

CÓDIGO SIGTAP	DESCRIÇÃO	QUANT.	VALOR
408060719	VIDEOARTROSCOPIA	8	R\$ 1.115,34
408050489	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA/ LESÃO FISÁRIA PROXIMAL (COLO) DO FÊMUR (SÍNTESE)	8	R\$ 4.559,36
408050551	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	8	R\$ 1.882,57
408050608	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE LESÃO FISÁRIA DISTAL DA TÍBIA	8	R\$ 2.788,28
408050624	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)	8	R\$ 4.612,07
905010019	OCI AVALIAÇÃO INICIAL EM OFTALMOLOGIA - A PARTIR DE 9 ANOS	50	R\$ 160,00
905010043	OCI AVALIAÇÃO DE RETINOPATIA DIABÉTICA	50	R\$ 200,00
TOTAL			R\$ 27.649.400,70

EXAMES DIAGNÓSTICOS

SIGTAP	DESCRIPTIVO	QUANT.	VALOR
0206020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX	40	R\$ 314,93
0206020015	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	35	R\$ 314,93
0206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	40	R\$ 243,84
0206030029	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	40	R\$ 236,18
0206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Pelve / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	50	R\$ 297,24
0207010013	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	15	R\$ 900,00
0207010048	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ CONTRASTE E/OU SEDAÇÃO	25	R\$ 1.150,00
0207010056	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA C/CONTRASTE E/OU SEDAÇÃO	35	R\$ 1.150,00
0207020027	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	50	R\$ 600,00
0207020035	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	35	R\$ 600,00
0207030014	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	35	R\$ 600,00
0207030014	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR C/ CONTRASTE E/OU SEDAÇÃO	35	R\$ 1.150,00
0207030022	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	35	R\$ 600,00
0207030022	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR C/ CONTRASTE E/OU SEDAÇÃO	35	R\$ 1.150,00
0207030030	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) C/ CONTRASTE E/OU SEDAÇÃO	35	R\$ 1.150,00
0207030049	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/ COLANGIORRESSONANCIA	45	R\$ 900,00
0207010048	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	35	R\$ 566,92
0207010056	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	50	R\$ 613,77
0207030030	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	50	R\$ 651,44
0211060283	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA	25	R\$ 298,75
0209040041	VIDEOLARINGOSCOPIA	35	R\$ 247,17
0204050170	URETROCISTOGRAFIA	35	R\$ 646,67
0209010053	RETOSIGMOIDOSCOPIA	35	R\$ 449,02
0205020089	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	35	R\$ 111,23
0211040045	HISTEROSCOPIA (DIAGNOSTICA)	35	R\$ 859,33
0209020016	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA	35	R\$ 230,00
0204050065	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	15	R\$ 940,88
0205020186	ULTRASSONOGRAFIA PARA MAPEAMENTO DE ENDOMETRIOSE	50	R\$ 502,66
TOTAL			R\$ 610.225,95

ANEXO II- MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO

AO: ESTADO DO CEARÁ/SECRETARIA DA SAÚDE

Ref. Edital Chamamento Público Nº 01/2026 (NUP 24001.009094/2026-88)

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA divulgado pelo Estado do Ceará/Secretaria da Saúde, para a realização de cirurgias eletivas em múltiplas especialidades e exames especializados de média e alta complexidade, com a finalidade de atender pacientes em período pré-operatório e/ou pós-operatório, com a premissa de que o exame faz parte da linha de cuidados da cirurgia, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), visando ampliar a oferta assistencial e reduzir a demanda reprimida identificada pela Central de Regulação do Estado do Ceará na região sul do estado, consoante com a necessidade da administração pública, atendendo as normas estabelecidas no edital de credenciamento e na legislação atinente à matéria.

Nome: _____

Endereço: _____ Comercial: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado _____

CNPJ: _____

Comarca/Estado, _____ de _____ de _____.

Assinatura (Nome completo, cargo ou função e assinatura dos sócios e/ou diretores).

*Observação: Em papel timbrado da interessada.

ANEXO III – MODELO DE DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E ACEITAÇÃO
DOS TERMOS DO EDITAL CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2026

(NUP 24001.009094/2026-88)

Pelo presente instrumento, (nome da instituição), CNPJ (nº do CNPJ), com sede na (endereço), através de seus sócios e/ou diretores, infra – firmados, tendo em vista o CHAMAMENTO PÚBLICO nº 01/2026, cujo objeto é o credenciamento de instituições de saúde públicas e privadas, com e sem fins lucrativos, para a realização de cirurgias eletivas em múltiplas especialidades e exames especializados de média e alta complexidade, com a finalidade de atender pacientes em período pré-operatório e/ou pós-operatório, com a premissa de que o exame faz parte da linha de cuidados da cirurgia, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), visando ampliar a oferta assistencial e reduzir a demanda reprimida identificada pela Central de Regulação do Estado do Ceará na região sul do estado, consoante com a necessidade da administração pública, atendendo as normas estabelecidas no edital de credenciamento e na legislação atinente à matéria, declara, sob as penas da lei, que:

Conhece e aceita as condições de remuneração dos serviços prestados. Têm disponibilidade para prestar atendimento, conforme as normas fixadas pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, e segundo as normas do Ministério da Saúde, inclusive obedecendo às disposições éticas e técnicas dos respectivos Conselhos Regionais de profissionais de Saúde.

Declara, ainda, assumindo a responsabilidade pela autenticidade de todos os documentos apresentados, sujeitando-se às penalidades legais e a sumária desclassificação do chamamento, e que fornecerá quaisquer informações complementares solicitadas pela Secretaria e/ou pelos órgãos de controle.

Comarca/Estado, _____ de _____ de _____.

Assinatura (Nome completo, cargo ou função e assinatura dos sócios e/ou diretores).

*Observação: Em papel timbrado da interessada.

ANEXO IV – MODELO DE DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADE
DE CARGOS E FUNÇÕES

Pelo presente instrumento, (nome da instituição), CNPJ (nº do CNPJ), com sede na (endereço), não há nenhum sócio, diretor ou representante legal que exerça Cargo ou Função de Chefia ou Assessoramento, em qualquer nível, na área pública de saúde, no âmbito do Estado do Ceará, não comprometendo desta forma a participação da Instituição supracitada no processo do CHAMAMENTO PÚBLICO nº 01/2026.

Comarca/Estado, _____ de _____ de _____.

Assinatura (Nome completo, cargo ou função e assinatura dos sócios e/ou diretores).

*Observação: Em papel timbrado da interessada.