médica de Oftalmologia	
				Consulta Médica de Retinólogo	

FORTKAMP SERVIÇOS MÉDICOS LTDA	20.248.630/0001-97	1º TERMO ADITIVO 010/2021	243.345,40	Consulta Médica de Psiquiatria	Alta Floresta/MT
VERBELO OFTALMOLOGIA EIRELI - ME	28.106.507/0001-43	1º TERMO ADITIVO 012/2021	340.666,50	Consulta Médica de Oftalmologia	Cuiabá/MT
				Consulta Médica de Retinólogo	
OFTALMO CAMPANY LTDA	02.506.535/0001-64	1º TERMO ADITIVO 013/2021	340.666,50	Consulta Médica de Oftalmologia	Alta Floresta/MT
				Consulta Médica de Retinólogo	
NEUROVIDA SAÚDE LTDA ME	26.585396/0001-80	1º TERMO ADITIVO 014/2021	307.800,00	Consulta Médica de Neurologia	Alta Floresta/MT
ARTIGOS E SERVIÇOS DE SEGURANÇA E SAÚDE REDONDO LTDA ME	05.409.459/0001-67	1º TERMO ADITIVO 015/2021	47.367,00	Consulta Médica de Fonoaudiologia	Alta Floresta/MT
CENTRO MÉDICO ALTALIANÇA LTDA - EPP	00.744.932/0001-49	1º TERMO ADITIVO 016/2021	300.162,50	Consulta Médica de Cardiologia	Alta Floresta/MT
CHECKUP DIAGNOSTICO AVANÇADO POR IMAGEM	27.659.883/0001-00	1º TERMO ADITIVO 017/2021	513.399,50	Consulta Médica de Urologia	Alta Floresta/MT
				Consulta Médica de Oftalmologia	
				Consulta Médica de Fonoaudiologia	
OLIVEIRA JUNIOR & MEDEIROS LTDA	25.313.760/0001-80	1º TERMO ADITIVO 018/2021	165.870,00	Consulta Médica de Dermatologia	Alta Floresta/MT
LUDE UCHIYAMA RIBEIRO	36.965.792/0001-86	1º TERMO ADITIVO 020/2021	243.345,40	Consulta Médica de Psiquiatria	Sorriso/MT
EPX – SERVIÇOS MÉDICOS EIRELI ME	13.904.064/0002-40	1º TERMO ADITIVO 022/2021	514.110,00	Consulta Médica de Cardiologia	Alta Floresta/MT
				Consulta Médica de Ortopedia	
ORTOMT SERVIÇOS MEDICOS EIRELI	37.491203/0001-38	1º TERMO ADITIVO 026/2021	157.660,40	Consulta Médica de Ortopedia	Alta Floresta/MT
EPX – SERVIÇOS MÉDICOS EIRELI ME	13.904.064/0002-40	1º TERMO ADITIVO 027/2021	100.320,00	Consulta Médica de Pediatria	Alta Floresta/MT
CENTRO MÉDICO ALTALIANÇA LTDA - EPP	00.744.932/0001-49	1º TERMO ADITIVO 030/2021	64.980,00	Consulta Médica de Cirurgia Vascular	Alta Floresta/MT
MAMY BABY SERVIÇOS MÉDICOS S/S LTDA	27.171.378/0001-04	1º TERMO ADITIVO 031/2021	100.320,00	Consulta Médica de Pediatria	Alta Floresta/MT
HOSPITAL OTORRINO LTDA	14.347.727/0001-54	1º TERMO ADITIVO 032/2021	228.627,00	Consulta Médica de Otorrinolaringologia	Cuiabá/MT
				Consulta Médica de Fonoaudiologia	
CENTRO MATOGROSSENSE DE OFTALMOLOGIA	42.480.390/0001-94	1º TERMO ADITIVO 034/2021	340.666,50	Consulta Médica de Oftalmologia	Cuiabá/MT
				Consulta Médica de Retinólogo	

14.3. Relação de Prestadores Credenciados ou Contratados para os Procedimentos em Tratamento Clínico.					
Empresa/Pessoa Jurídica	CNPJ/CPF	Nº Contrato	Valor (R\$)	Especialidade	Município de Realização
OLIVEIRA JUNIOR & MEDEIROS LTDA	25.313.760/0001-80	1º TERMO ADITIVO 018/2021	24.002,97	Aplicação de Ata p/ Cauterização Química (2 a 5 Lesões)	Alta Floresta/MT

