

IDENTIFICAÇÃO DE ITENS PARA CREDENCIAMENTO

presentamos nossa demonstração de interesse para CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS ESPECIALIZADAS NA ÁREA DE SAÚDE PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES DE IMAGEM E PROCEDIMENTOS DE POLIPECTOMIA, PROCESSAMENTO E EMISSÃO DE LAUDOS, PARA ATENDER A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ATENDER A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL, objeto do Chamamento Público nº 003/2026, acatando todas as estipulações consignadas no Edital, conforme abaixo:

Razão Social: CENTRO VERANENSE DE DIAGNOSTICOS LTDA

CNPJ: 89.986.525/0001-51 Endereço: Av Julio de Castilhos 784, Veranópolis. CEP: 95.330-000
 Telefone: 054 3441 1555 E-mail: administrativo@cvdmed.com.br

Nome do Banco: Banrisul No da Agência: 0450 Nº Conta Bancária: 06.0119670-6

Nome da pessoa p/ contato: Patricia Zanetti

Exame	Descrição	Quantidade anual	Valor Unit. R\$	Valor Total R\$	Itens para credenciamento
1	Ecografia de Abdômen Total	70	156,77	10.973,90	X
2	Ecografia das Articulações	120	116,58	13.989,60	X
3	Ecografia de Partes Moles	120	114,24	13.708,50	X
4	Ecografia do Aparelho Urinário Feminino	30	111,13	3.333,90	X
5	Ecografia do Aparelho Urinário	30	111,88	3.356,40	X
6	Ecografia Renal/Vias Urinárias	30	111,88	3.356,40	X
7	Ecografia de Próstata	120	104,93	12.591,60	X
8	Ecografia Transvaginal	320	121,40	38.848,00	X
9	Ecografia Obstétrica 1º Trimestre Endovaginal	60	149,90	8.994,00	X
10	Ecografia Doppler Transtorácico Colorido	30	328,67	9.860,10	
11	Ecodoppler Arterial UM Vaso	24	311,67	7.480,08	X
12	Ecodoppler Venoso UM Vaso	24	311,67	7.480,08	X
13	Ecodoppler de Aorta e Ilíacas	24	297,99	7.151,76	X
14	Eco mamária	360	123,18	44.344,80	X
15	Mamografia	360	188,51	67.863,60	X
16	Ecografia Morfológica	90	312,76	28.148,40	X
17	Ecografia Obstétrica	120	141,97	17.036,40	X
18	Densitometria Óssea	24	196,26	4.710,24	
19	Ecografia Tireóide com Doppler	24	237,97	5.711,28	X
20	Ressonância de Crânio com Contraste	36	671,34	24.168,24	
21	Ressonância de Crânio sem Contraste	36	554,19	19.950,84	

gn

22	Ressonância Magnética Abdômen com Contraste Superior	12	692,01	8.304,12
23	Ressonância Magnética Abdômen sem Contraste Superior	12	575,66	6.907,92
24	Ressonância Magnética Abdômen Total com Contraste	36	1.012,63	36.454,68
25	Ressonância Magnética Abdômen Total sem Contraste	36	1.064,47	38.320,92
26	Ressonância Magnética Antebraço Direito ou Esquerdo com Contraste	08	665,49	5.323,92
27	Ressonância Magnética Antebraço Direito ou Esquerdo sem Contraste	08	556,52	4.452,16
28	Ressonância sem Contraste de Bacia, Braço, Colunas, Cotovelo, Coxa, Joelho, Mão, Ombro, Pé, Perna, Tórax ou Tornozelo	24	580,02	13.920,48
29	Ressonância com Contraste de Bacia, Braço, Colunas, Cotovelo, Coxa, Joelho, Mão, Ombro, Pé, Perna, Tórax ou Tornozelo	24	630,85	15.140,40
30	Ressonância Sela Túcica sem Contraste	06	585,38	3.512,28
31	Ressonância Sela Túcica com Contraste	06	631,46	3.788,76
32	Ressonância Pelve sem Contraste	12	597,71	7.172,52
33	Ressonância Pelve com Contraste	12	648,25	7.779,00
34	Ressonância Punho Direito ou Esquerdo sem Contraste	12	579,60	6.955,20
35	Ressonância Punho Direito ou Esquerdo com Contraste	12	625,48	7.505,76
36	Ressonância Quadril Direito ou Esquerdo sem Contraste	30	579,60	17.388,00
37	Ressonância Quadril Direito ou Esquerdo com Contraste	30	630,44	18.913,13
38	Tomografia Computadorizada do Crânio sem Contraste	36	368,32	13.259,52
39	Tomografia Computadorizada do Crânio com Contraste	36	409,10	14.727,60
40	Tomografia Computadorizada com Contraste (Abdômen Superior, Abdômen Total, Bacia, Cotovelo, Joelho, Ombro, Pé, Pelve, Pescoço, Punho, Quadril, Tórax ou Tornozelo)	36	435,18	15.666,48

[Handwritten signature]

41	Tomografia Computadorizada sem Contraste (Abdômen Superior, Abdômen Total, Bacia, Cotovelo, Joelho, Ombro, Pé, Pelve, Pescoço, Punho, Quadril, Tórax ou Tornozelo)	36	360,72	12.985,92	
42	Tomografia Computadorizada sem Contraste de Coluna Cervical, Coluna Lombo Sacra, Coluna Dorsal, Face/Seios da Face, Perna ou Sela Túrcica	24	346,50	8.316,00	
43	Tomografia Computadorizada com Contraste de Coluna Cervical, Coluna Lombo Sacra, Coluna Dorsal, Face/Seios da Face, Perna ou Sela Túrcica	24	386,93	9.286,32	
44	Tomografia Computadorizada sem Contraste de Antebraço, Braço, Coxa Femoral, Mão ou Perna	24	356,50	8.556,00	
45	Tomografia Computadorizada com Contraste de Antebraço, Braço, Coxa Femoral, Mão ou Perna	24	400,45	9.610,80	
46	Tomografia Computadorizada Abdômen Total com Contraste	24	560,53	13.452,72	
47	Tomografia Computadorizada Abdômen Total sem Contraste	24	465,33	11.167,92	
48	Raio - X	200	89,75	17.950,00	
49	Angiotomografia	20	763,40	15.268,00	
50	Videocolonoscopia	50	599,00	29.950,00	
51	Videoendoscopia Digestiva Com Anestésico	50	357,33	17.866,50	
52	Polipectomia Pólipo Pequeno e Pinça	50	310,00	15.500,00	
53	Polipectomia com Alça	50	620,00	31.000,00	

Obs: A empresa proponente deverá identificar com um X na coluna denominada "ITENS PARA CREDENCIAMENTO" quais são os itens que pretende se credenciar para prestar os serviços de Saúde ao Município.

Validade da Proposta: 60 dias

Veranopolis 18 de setembro de 2026

Cristian Marli Benincá
Centro Veranense de Diagnósticos Ltda
Cristian Marli Benincá
Sócia Gerente

[Handwritten signatures]