

**CIRAU**CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL  
DA REGIÃO DO ALTO URUGUAI**ADITIVO 02****TERMO DE CREDENCIAMENTO Nº 022/2025**  
**EDITAL DE CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº 004/2025**  
Processo Administrativo nº 017/2025**TERMO DE CREDENCIAMENTO QUE ENTRE SI CELEBRAM O  
CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL DA REGIÃO DO  
ALTO URUGUAI – CIRAU E CLINICA RADIOLÓGICA DA  
CIDADE DE PASSOFUNDO LTDA (KOSMA), PARA A  
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE.**

Pelo presente instrumento, o CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL DA REGIÃO DO ALTO URUGUAI - CIRAU, sito à Rua Marechal Floriano, 184, Centro, Cidade de Erechim, RS, CEP 99700-236, neste ato legalmente representado pelo seu Presidente Prefeito, Paulo Sergio Battisti, portador da Cédula de Identidade nº 2039682576 e do CPF nº 539.357.300-63, compreendendo os Municípios de ARAPUÃ/PR, ARATIBA, ÁUREA, BARRA DO RIO AZUL, BARRAÇÃO/PR, BARÃO DE COTEGIPE, BENJAMIN CONSTANT DO SUL, BOA VISTA DAS MISSÕES, CAIÇARA, CAMPINAS DO SUL, CARLOS GOMES, CENTENÁRIO, CHARRUA, CIRÍACO, COXILHA, CRUZALTENSE, DIAMANTE DO NORTE/PR, ENTRE RIOS DO SUL, EREBANGO, ERECHIM, ERVAL GRANDE, ESTAÇÃO, FAXINALZINHO, FLORIANO PEIXOTO, GAURAMA, GETÚLIO VARGAS, GRAMADO DOS LOUREIROS, GRANDES RIOS/PR, GUARANIAÇU/PR, INAJÁ/PR, IPIRANGA DO SUL, ITATIBA DO SUL, JABOTICABA, JACUTINGA, JUNDIAÍ DO SUL/PR, LIDIANÓPOLIS/PR, MACHADINHO, MARCELINO RAMOS, MARIANO MORO, MIRASELVA/PR, NÃO-ME-TOQUE, PALMITINHO, PAULO BENTO, PINHAL DA SERRA, PONTE PRETA, QUATRO IRMÃOS, SANTA CECÍLIA DO PAVÃO/PR, SÃO JOÃO DO IVAI/PR, SÃO JOSÉ DAS MISSÕES, SÃO VALENTIM, SEVERIANO DE ALMEIDA, SERTÃO, TAQUARUÇU DO SUL, TRÊS ARROIOS, TUNAS, VIADUTOS, VISTA ALEGRE e demais municípios que vierem a se associar ao consórcio durante a vigência deste Edital, doravante denominado CREDENCIANTE, e de outro lado a empresa **CLINICA RADIOLÓGICA DA CIDADE DE PASSO FUNDO LTDA (KOSMA)**, Matriz, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no **CNPJ sob nº 90.169.061/0001-70**, com sede na Rua Teixeira Soares nº 793, bairro Centro, cidade de Passo Fundo, Estado do Rio Grande do Sul, neste ato representado pelo seu diretor, Sr. MARCELO RIBEIRO, brasileiro(a), maior, residente e domiciliado(a) na Rua Passo Fundo, Município de Passo Fundo, Estado do Rio Grande do Sul, portador(a) do CPF nº 539.093.560-87 e Carteira de Identidade nº 4049246434, doravante denominado CREDENCIADO E-mail: [contratos@kozma.com.br](mailto:contratos@kozma.com.br) e [csantin@kozma.com.br](mailto:csantin@kozma.com.br); para agendamentos email [spessi@kozma.com.br](mailto:spessi@kozma.com.br), Fone de contato (54) 3317 7272, (54) 3317 7200, 0800.123.7272, suas Filiais **CLINICA RADIOLÓGICA DA CIDADE DE PASSO FUNDO LTDA ( KOSMA HC), CNPJ Nº 90.169.061/0002-50** neste ato representado por, Sr. ALDO PAZA JUNIOR, CPF nº 599.351.620-87 e Carteira de Identidade nº 4039495504, com sede na Rua Comandante Kraemer, nº 405, Bairro Centro, cidade de Erechim, Estado do Rio Grande do Sul; **CLINICA RADIOLÓGICA DA CIDADE DE PASSO FUNDO LTDA ( KOSMA GINECLINICA), CNPJ Nº 90.169.061/0005-01** neste ato representado por, Sr. ALDO PAZA JUNIOR, CPF nº 599.351.620-87 e Carteira de Identidade nº 4039495504, com sede na Rua Comandante Kraemer, nº 310, sala 01, Bairro Centro, cidade de Erechim, Estado do Rio Grande do Sul; **CLINICA RADIOLÓGICA DA CIDADE DE PASSO FUNDO LTDA ( KOSMA CLINICA DE FRATURAS), CNPJ Nº 90.169.061/0015-75** neste ato representado por, Sr. ALDO PAZA JUNIOR, CPF nº 599.351.620-87 e Carteira de Identidade nº 4039495504, com sede na Rua Passo Fundo, nº 456, sala Radiologia, Bairro Centro, cidade de Erechim, Estado do Rio Grande do Sul; **CLINICA RADIOLÓGICA DA CIDADE DE PASSO FUNDO LTDA ( KOSMA PRONTO ATENDIMENTO), CNPJ Nº 90.169.061/0006-84** neste ato representado por, Sr. ALDO PAZA JUNIOR, CPF nº 599.351.620-87 e Carteira de Identidade nº 4039495504, com sede na Rua Marechal Deodor, nº 121, sala 03, Bairro Centro, cidade de Erechim, Estado do Rio Grande do Sul, doravante denominado CREDENCIADO, tendo em vista o que dispõe a Constituição Federal, Lei Federal nº. 14.133/2021 e disposições análogas aos Contratos Administrativos e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis, resolvem celebrar o presente **ADITIVO** ao TERMO DE CREDENCIAMENTO, vinculado ao edital de Credenciamento Público nº 004/2025 para PRESTAÇÃO DE SERVIÇO NA ÁREA DA SAÚDE aos municípios Consorciados, para alterar o ANEXO I do TERMO DE CREDENCIAMENTO, mantendo as demais cláusulas inalteradas.

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

O presente Termo de Credenciamento tem por objeto a **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE** para atender as demandas dos municípios integrantes do CIRAU e aos que vierem a se associar, nos seguintes segmentos: Consultas Especializadas na modalidade presencial e on-line – todas as áreas; Exames de imagens – Raio X; Ultrassonografia; Tomografia Computadorizada; Ressonância Magnética; Cintilografias entre outros; Exames Oftalmológicos; Exames Anatomopatológicos; Exames de Neurologia; Outros Exames Especializados; Medicina Nuclear; Procedimentos cirúrgicos; Biopsias; Procedimentos de Proctologia, enfim, todas as áreas da saúde e diretamente aos segmentos.

