



CLÍNICA MED CENTER
Avenida Bernardo Sayão Nº 574 Centro CEP 73950-000
Alvorada Do Norte - GO Fone: (62) 3421-1926
E-mail: clanicamedcenter001@gmail.com
CLINICA MED CENTER EIRELI - ME
CNPJ: 23.059.179/0001-58

ORÇAMENTO

Augustinópolis – TO, 02 de fevereiro de 2026.

A

Prefeitura Municipal de Augustinópolis
Secretaria Municipal de Saúde
AUGUSTINÓPOLIS - TO.

OBJETO:	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE SAÚDE
----------------	--

EMPRESA:	CLINICA MED CENTER EIRELI - ME.
CNPJ.:	23.059.179/0001-58.
ENDEREÇO:	AV. BERNERDO SAYÃO, Nº 574, SETOR CENTRAL, CEP.: 73.950-000.
CIDADE:	ALVORADA DO NORTE - GO.
FONE/FAX:	(62) 3481-1550.
EMAIL:	Clinicamedcenter001@gmail.com
TITULAR ADMINISTRADOR	JEFFERSON PAULA GUEDES.
CPF.:	941.629.991-04.
C.I.Nº:	4326560 DGPC/GO.

A unidade móvel deverá oferta os seguintes exames:

TABELA DE EXAMES DE UROLOGIA DA SAÚDE DO HOMEM					
Item	Código SUS	Descrição/Exames/Consultas	Quant.	V. Unit.	V. Total
01	03.01.01.007-2	CONSULTA DE UROLOGIA	100,00	R\$ 190,00	R\$ 19.000,00
02	02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	200,00	R\$ 198,30	R\$ 39.660,00
03	02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	10,00	R\$ 198,30	R\$ 1.983,00
04	02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA VIA ABDOMINAL	200,00	R\$ 198,30	R\$ 39.660,00

TABELA DE EXAMES DE MASTOLOGIA DA SAÚDE DA MULHER					
Item	Código SUS	Descrição/Exames/Consultas	Quant.	V. Unit.	V. Total
01	03.01.01.007-2	CONSULTA GINECOLOGIA	300,00	R\$ 190,00	R\$ 57.000,00
02	02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA	200,00	R\$ 198,30	R\$ 39.660,00
03	02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAFIA AXILA BILATERAL	150,00	R\$ 198,30	R\$ 29.745,00
04	02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (VIA ABDOMINAL)	100,00	R\$ 198,30	R\$ 19.830,00
05	02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICAS	20,00	R\$ 198,30	R\$ 3.966,00
06	02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE COM DOPPLER	250,00	R\$ 198,30	R\$ 49.575,00
07	02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA DE OBSTETRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO	20,00	R\$ 198,30	R\$ 3.966,00

08	02.05.02.021-6	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	300,00	R\$ 258,80	R\$ 77.640,00
09	02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAMA VAGINAL	100,00	R\$ 198,30	R\$ 19.830,00

TABELA DE EXAMES CLÍNICA MÉDICA					
Item	Código SUS	Descrição/Exames/Consultas	Quant.	V. Unit.	V. Total
01	03.01.01.007-2	CONSULTA CLÍNICA MÉDICA	25,00	R\$ 190,00	R\$ 4.750,00
02	03.01.01.007-2	CONSULTA PEDIATRIA	150,00	R\$ 250,00	R\$ 37.500,00
03	03.01.01.007-2	CONSULTA ALERGOLOGISTA	150,00	R\$ 300,00	R\$ 45.000,00
04	02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAMA DE ABDOME TOTAL	200,00	R\$ 229,30	R\$ 45.860,00
05	02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAMA DE ABDOME SUPERIOR	200,00	R\$ 198,30	R\$ 39.660,00
06	02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAMA DE ABDOME INFERIOR	100,00	R\$ 198,30	R\$ 19.830,00
07	02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAMA DE PAREDE DE ABDOMEM	200,00	R\$ 210,30	R\$ 42.060,00
08	02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAMA MUSCULO ESQUELÉTICAS	300,00	R\$ 225,40	R\$ 67.620,00
09	02.05.02.902-7	ULTRASSONOGRAMA DE PARTES MOLES	100,00	R\$ 198,30	R\$ 19.830,00
10	04140150-0	GRUPO DE TESTE CUTANEO - PRICK TESTE	50,00	R\$ 241,11	R\$ 12.055,50
11	4140144-1	TESTE DE CONTATO ATE 30 SUBSTÂNCIA - PATCH TESTE	50,00	R\$ 262,08	R\$ 13.104,00