14.4. Relação de Prestadores Credenciados ou Contratados para os Procedimentos Tratamento Cirúrgico.					
Empresa/Pessoa Jurídica	CNPJ/CPF	Nº Contrato	Valor (R\$)	Especialidade	Município de Realização
CENTRO MÉDICO ALTALIANÇA LTDA - EPP	00.744.932/0001-49	1º TERMO ADITIVO 030/2021	73.166,57	Cirurgia de alta frequência – CAF Cirurgia de alta frequência - CAF com biópsia (Anatomopatológico)	Alta Floresta/MT
CLINICA E MCROCIRURGIA DE OLHOS LTDA - EPP	26.795.401/0001-79	1º TERMO ADITIVO 008/2021	836.100,27	Retirada de corpo estranho da Córnea	Cuiabá/MT
				Retirada de corpo estranho intra-ocular	
				Cirurgia de Pterígio	
				Cirurgia de Catarata	
				Vitrectomia Panr Plana	
				Implantação de lente ocular	
				Retirada de silicone ocular	
VERBELO OFTALMOLOGIA EIRELI - ME	28.106.507/0001-43	1º TERMO ADITIVO 012/2021	836.100,27	Retirada de corpo estranho da Córnea	Cuiabá/MT
				Retirada de corpo estranho intra-ocular	
				Cirurgia de Pterígio	
				Cirurgia de Catarata	
				Vitrectomia Panr Plana	
				Implantação de lente ocular	
				Retirada de silicone ocular	
OFTALMO CAMPANY LTDA	02.506.535/0001-64	1º TERMO ADITIVO 013/2021	653.037,39	Retirada de corpo estranho da Córnea	Alta Floresta/MT
				Retirada de corpo estranho intra-ocular	
				Cirurgia de Pterígio	
				Cirurgia de Catarata	
				Implantação de lente ocular	
				Retirada de silicone ocular	
OLIVEIRA JUNIOR & MEDEIROS LTDA	25.313.760/0001-80	1º TERMO ADITIVO 018/2021	57.505,74	Cauterização Dermatologica c/ Eletro cautério (2 a 5 Lesões)	Alta Floresta/MT
				Curetagem Dermatologica c/ Cureta (2 a 5 Lesões)	
EPX – SERVIÇOS MÉDICOS EIRELI ME	13.904.064/0002-40	1º TERMO ADITIVO 022/2021	50.814,75	Coleta de Biopsia de Tireoide	Alta Floresta/MT
				Biopsia de Tireoide até 8 Amostras Anatomopatológico	
DIAGNOSTICA CLINICA MEDICA - ME	11.141.002/0001-17	1º TERMO ADITIVO 023/2021	50.814,75	Coleta de Biopsia de Tireoide	Alta Floresta/MT
				Biopsia de Tireoide até 8 Amostras Anatomopatológico	

DIS-DIAGNOSTICO POR IMAGEM DE SORRISO LTDA EPP	14.677.583/0014-02	1º TERMO ADITIVO 024/2021	316.741,72	Coleta de Biopsia de Mama	Sorriso/MT
				Biopsia de Mama por Lamina	
				Coleta de Biopsia de Próstata	
				Biopsia de Próstata até 8 Amostras Anatomopatológico	
				Coleta de Biopsia de Tireoide	
				Biopsia de Tireoide por Amostras	
CENTRO MATOGROSSENSE DE OFTALMOLOGIA	42.480.390/0001-94	1º TERMO ADITIVO 034/2021	814.725,07	Retirada de corpo estranho intra-ocular	Cuiabá/MT
				Cirurgia de Pterígio	
				Cirurgia de Catarata	
				Vitrectomia Panr Plana	
				Implantação de lente ocular	
				Retirada de silicone ocular	

15. METAS QUALITATIVAS

ITENS	INDICADORES	PARÂMETROS	MÉTODO DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO
01	Manter CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) das empresas atualizado.	100% dos dados da empresa, adequado à prestação dos serviços ao SUS, para faturamento.	Análise da Ficha do CNES de cada empresa, referente ao mês vigente.	Percentual das empresas contratadas, com CNES atualizado.
02	Pesquisa de satisfação do usuário positiva.	Realizada no mês da competência, com no mínimo, 30% dos pacientes atendidos nas empresas contratadas.	Relatório mensal com resultados positivos e negativos, com amostragem de, no mínimo, 30% dos usuários atendidos.	Excelente = 10 Bom = 08 Regular = 05 Ruim = 0

16. DA LIBERAÇÃO DOS RECURSOS DE DESPESA

O repasse de recursos financeiros deverá ocorrer em consonância com os valores firmados nos contratos de rateio de cada prefeitura municipal consorciada e a cota de incentivo por parte da SES/MT estabelecida na Portaria Nº 098/2016/GBSES.

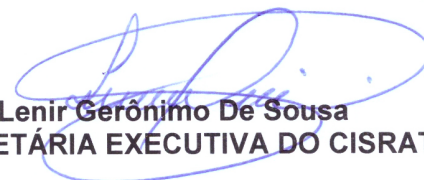
17. DA AVALIAÇÃO DAS METAS

O desempenho firmado no presente Plano Operativo será monitorado e avaliado pelo Escritório Regional de Saúde de Alta Floresta, por meio de análise dos Contratos de Credenciamento de Serviços, relatórios mensais financeiros e de execução e outros documentos comprobatórios da execução dos serviços prestados.

Os relatórios mensais deverão ser encaminhados para a Coordenadoria de Consórcios/SAS/SES/MT, com parecer técnico do Escritório Regional de Saúde.



Valdemar Gamba
PRESIDENTE DO CISRAT



Lenir Gerônimo De Sousa
SECRETÁRIA EXECUTIVA DO CISRAT

TESTEMUNHAS:

Nome: *Alicia Ani Rhoden*
RG: 2199808-6 SSP/MT
CPF: 036.164.371-30

Nome:
RG n.
CPF n.