**Parágrafo Primeiro:** Os serviços ora credenciados estão referidos a uma base territorial proporcional, determinada pelo CIRAU através de seus associados participantes, com vistas a sua distritalização e serão ofertados com base na compatibilização das necessidades da demanda e a disponibilidade de recursos financeiros dos municípios consorciados.

**Parágrafo Segundo:** Os serviços serão executados pelo PRESTADOR CREDENCIADO, nos moldes deste Termo de Credenciamento e do Edital, aos municípios consorciados que optarem pelo serviço.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS**

Os serviços referidos na Cláusula Primeira serão executados pelo PRESTADOR CREDENCIADO, que se compromete a prestar os serviços pelos valores e nos termos propostos no Edital e seus anexos:

Obs.: O quantitativo estimado refere-se a 01 (uma) unidade mínima para cada município consorciado, em cada área específica, considerando os atuais 57 (cinquenta e sete) consorciados, visto o credenciamento ser de prestadores de serviço.

**Parágrafo Primeiro:** Os serviços deverão ser prestados aos municípios consorciados, aos novos que se associarem e ao CIRAU na sede do credenciado.

**Parágrafo Segundo:** O PRESTADOR CREDENCIADO se obriga a manter os dados atualizados junto ao CIRAU e aos municípios consorciados, tais como: endereço, responsável legal, dados bancários, e-mail e telefone. Os municípios consorciados eximem-se de pagar até a data acima, se o PRESTADOR CREDENCIADO não comunicar alteração dos dados bancários. Ademais, também fica a cargo do PRESTADOR CREDENCIADO, informar se houver outro enquadramento fiscal que implique em retenções de impostos.

**CLÁUSULA TERCEIRA - DAS NORMAS GERAIS**

Os serviços ora ajustados serão prestados diretamente por profissionais do estabelecimento do PRESTADOR CREDENCIADO, que se compromete a ofertar, todos os profissionais necessários a execução dos serviços credenciados, mediante as condições pactuadas entre as partes.

**Parágrafo Primeiro** - Para os efeitos deste Termo de Credenciamento, consideram-se profissionais do estabelecimento do PRESTADOR CREDENCIADO:

- a) O membro do corpo de profissionais do PRESTADOR CREDENCIADO;
- b) O profissional que tenha vínculo empregatício com o PRESTADOR CREDENCIADO;
- c) O profissional autônomo que presta serviços ao PRESTADOR CREDENCIADO;
- d) O profissional que, não estando incluído nas categorias referidas nas alíneas “a”, “b” e “c”, é admitido pelo PRESTADOR CREDENCIADO nas suas instalações para prestar determinado serviço, a critério exclusivo deste.

**Parágrafo Segundo** - Equipara-se aos profissionais autônomos definidos nas alíneas “c” e “d”, a empresa, o grupo, a sociedade ou conglomerado de profissionais que exerça atividade na área de saúde, junto ao PRESTADOR CREDENCIADO.

**Parágrafo Terceiro** - O PRESTADOR CREDENCIADO fica exonerado da responsabilidade pelo não atendimento ao paciente, na hipótese de atraso superior a 30 (trinta) dias, no pagamento devido pelo município, ressalvadas as situações de calamidade pública ou grave ameaça na ordem interna ou as situações de urgência e emergência ortopédica.

**Parágrafo Quarto** - A prestação dos serviços ora credenciados não implica vínculo empregatício nem exclusividade de colaboração entre o CIRAU e o PRESTADOR CREDENCIADO e entre o MUNICÍPIO e o PRESTADOR CREDENCIADO.

**CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES DO CIRAU**

São obrigações do CIRAU:

- a) Prestar ao PRESTADOR CREDENCIADO todas as informações necessárias à execução das obrigações previstas neste Termo de Credenciamento;
- b) Acompanhar o cumprimento do objeto do presente Termo de Credenciamento.

**CLÁUSULA QUINTA - DAS OBRIGAÇÕES DO PRESTADOR CREDENCIADO**

Para o cumprimento do objeto deste Termo de Credenciamento, o PRESTADOR CREDENCIADO se obriga a oferecer aos MUNICÍPIOS CONSORCIADOS os serviços nos valores e nos termos propostos no Edital e seus anexos.

**Parágrafo Único:** O PRESTADOR CREDENCIADO se obriga ainda, a:

- a) Manter sempre atualizado os seus dados aos municípios consorciados;
- b) Informar ao CIRAU e aos municípios consorciados eventual alteração de sua razão social e de mudança de sua diretoria, Contrato ou Estatuto, enviando ao CIRAU e aos municípios consorciados, no prazo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de registro da alteração, cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro das Pessoas Jurídicas;
- c) Prestar os serviços na forma ajustada;
- d) Apresentar, quando solicitado, documentos que comprovem estar cumprindo as exigências da legislação em vigor quanto às obrigações assumidas;
- e) Responsabilizar-se pela execução dos serviços;
- f) Oferecer todo o recurso necessário ao seu atendimento, não podendo utilizar nem permitir
- g) que terceiros utilizem o credenciamento/contrato para fins de experimentações, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços;
- h) Manter durante toda a vigência do Termo de Credenciamento as condições exigidas para a habilitação.

**CLÁUSULA SEXTA – DAS OBRIGAÇÕES DOS MUNICÍPIOS**

- a) Indicar o e-mail ao qual deverão ser encaminhadas as informações e contatos do prestador, bem como as faturas de cobrança de seus serviços e entrega da nota fiscal, se por e-mail ou pelo meio físico;
- b) Instruir e acompanhar o trabalho do prestador no município, informando ao Consórcio sobre as faltas cometidas, se assim necessário;
- c) Efetuar o pagamento conforme ajustado em contrato e atestado pelos fiscais de contrato das secretarias municipais que utilizarem os serviços;
- d) Receber, examinar documentos e nota fiscal, emitir parecer técnico pela aprovação ou rejeição pelo serviço prestado para encaminhamento ao pagamento, incluindo o atesto na nota fiscal.
- e) Designar servidor público para fiscalizar o cumprimento do objeto deste Edital bem como do acordado no contrato;
- f) Fornecer informações necessárias ao credenciado para que possa realizar o serviço para o qual foi contratado.

**CLÁUSULA SÉTIMA - DO PREÇO**

Os municípios consorciados ao CIRAU pagarão, ao PRESTADOR CREDENCIADO os valores correspondentes aos serviços prestados, a importância correspondente a cada contratação, conforme tabelas em anexo.

Obs.: O quantitativo estimado refere-se a 01 (uma) unidade mínima para cada município consorciado, em cada área específica, considerando os atuais 57 (cinquenta e sete) consorciados, visto o credenciamento ser de prestadores de serviço.

**Parágrafo Primeiro:** No valor da prestação do serviço deverão ser consideradas todas as despesas que a empresa credenciada terá para realização do mesmo, incluindo a estrutura de atendimento, os honorários profissionais, materiais médico-hospitalares, os custos de impostos e tributos, EPIS, entre outros que a mesma poderá ter para a elaboração do serviço solicitado, de acordo com Termo de Referência.