TABELA DE EXAMES CLÍNICOS CARDIOLÓGICOS					
Item	Código SUS	Descrição/Exames/Consultas	Quant.	V. Unit.	V. Total
01	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CARDIOLÓGICA)	200,00	R\$ 190,00	R\$ 38.000,00
02	02.05.01.900-4/5	ULTRASSONOGRAMA DE DOPPLER VENOSO (POR MEMBRO)	50,00	R\$ 249,80	R\$ 12.490,00
03	02.05.01.900-3	ULTRASSONOGRAMA DE DOPPLER ARTERIAL (POR MEMBRO)	50,00	R\$ 249,80	R\$ 12.490,00
04	02.11.02.006-3	ELETROCARDIOGRAMA	200,00	R\$ 88,90	R\$ 17.780,00
05	02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICO	200,00	R\$ 320,00	R\$ 64.000,00
06	02.05.01.900-8	ULTRASSONOGRAMA DE ARTERIAS VERTEBRAIS	50,00	R\$ 212,00	R\$ 10.600,00
07	02.05.01.900-6	ULTRASSONOGRAMA DE ARTERIAS CARÓTIDA	50,00	R\$ 212,00	R\$ 10.600,00

TABELA DE EXAMES OFTALMOLÓGICOS					
Item	Código SUS	Descrição/Exames/Consultas	Quant.	V. Unit.	V. Unit.
01	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (OFTALMOLÓGICOS)	280,00	R\$ 190,00	R\$ 53.200,00
02	02.11.06.025-9	TORNOMETRIA	100,00	R\$ 78,80	R\$ 7.880,00
03	02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	100,00	R\$ 78,80	R\$ 7.880,00
04	02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA	100,00	R\$ 108,00	R\$ 10.800,00
05	02.11.06.023-2	TESTE ORTOPTICO	100,00	R\$ 78,80	R\$ 7.880,00



CLÍNICA MED CENTER
Avenida Bernardo Sayão Nº 574 Centro CEP 73950-000
Alvorada Do Norte - GO Fone: (62) 3421-1926
E-mail: clinicamedcenter001@gmail.com
CLINICA MED CENTER EIRELI - ME
CNPJ: 23.059.179/0001-58

06	02.11.06.015-1	FUNDOSCÓPIA	100,00	R\$ 78,80	R\$ 7.880,00
07	02.11.06.005-4	CERATOMETRIA	100,00	R\$ 78,80	R\$ 7.880,00

TOTAL			5155,00		R\$ 1.018.144,50
--------------	--	--	----------------	--	-------------------------

Valor por extenso:	R\$ 1.018.144,50 (UM MILHÃO, DEZOITO MIL, CENTO E QUARENTA E QUATRO REAIS E CINQUENTA CENTAVOS).
Validade da Proposta:	30 (TRINTA) dias,
Declara:	No preço acima proposto estão inclusas todas as despesas diretas e indiretas à execução do objeto, inclusive tributos e/ou impostos, encargos sociais e trabalhistas incidentes, taxa de administração, previsão de lucro, frete, seguro, combustível, EPI's, transporte e entrega do objeto, bem como as despesas com alimentação, transporte e hospedagem dos funcionários, entre outros necessários ao cumprimento integral do objeto da contratação.

Jefferson Paula Guedes94162999104
Assinado de forma digital por Jefferson Paula Guedes94162999104
Dados: 2026.02.03 14:27:11 -03'00'

NOME: CLINICA MED CENTER EIRELI - ME
CNPJ.: 23.059.179/0001-58.

FONEFAX.: (62) 3421 – 1926 CEL.: (62) 9 9657 – 7494.

ENDEREÇO ELETRONICO: clinicamedcenter001@gmail.com