

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

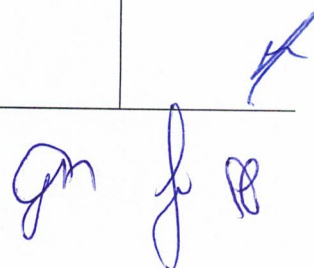
CNPJ: 89.986.525/0002-32 Endereço: Rua Saul Irineu Farina 160, Veranópolis. CEP: 95.330-000
Telefone: 054 3441 1555 E-mail: administrativo@cvdmed.com.br

Nome do Banco: Banrisul No da Agência: 0450 Nº Conta Bancária: 06.079608.0-7

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	X
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	X
21	Ressonância de Crânio sem Contraste	36	554,19	19.950,84	X

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



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	X
42	Tomografia Computadorizada sem Contraste de Coluna Cervical, Coluna Lombo Sacra, Coluna Dorsal, Face/Seios da Face, Perna ou Sela Túcica	24	346,50	8.316,00	X
43	Tomografia Computadorizada com Contraste de Coluna Cervical, Coluna Lombo Sacra, Coluna Dorsal, Face/Seios da Face, Perna ou Sela Túcica	24	386,93	9.286,32	X
44	Tomografia Computadorizada sem Contraste de Antebraço, Braço, Coxa Femoral, Mão ou Perna	24	356,50	8.556,00	X
45	Tomografia Computadorizada com Contraste de Antebraço, Braço, Coxa Femoral, Mão ou Perna	24	400,45	9.610,80	X
46	Tomografia Computadorizada Abdômen Total com Contraste	24	560,53	13.452,72	X
47	Tomografia Computadorizada Abdômen Total sem Contraste	24	465,33	11.167,92	X
48	Raio - X	200	89,75	17.950,00	X
49	Angiotomografia	20	763,40	15.268,00	X
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

Veranópolis 18 de setembro de 2026



Centro Veranense de Diagnósticos Ltda
Cristian Marli Benincá
Sócia Gerente