**Parágrafo Segundo:** O credenciamento com prévio conhecimento e anuência do profissional ou serviço, em nenhuma hipótese poderá se configurar em vínculo empregatício, sendo que são pessoas jurídicas prestando serviço ao Consórcio e seus municípios Consorciados, numa relação de natureza exclusivamente administrativa e civil.

#### **CLÁUSULA OITAVA - DO REAJUSTE DO PREÇO**

Em caso de prorrogação deste Termo e ou dos contratos oriundos do presente, os valores estipulados poderão ser revisados após o período de 12 (doze) meses, utilizando-se para tal, o índice oficial IPCA ou qualquer outro índice que venha a substituí-lo.

**Parágrafo Único:** A revisão de valores ocorrerá exclusivamente mediante edição de nova planilha de valores e aditivo ao presente termo ou contratos firmados.

#### **CLÁUSULA NONA - DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS**

As despesas dos serviços prestados por força deste Chamamento Público/Credenciamento correrão por conta de dotações próprias dos municípios consorciados, aprovados para este fim, as quais serão indicadas nos contratos decorrentes deste Credenciamento.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

- a) Quando o pagamento pelos serviços prestados ser de responsabilidade do paciente, este deverá efetuar o pagamento no ato da realização do exame, de acordo com os valores previstos constante deste Edital, com a emissão da respectiva nota fiscal.
- b) Quando o Município Contratante for o responsável pelo pagamento, este será mensalmente, para a empresa credenciada, pelos serviços efetivamente prestados, de acordo com os valores previstos constante deste Termo e com a legislação vigente em cada município.
- c) O credenciado apresentará mensalmente as faturas e notas fiscais ao Município Contratante, até o último dia do mês de competência, constando os serviços realizados e efetivamente entregues, sendo que, após a revisão, o órgão competente encaminhará para que se efetue o pagamento do valor apurado, no prazo de até 30 (trinta) dias do final do mês de referência, em moeda corrente nacional.
- d) As faturas e notas fiscais que apresentarem incorreções serão devolvidas ao credenciado para correção, sendo que o documento reapresentado será acompanhado do correspondente documento original devidamente inutilizado.
- e) Somente poderão integrar as faturas e notas fiscais, os serviços efetivamente concluídos/prestados.
- f) A Nota Fiscal deverá conter o valor dos tributos devidos de forma expressa, incluindo as retenções, na forma da legislação vigente.
- g) O PRESTADOR CREDENCIADO deverá apresentar quando da apresentação da Nota Fiscal, comprovante de sua regularidade fiscal e previdenciária, constantes das seguintes certidões: CND FGTS, INSS, Fazenda Estadual, Certidão Conjunta de Débito Relativos aos Tributos Federais e a Dívida Ativa da União e CND Trabalhista.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO**

O Município nomeará servidor para a fiscalização do serviço previsto neste instrumento, sendo que o consórcio poderá igualmente fiscalizar a prestação do serviço.

**Parágrafo Primeiro:** O PRESTADOR CREDENCIADO facilitará ao CIRAU e aos municípios consorciados o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhes forem solicitados, por escrito, designados para tal fim.

**Parágrafo Segundo:** Em qualquer hipótese é assegurado ao PRESTADOR CREDENCIADO amplo direito de defesa, nos termos das normas gerais da Lei Federal 14.133/2021 e artigo 5º, inciso LV, da Constituição Federal.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS PENALIDADES**

A empresa que cometer qualquer das infrações discriminadas ficará sujeita, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal, às seguintes sanções:

- a) Advertência;
- b) Suspensão do contrato;
- c) Multa;
- d) Rescisão contratual / Descredenciamento;

**CIRAU**CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL  
DA REGIÃO DO ALTO URUGUAI

- e) Impedimento de licitar e contratar;
- f) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DOS RECURSOS PROCESSUAIS**

Dos atos de aplicação de penalidade prevista neste Termo de Credenciamento, ou de sua rescisão, praticados pelo CIRAU, cabe recurso no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato.

**Parágrafo Primeiro:** Da decisão do CREDENCIANTE que rescindir o presente Termo cabe, inicialmente, pedido de reconsideração, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da publicação do ato.

**Parágrafo Segundo:** Sobre o pedido de reconsideração formulado nos termos do Parágrafo Primeiro, o CIRAU deverá manifestar-se no prazo de 15 (quinze) dias úteis, e poderá, ao recebê-lo, atribuir-lhe eficácia suspensiva, desde que o faça motivadamente diante de razões de interesse público.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA RESCISÃO**

Constituem motivos para a rescisão do presente Termo de Credenciamento o não cumprimento de quaisquer de suas Cláusulas e condições, bem como os motivos previstos na legislação referente a Licitações e Contratos Administrativos.

**Parágrafo Primeiro:** O PRESTADOR CREDENCIADO reconhece, desde já, os direitos do CIRAU em caso de rescisão administrativa prevista na Lei Federal nº 14.133/2021.

**Parágrafo Segundo:** Em caso de rescisão deste Termo de Credenciamento, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo aos municípios consorciados, será observado o prazo de 30 (trinta) dias para ocorrer à rescisão.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA VIGÊNCIA**

O presente Termo vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, contados da emissão.

**Parágrafo Único:** Fica vedada a subcontratação para a execução do objeto do presente Termo de Credenciamento.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA GARANTIA DE EXECUÇÃO**

Não será exigida prestação de garantia na presente prestação de serviços.

**CLAUSULA DECIMA SEXTA – DO FORO**

As partes elegem o foro da cidade de Erechim/RS, para diminuir questões oriundas do presente TERMO, que não puderem ser resolvidas pelas partes e pelos Órgãos de Avaliação e Controle do CIRAU.

Erechim, 12 de janeiro de 2025.

PAULO SERGIO  
BATTISTI:53935730063  
730063

Assinado de forma  
digital por PAULO  
SERGIO  
BATTISTI:53935730063

Paulo Sergio Battisti  
Presidente do CIRAU



ALDO PAZA JUNIOR  
CLINICA RADIOLÓGICA DA CIDADE DE PASSO FUNDO LTDA  
Credenciado



**CIRAU**

CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL  
DA REGIÃO DO ALTO URUGUAI

SIGNATÁRIO



*Marcelo R*  
Marcelo Ribeiro

Data 16/01/2026 09:49  
#7dad4d4defd111f0800e42010a2b601f

MARCELO RIBEIRO

CLINICA RADIOLÓGICA DA CIDADE DE PASSO FUNDO LTDA

Credenciado

SIGNATÁRIO



*Bibiana M*  
Bibiana Martinelli

Data 12/01/2026 13:59  
#7d94534cefd111f0800e42010a2b601f

SIGNATÁRIO



*Marluce B*  
Marluce Cabreira Bona

Data 13/01/2026 10:01  
#7d9c4b3defd111f0800e42010a2b601f

**ANEXO I**
**TERMO DE REFERÊNCIA**
**AO CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL DA REGIÃO DO ALTO URUGUAI - CIRAU**
**EDITAL DE CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº 004/2025**
**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 017/2025**

A empresa CLINICA RADIOLOGICA DA CIDADE DE PASSO FUNDO LTDA. Pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 90.169.061/0001-70, estabelecida na Rua Teixeira Soares, nº 793, Centro, em Passo Fundo/RS, através de seu representante legal, Sr. **MARCELO RIBEIRO**, brasileiro, médico, inscrito no CPF sob o nº 539.093.560-87, carteira de identidade nº 4049246434, residente e domiciliado em Passo Fundo/RS, email [contratos@kozma.com.br](mailto:contratos@kozma.com.br) e [csantin@kozma.com.br](mailto:csantin@kozma.com.br). Declaro que concordo em prestar os serviços referente aos itens

| ITEM     | SERVIÇO/PROCEDIMENTO                                                  | QUANT | VALOR      |
|----------|-----------------------------------------------------------------------|-------|------------|
| <b>C</b> | <b>Grupo: CONTRASTE</b>                                               |       |            |
| 107      | CONTRASTE IONICO ADULTO OU INFANTIL                                   | 01    | R\$ 120,00 |
| 108      | CONTRASTE TC                                                          | 01    | R\$ 120,00 |
| 109      | CONTRASTE PARA ANGIORESSONANCIA                                       | 01    | R\$ 160,00 |
| 110      | CONTRASTE PARA ANGIOTOMOGRAFIA                                        | 01    | R\$ 160,00 |
| 111      | CONTRASTE PARA RESSONÂNCIA                                            | 01    | R\$ 120,00 |
| 112      | CONTRASTE PARA RESSONANCIA HEMATO-ESPECÍFICO                          | 01    | R\$ 500,00 |
| 113      | CONTRASTE NAO IONICO - TC TORAX                                       | 01    | R\$ 120,00 |
| 114      | CONTRASTE NAO IONICO - TC ABDOMEN                                     | 01    | R\$ 120,00 |
| <b>D</b> | <b>Grupo: NEUROLOGICOS</b>                                            |       |            |
| <b>E</b> | <b>Grupo: ULTRASONOGRAFIAS</b>                                        |       |            |
| 127      | ECOCARDIOGRAFIA FETAL COM DOPPLER - COM LAUDO                         | 01    | R\$ 300,00 |
| 133      | ECOCARDIOGRAMA UNI E BIDIMENCIONAL COM DOPPLER COLORIDO               | 01    | R\$ 265,00 |
| 134      | ECODOPPLER ARTERIAL PERIF SIST VENOSO SUPERF E PROF - C               | 01    | R\$ 200,00 |
| 135      | ECODOPPLER DE ARTERIAS RENAIIS                                        | 01    | R\$ 200,00 |
| 136      | ECODOPPLER DE CAROTIDAS + VERTEBRAIS - COM LAUDO                      | 01    | R\$ 350,00 |
| 137      | ECODOPPLER DE TRANSLUCENCIA NUCAL E OSSO NASAL - COM LAUDO            | 01    | R\$ 225,00 |
| 141      | ECODOPPLER TRANSCRANEANO - COM LAUDO                                  | 01    | R\$ 200,00 |
| 142      | US ABDOMEN SUPERIOR - FIGADO VESICOU VIAS BILIARES C/LAUDO            | 01    | R\$ 100,00 |
| 143      | US ABDOMEN INFERIOR MASCULINO (BEXIGA, PROSTATA E VESICULAS SEMINAIS) | 01    | R\$ 117,00 |
| 144      | US ABDOMEN TOTAL - C/LAUDO                                            | 01    | R\$ 110,00 |
| 145      | US ABDOMINAL COM DOPPLER - COM LAUDO                                  | 01    | R\$ 200,00 |
| 146      | US AORTA ABDOMINAL COM DOPPLER - COM LAUDO                            | 01    | R\$ 200,00 |
| 147      | US APARELHO URINARIO - C/LAUDO                                        | 01    | R\$ 90,00  |
| 148      | US ARTICULAÇÕES MEMBROS INFERIORES E SUPERIORES - COM LAUDO           | 01    | R\$ 117,00 |
| 149      | US ARTICULAÇÕES COM DOPPLER                                           | 01    | R\$ 105,00 |
| 154      | US DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS                                | 01    | R\$ 90,00  |
| 155      | US HIPOCONDRIO DIREITO - C/LAUDO                                      | 01    | R\$ 100,00 |
| 156      | US MAMAS - C/LAUDO                                                    | 01    | R\$ 100,00 |
| 157      | US MEMBRO INFERIOR ARTERIAL COM DOPPLER - COM LAUDO                   | 01    | R\$ 200,00 |
| 158      | US MEMBRO INFERIOR VENOSO COM DOPPLER - COM LAUDO                     | 01    | R\$ 200,00 |
| 164      | US PELVICA GINECOLÓGICA COM DOPPLER                                   | 01    | R\$ 200,00 |
| 165      | US PELVICO GINECOLOGICO - C/LAUDO                                     | 01    | R\$ 100,00 |
| 166      | US PELVICO POR OVULAÇÃO - C/LAUDO                                     | 01    | R\$ 110,00 |

|          |                                                                                   |    |            |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------|----|------------|
| 167      | US PELVICO TRANSVAGINAL - C/LAUDO                                                 | 01 | R\$ 100,00 |
| 168      | US PELVICO TRANSVAGINAL COM DOPPLER - COM LAUDO                                   | 01 | R\$ 210,00 |
| 171      | US PROSTATA VIA ABDOMINAL - C/LAUDO                                               | 01 | R\$ 100,00 |
| 172      | US REGIÃO INGUINAL                                                                | 01 | R\$ 120,00 |
| 173      | US RETOPERITONIO - C/LAUDO                                                        | 01 | R\$ 100,00 |
| 175      | US TIREOIDE - C/LAUDO                                                             | 01 | R\$ 110,00 |
| 176      | US TIREOIDE COM DOPPLER - COM LAUDO                                               | 01 | R\$ 225,00 |
| 177      | US TORAX EXTRA CARDIACO - C/LAUDO                                                 | 01 | R\$ 110,00 |
| <b>F</b> | <b>Grupo: RESSONANCIA MAGNETICA</b>                                               |    |            |
| 181      | RM ABDOMEN SUPERIOR (FÍGADO, PÂNCREAS, BAÇO, RINS, SUPRA-RENAIS, RETROPERITÔNIO)  | 01 | R\$ 416,00 |
| 182      | RM ANGIORESSONANCIA CEREBRAL                                                      | 01 | R\$ 416,00 |
| 183      | RM ARTICULAÇÕES (POR ARTICULAÇÃO)                                                 | 01 | R\$ 416,00 |
| 184      | RM ARTRO-RESSONANCIA                                                              | 01 | R\$ 416,00 |
| 185      | RM ATM (ARTICULAÇÃO TEMPO MANDIBULAR) - BILATERAL                                 | 01 | R\$ 416,00 |
| 186      | RM BACIA - ABDOMEN INFERIOR                                                       | 01 | R\$ 416,00 |
| 189      | RM COLUNA CERVICAL / PESCOÇO                                                      | 01 | R\$ 416,00 |
| 190      | RM COLUNA LOMBO SACRA                                                             | 01 | R\$ 416,00 |
| 191      | RM COLUNA TORACICA                                                                | 01 | R\$ 416,00 |
| 193      | RM CRANIO ORBITA MASTOIDE                                                         | 01 | R\$ 416,00 |
| 195      | RM COXA (UNILATERAL)                                                              | 01 | R\$ 416,00 |
| 196      | RM PERNA (UNILATERAL)                                                             | 01 | R\$ 416,00 |
| 210      | RM - BASE DO CRÂNIO                                                               | 01 | R\$ 416,00 |
| 211      | PERFUSÃO CEREBRAL POR RM                                                          | 01 | R\$ 416,00 |
| 212      | RM - OSSOS TEMPORAIS BILATERAL                                                    | 01 | R\$ 416,00 |
| 213      | RM - FACE (INCLUI SEIOS DA FACE)                                                  | 01 | R\$ 416,00 |
| 214      | RM - PESCOÇO (NASOFARINGE, OROFARINGE, LARINGE, TRAQUÊIA, TIREÓIDE, PARATIREÓIDE) | 01 | R\$ 416,00 |
| 218      | RM - PÊNIS                                                                        | 01 | R\$ 416,00 |
| 220      | RM MAMAS BILATERAL                                                                | 01 | R\$ 416,00 |
| 221      | RM MEMBRO INFERIOR - TORNOZELO JOELHO COXOFEMU- UNILATERAL                        | 01 | R\$ 416,00 |
| 222      | RM MEMBRO SUPERIOR - COTOVELO PUNHO OMBRO PLEXO BRAQUIAL                          | 01 | R\$ 416,00 |
| 223      | RM SELA TURCICA - INCLUI SEIOS DA FACE                                            | 01 | R\$ 416,00 |
| 224      | RM TORAX                                                                          | 01 | R\$ 416,00 |
| 225      | RM PÉ (ANTEPÉ)                                                                    | 01 | R\$ 416,00 |
| 226      | RM MÃO (NÃO INCLUI PUNHO) UNILATERAL                                              | 01 | R\$ 416,00 |
| 227      | RM PUNHO UNILATERAL                                                               | 01 | R\$ 416,00 |
| 230      | RM JOELHO (UNILATERAL)                                                            | 01 | R\$ 416,00 |
| 231      | RM TONEZELO (UNILATERAL)                                                          | 01 | R\$ 416,00 |
| 232      | RM PLEXO BRAQUIAL (UNILATERAL)                                                    | 01 | R\$ 416,00 |
| 233      | RM OMBRO (UNILATERAL)                                                             | 01 | R\$ 416,00 |
| 235      | RM AXILA UNILATERAL                                                               | 01 | R\$ 416,00 |
| 236      | RM - PELVE (NÃO INCLUI ARTICULAÇÕES COXOFEMORAIS)                                 | 01 | R\$ 416,00 |
| 237      | RM ÓRBITAS BILATERAL                                                              | 01 | R\$ 416,00 |
| 238      | RM VIAS BILIARES                                                                  | 01 | R\$ 416,00 |
| <b>H</b> | <b>Grupo: EXAMES ESPECIALIZADOS</b>                                               |    |            |
| 257      | DENSITOMETRIA ÓSSEA (COLUNA LOMBAR+FEMUR OU DOIS SEGMENTOS)                       | 01 | R\$ 140,00 |
| 258      | DENSITOMETRIA ÓSSEA (CORPO INTEIRO)                                               | 01 | R\$ 210,00 |
| 259      | DENSITOMETRIA ÓSSEA (UM SEGMENTO) (AMB)                                           | 01 | R\$ 65,00  |
| 260      | ELETROCARDIOGRAMA                                                                 | 01 | R\$ 57,00  |
| 262      | HOLTER HORAS - 2 OU MAIS CANAIS ANANLÓGICO                                        | 01 | R\$ 265,00 |
| 263      | HOLTER HORAS 3 CANAIS - DIGITAL                                                   | 01 | R\$ 300,00 |
| 265      | MAMOGRAFIA                                                                        | 01 | R\$ 100,00 |
| 266      | MONITORAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL - MAPA HRS                           | 01 | R\$ 235,00 |
| 269      | TESTE DE ESFORÇO OU ERGOMETRICO                                                   | 01 | R\$ 200,00 |
| <b>J</b> | <b>Grupo: BIOPSIAS</b>                                                            |    |            |
| 315      | BIOPSIA - PUNÇÃO DE CISTO DE RIM + TAXA DE SALA                                   | 01 | R\$ 740,00 |
| 316      | BIOPSIA DE MAMA + TAXA DE SALA                                                    | 01 | R\$ 498,00 |
| 317      | BIOPSIA DE PROSTATA + TAXA DE SALA                                                | 01 | R\$ 690,00 |
| 318      | BIOPSIA DE PROSTATA GUIADA POR US TRANSRETAL + TX SALA                            | 01 | R\$ 587,00 |

|          |                                                          |    |            |
|----------|----------------------------------------------------------|----|------------|
| 319      | BIOPSIA DE RIM + TAXA DE SALA                            | 01 | R\$ 483,00 |
| 320      | BIOPSIA DE TIREOIDE + TAXA DE SALA                       | 01 | R\$ 460,00 |
| 321      | BIOPSIA HEPATICA - FIGADO+ TAXA DE SALA                  | 01 | R\$ 483,00 |
| 322      | CORE BIOPSIA DE MAMA                                     | 01 | R\$ 483,00 |
| 323      | PUNÇÃO DE MAMA SEM AGULHAMENTO - INCLUI US               | 01 | R\$ 460,00 |
| 324      | PUNÇÕES ASPIRATIVAS POR AGULHAS FINAS - PAAF - INCLUI US | 01 | R\$ 460,00 |
| <b>L</b> | <b>Grupo: TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS</b>               |    |            |

|          |                                                           |    |              |
|----------|-----------------------------------------------------------|----|--------------|
| 356      | TC ABDOMEN SUPERIOR                                       | 01 | R\$ 308,95   |
| 357      | TC ABDOMEN TOTAL                                          | 01 | R\$ 308,95   |
| 358      | TC ARTICULAÇÕES MEMBROS INFERIORES                        | 01 | R\$ 308,95   |
| 359      | TC ARTICULAÇÕES MEMBROS SUPERIORES                        | 01 | R\$ 308,95   |
| 360      | TC CARDIACA - ESCORE DE CALCIO CORONARIO                  | 01 | R\$ 308,95   |
| 361      | TC COLUNA - ATE SEGUIMENTOS - TOMOMIELOGRAFIA             | 01 | R\$ 308,95   |
| 362      | TC COLUNA CERVICAL DORSAL                                 | 01 | R\$ 308,95   |
| 363      | TC COLUNA LOMBO SACRA                                     | 01 | R\$ 308,95   |
| 364      | TC CRANEO                                                 | 01 | R\$ 308,95   |
| 365      | TC FACE OU SEIOS DA FACE                                  | 01 | R\$ 308,95   |
| 366      | TC MASTOIDE E OUVIDO                                      | 01 | R\$ 308,95   |
| 371      | TC PELVE OU BACIA                                         | 01 | R\$ 308,95   |
| 372      | TC PESCOÇO - PARTES MOLES LARINGE                         | 01 | R\$ 308,95   |
| 373      | TC SEGUIMENTOS APENDICULARES - MÃO E BRAÇO                | 01 | R\$ 308,95   |
| 374      | TC SELA TURSIKA                                           | 01 | R\$ 308,95   |
| 375      | TC TEMPORO MANDIBULAR                                     | 01 | R\$ 308,95   |
| 376      | TC TORAX                                                  | 01 | R\$ 308,95   |
| 377      | UROTOMOGRAMA - COM CONTRASTE                              | 01 | R\$ 308,95   |
| 378      | UROTOMOGRAMA SEM CONTRASTE                                | 01 | R\$ 308,95   |
| 379      | TC ESCANOMETRIA DOS MEMBROS INFERIORES                    | 01 | R\$ 308,95   |
| 380      | TC ESCANOMETRIA ELETRONICA                                | 01 | R\$ 308,95   |
| 381      | TC ESCORE DE CACIO                                        | 01 | R\$ 308,95   |
| 382      | TC JOELHO (PROTOCOLO LYON)                                | 01 | R\$ 308,95   |
| 383      | TOMOSSINTESE BILATERAL                                    | 01 | R\$ 308,95   |
| <b>M</b> | <b>Grupo: MEDICINA NUCLEAR</b>                            |    |              |
| 384      | CINTILOGRAFIA DO MIOCARDIO PERFUSAO - REPOUSO E ESTRES    | 01 | R\$ 1.960,00 |
| 385      | CINTILOGRAFIA DAS GLANDULAS SALIVARES COM OU SEM ESTIMULO | 01 | R\$ 780,00   |
| 386      | CINTILOGRAFIA DO FIGADO E BAÇO                            | 01 | R\$ 610,00   |

|     |                                                                   |    |              |
|-----|-------------------------------------------------------------------|----|--------------|
| 387 | CINTILOGRAFIA DO FIGADO E VIAS BILIARES                           | 01 | R\$ 1.100,00 |
| 388 | CINTILOGRAFIA PARA DETECÇÃO DE HEMORRAGIA DIGESTÓRIA ATIVA        | 01 | R\$ 1.100,00 |
| 389 | CINTILOGRAFIA PARA DETERMINACAO DO TEMPO DE ESVAZIAMENTO GASTRICO | 01 | R\$ 600,00   |
| 390 | ESVAZIAMENTO ESOFAGICO (LIQUIDOS)                                 | 01 | R\$ 600,00   |
| 391 | ESVAZIAMENTO ESOFAGICO (SEMI-SOL)                                 | 01 | R\$ 600,00   |
| 392 | DIVERTICULO DE MECKEL (MINIMO 4 IM)                               | 01 | R\$ 600,00   |
| 393 | REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO                                          | 01 | R\$ 600,00   |
| 394 | CINTILOGRAFIA HEPATICA COM HEMÁCIAS MARCADAS                      | 01 | R\$ 770,00   |
| 395 | CINTILOGRAFIA DA TIROIDE E/OU CAPTACAO (131 L)                    | 01 | R\$ 600,00   |
| 396 | CINTILOGRAFIA PARATIREOIDES                                       | 01 | R\$ 760,00   |
| 397 | CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO PARA PESQUISA DE METASTASES        | 01 | R\$ 1.100,00 |
| 398 | ESTUDO RENAL DINAMICO                                             | 01 | R\$ 600,00   |
| 399 | ESTUDO RENAL DINAMICO OU DIURETICO                                | 01 | R\$ 600,00   |
| 400 | CINTILOGRAFIA RENAL (QUANTITATIVA OU QUALITATIVA)                 | 01 | R\$ 600,00   |
| 401 | CINTILOGRAFIA TESTICULAR                                          | 01 | R\$ 600,00   |
| 402 | CISTOGRAFIA DIRETA                                                | 01 | R\$ 600,00   |
| 403 | CISTOGRAFIA INDIRETA                                              | 01 | R\$ 600,00   |
| 404 | CINTILOGRAFIA OSSEA (CORPO TOTAL)                                 | 01 | R\$ 600,00   |
| 405 | PERFUSÃO CEREBRAL                                                 | 01 | R\$ 3.690,00 |
| 406 | CISTERNOCINTILOGRAFIA                                             | 01 | R\$ 1.100,00 |
| 407 | ESTUDO DAS FISTULAS LIQUORICAS                                    | 01 | R\$ 1.100,00 |
| 408 | MIELOCINTILOGRAFIA                                                | 01 | R\$ 1.150,00 |
| 409 | CINTILOGRAFIA PERF. CEREBRAL AVALIACAO DE TRANSP. DOPAMINA        | 01 | R\$ 4.550,00 |

|     |                                                                 |    |               |
|-----|-----------------------------------------------------------------|----|---------------|
| 410 | CINTILOGRAFIA COM ANALOGO DE SOMATOSTATIVA                      | 01 | R\$ 6.750,00  |
| 411 | CINTILOGRAFIA COM GALIO 67                                      | 01 | R\$ 1.730,00  |
| 412 | CINTILOGRAFIA COM MIBG (META IODO)                              | 01 | R\$ 1.880,00  |
| 413 | CINTILOGRAFIA DE MAMA                                           | 01 | R\$ 840,00    |
| 414 | DEMARCAÇÃO RADIOSOPOTICA DE LESOES TUMORAIS                     | 01 | R\$ 600,00    |
| 415 | CINTILOGRAFIA DETECÇÃO RADIOGUIADA DE LESÕES TUMORAIS           | 01 | R\$ 600,00    |
| 416 | DETECTAÇÃO INTRAOPERATÓRIA RADIOGUIADA DE LINFONODOLO SENTINELA | 01 | R\$ 600,00    |
| 417 | LINFOCINTILOGRAFIA                                              | 01 | R\$ 630,00    |
| 418 | ASPIRAÇÃO PULMONAR                                              | 01 | R\$ 480,00    |
| 419 | CINTILOGRAFIA PULMONAR (PERFUSAO)                               | 01 | R\$ 800,00    |
| 420 | TRATAMENTO HIPERTIROIDISMO (GRAVES)                             | 01 | R\$ 1.000,00  |
| 421 | TRATAMENTO HIPERTIROIDISMO (PLUMMER)                            | 01 | R\$ 1.100,00  |
| 422 | DACRIOCINTILOGRAFIA                                             | 01 | R\$ 480,00    |
| 423 | IMUNO CINTILOGRAFIA                                             | 01 | R\$ 1.270,00  |
| 424 | TRATAMENTO COM RADIO 223 (XOFIGO)                               | 01 | R\$ 35.800,00 |
| 425 | TRATAMENTO DE CANCER DA TIREOIDE ATÉ 100 MCI                    | 01 | R\$ 5.200,00  |
| 426 | TRATAMENTO DE CANCER DA TIREOIDE ATÉ 150 MCI                    | 01 | R\$ 6.770,00  |
| 427 | TRATAMENTO DE CÂNCER DA TIREOIDE ATÉ 200 MCI                    | 01 | R\$ 7.660,00  |
| 428 | TRATAMENTO DE CÂNCER DA TIREOIDE ATÉ 250 MCI                    | 01 | R\$ 8.690,00  |
| 429 | TRATAMENTO DE CÂNCER DA TIREOIDE ATÉ 300 MCI                    | 01 | R\$ 9.970,00  |
| 430 | TRATAMENTO DE CÂNCER DA TIREOIDE ATÉ 350 MCI                    | 01 | R\$ 10.900,00 |
| 431 | TRATAMENTO DE CÂNCER DA TIREOIDE ATÉ 400 MCI                    | 01 | R\$ 11.620,00 |
| 432 | TRATAMENTO COM RADIO LU 177 (PSMA)                              | 01 | R\$ 64.540,00 |
| 433 | TERAPIA COM PSMA LU-177                                         | 01 | R\$ 68.000,00 |
| 434 | TRATAMENTO COM RADIO LU 177 (DOTA - LU) IPEN                    | 01 | R\$ 24.200,00 |
| 435 | TRATAMENTO COM RADIO LU 177 (DOTA - LU) RPH                     | 01 | R\$ 50.550,00 |
| 436 | TRATAMENTO COM RADIO IOBENGUANO I131 (MIBG) 150 MCI             | 01 | R\$ 10.600,00 |

Nestes Termos Pede Deferimento

Passo Fundo/RS, 07 de janeiro de 2026.

ASSINADO DIGITALMENTE  
MARCELO RIBEIRO  
A conformidade com a assinatura pode ser verificada em:  
<https://serpro.gov.br/assinador-digital>

**CLINICA RADIOLÓGICA DA CIDADE DE PASSO FUNDO LTDA.**

Marcelo Ribeiro – Diretor Médico



## ANEXO I

### TERMO DE REFERÊNCIA

**AO CONSÓRCIO CIRAU - RS**

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº 004/2025**

**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 017/2025**

A empresa CLINICA RADIOLOGICA DA CIDADE DE PASSO FUNDO LTDA. Pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 90.169.061/0015-75, estabelecida na Rua Passo Fundo, nº 456, Sala Radiologia, Centro, em Erechim- RS, através de seu representante legal, Sr. Aldo Paza Junior, brasileiro, médico, inscrito no CPF sob o nº 599.351.620-87, carteira de identidade nº 4039495504 SSP-RS, residente e domiciliado em Erechim/RS, email [contratos@kozma.com.br](mailto:contratos@kozma.com.br) e [csantin@kozma.com.br](mailto:csantin@kozma.com.br). Declaro que concordo em prestar os serviços referente aos itens

| ITEM     | SERVIÇO/PROCEDIMENTO                     | QUANT | VALOR     |
|----------|------------------------------------------|-------|-----------|
| <b>B</b> | <b>Grupo: RAIO X</b>                     |       |           |
| 36       | RX PERNA                                 | 01    | R\$ 40,00 |
| 44       | RADIOGRAFIA DE ATM                       | 01    | R\$ 75,00 |
| 49       | RX ABDOMEN AGUDO                         | 01    | R\$ 50,00 |
| 50       | RX ABDOMEN SIMPLES                       | 01    | R\$ 40,00 |
| 51       | RX ANTEBRAÇO                             | 01    | R\$ 40,00 |
| 52       | RX ARTICULAÇÃO COXO-FEMURAL              | 01    | R\$ 40,00 |
| 53       | RX ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL           | 01    | R\$ 40,00 |
| 54       | RX ARTICULAÇÃO SACRO ILIACA              | 01    | R\$ 40,00 |
| 55       | RX ARTICULAÇÃO TIBIO TARSICA - TORNOZELO | 01    | R\$ 40,00 |
| 56       | RX ARTICULAÇÕES TEMPORO MANDIBULAR       | 01    | R\$ 40,00 |
| 57       | RX BACIA                                 | 01    | R\$ 40,00 |
| 58       | RX BRAÇO (UMERO)                         | 01    | R\$ 40,00 |
| 59       | RX CALCANEIO                             | 01    | R\$ 40,00 |
| 60       | RX CAVUM                                 | 01    | R\$ 40,00 |
| 61       | RX CLAVÍCULA                             | 01    | R\$ 40,00 |
| 62       | RX COLUNA CERVICAL                       | 01    | R\$ 40,00 |
| 63       | RX COLUNA CERVICAL COM OBLICUAS          | 01    | R\$ 40,00 |
| 64       | RX COLUNA CERVICAL FUNCIONAL OU DINAMICA | 01    | R\$ 40,00 |
| 65       | RX COLUNA DORSAL                         | 01    | R\$ 40,00 |
| 66       | RX COLUNA LOMBO SACRA                    | 01    | R\$ 40,00 |
| 67       | RX COLUNA LOMBO SACRA FUNC DINAMICA      | 01    | R\$ 40,00 |
| 68       | RX COLUNA LOMBP SACRA COM OBLICUAS       | 01    | R\$ 51,00 |
| 69       | RX COLUNA PARA ESCOLIOSE PANORAMICA      | 01    | R\$ 40,00 |
| 70       | RX COLUNA SACRO COCCIX                   | 01    | R\$ 40,00 |
| 71       | RX INCIDÊNCIA ADICIONAL DE COLUNA        | 01    | R\$ 18,00 |



|    |                                             |    |            |
|----|---------------------------------------------|----|------------|
| 72 | RX INCIDENCIA ADICIONAL DE MEMBRO INFERIOR  | 01 | R\$ 17,00  |
| 73 | RX COSTELAS POR HEMITORAX                   | 01 | R\$ 40,00  |
| 74 | RX COTOVELO                                 | 01 | R\$ 32,00  |
| 75 | RX COXA                                     | 01 | R\$ 40,00  |
| 76 | RX CRANIO                                   | 01 | R\$ 40,00  |
| 77 | RX CRANIO LAT BRETON                        | 01 | R\$ 40,00  |
| 78 | RX DEDOS DA MAO                             | 01 | R\$ 32,00  |
| 79 | RX ESOFAGO COM CONTRASTE                    | 01 | R\$ 55,00  |
| 80 | RX ESOFAGO ESTOMAGO E DUODENO COM CONTRASTE | 01 | R\$ 115,00 |
| 81 | RX EXTERNO                                  | 01 | R\$ 40,00  |
| 83 | RX JOELHO                                   | 01 | R\$ 32,00  |
| 84 | RX LARINGE                                  | 01 | R\$ 60,00  |
| 85 | RX MAO E PUNHO PARA IDADE OSSEA             | 01 | R\$ 32,00  |
| 86 | RX MAO OU QUIRODATILO                       | 01 | R\$ 32,00  |
| 87 | RX MASTOIDES E ROCHEDOS BILATERAL           | 01 | R\$ 55,00  |
| 88 | RX MAXILAR INFERIOR                         | 01 | R\$ 40,00  |
| 89 | RX MEDIASTINO                               | 01 | R\$ 40,00  |
| 90 | RX OMOPLATA OU OMBRO FUNCIONAL              | 01 | R\$ 40,00  |
| 91 | RX ORBITAS                                  | 01 | R\$ 40,00  |
| 92 | RX OSSOS DA FACE                            | 01 | R\$ 40,00  |
| 93 | RX PE OU PODODATILO                         | 01 | R\$ 32,00  |
| 94 | RX PUNHO                                    | 01 | R\$ 32,00  |
| 95 | RX ROTULA - PATELA                          | 01 | R\$ 40,00  |
| 96 | RX SEIOS DA FACE                            | 01 | R\$ 40,00  |
| 97 | RX SELA TURSIKA                             | 01 | R\$ 40,00  |
| 98 | RX TORAX AP P                               | 01 | R\$ 40,00  |

Erechim/RS, 18 de setembro de 2025.

**SIGNATÁRIO**

  
**Aldo Paça Junior**  
 Data 24/09/2025 13:22  
 #2cb2648b955b11f0a5c242010a2b601d

**CLINICA RADIOLÓGICA DA CIDADE DE PASSO FUNDO LTDA.**

Aldo Paça Junior – Diretor Executivo

[www.kozma.com.br](http://www.kozma.com.br)

**SIGNATÁRIO**

  
**Bibiana Martinelli**  
 Data 19/09/2025 14:47  
 #2ca167de955b11f0a5c242010a2b601d

**SIGNATÁRIO**

  
**Fernanda Prates**  
 Data 23/09/2025 15:22  
 #2caa1bc2955b11f0a5c242010a2b601d

## Página de auditoria



Hash SHA256 do original de5b5a411a9dc1cd7af91c400fe0929a42610e82bc795e7377857b72d3b2bc1c

Link de validação: <https://valida.ae/d7d9e2650e59c5ec60e0128c7e5ef5f32ec5021bee3de8e9f>

Última atualização em 24/09/2025 13:22

Assinaturas realizadas: 3/3

Assinatura Eletrônica com base na lei 14.063/2020 e Regulamento 910/2014/EC



Escaneie o QRCode ao lado ou acesse o link de validação para obter o arquivo assinado e os dados de assinatura no Autentique

## Assinaturas presentes no documento

| SIGNATÁRIO                                                                                                                                                            | SIGNATÁRIO                                                                                                                                                         | SIGNATÁRIO                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>Bibiana Martinelli<br>Data 19/09/2025 14:47<br>#2ca167de955b11f0a5c242010a2b601d | <br>Fernanda Prates<br>Data 23/09/2025 15:22<br>#2caa1bc2955b11f0a5c242010a2b601d | <br>Aldo Paça Junior<br>Data 24/09/2025 13:22<br>#2cb2648b955b11f0a5c242010a2b601d |

## Histórico

|                                                                                     |                  |                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | 19/09/2025 10:18 | Camila Santin - CLINICA KOZMA (csantin@kozma.com.br, CPF 049.201.690-94) criou este documento                                      |
|  | 19/09/2025 14:47 | Bibiana Martinelli - CLINICA KOZMA (bmartinelli@kozma.com.br, CPF 818.552.900-06) visualizou este documento pelo IP 45.190.249.238 |
|  | 19/09/2025 14:47 | Bibiana Martinelli - CLINICA KOZMA (bmartinelli@kozma.com.br, CPF 818.552.900-06) assinou este documento pelo IP 45.190.249.238    |
|  | 23/09/2025 15:22 | Fernanda Prates - CLINICA KOZMA (fprates@kozma.com.br, CPF 806.132.090-87) visualizou este documento pelo IP 187.45.118.227        |
|  | 23/09/2025 15:22 | Fernanda Prates - CLINICA KOZMA (fprates@kozma.com.br, CPF 806.132.090-87) assinou este documento pelo IP 187.45.118.227           |
|  | 24/09/2025 13:22 | Aldo Paça Junior (apazajr@kozma.com.br, CPF 599.351.620-87) visualizou este documento pelo IP 187.45.118.227                       |
|  | 24/09/2025 13:22 | Aldo Paça Junior (apazajr@kozma.com.br, CPF 599.351.620-87) assinou este documento pelo IP 187.45.118.227                          |



## ANEXO I

### TERMO DE REFERÊNCIA

**AO CONSÓRCIO CIRAU - RS**

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº 004/2025**

**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 017/2025**

A empresa CLINICA RADIOLÓGICA DA CIDADE DE PASSO FUNDO LTDA. Pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 90.169.061/0005-01, estabelecida na Av. Comandante Kraemer, nº 310, Sala 01 Centro, em Erechim/RS, através de seu representante legal, Aldo Paza Junior, brasileiro, médico, inscrito no CPF sob o nº 599.351.620-87, carteira de identidade nº 4039495504 SSP-RS, residente e domiciliado em Erechim/RS, email [contratos@kozma.com.br](mailto:contratos@kozma.com.br) e [csantin@kozma.com.br](mailto:csantin@kozma.com.br). Declaro que concordo em prestar os serviços referente aos itens

| ITEM     | SERVIÇO/PROCEDIMENTO                                                         | QUANT | VALOR      |
|----------|------------------------------------------------------------------------------|-------|------------|
| <b>E</b> | <b>Grupo: ULTRASONOGRAFIAS</b>                                               |       |            |
| 135      | ECODOPPLER DE ARTERIAS RENAIAS                                               | 01    | R\$ 200,00 |
| 136      | ECODOPPLER DE CAROTIDAS + VERTEBRAIS - COM LAUDO                             | 01    | R\$ 350,00 |
| 137      | ECODOPPLER DE TRANSLUCENCIA NUCAL E OSSO NASAL - COM LAUDO                   | 01    | R\$ 225,00 |
| 138      | ECODOPPLER MORFOLOGICO ° TRI/IMAGENS CRÂNEO/FACE/COR/ABD                     | 01    | R\$ 295,00 |
| 139      | ECODOPPLER MORFOLOGICO ° TRIMESTRE C/LAUDO                                   | 01    | R\$ 295,00 |
| 140      | ECODOPPLER OBSTETRICO - C/LAUDO                                              | 01    | R\$ 183,00 |
| 141      | ECODOPPLER TRANSCRANEANO - COM LAUDO                                         | 01    | R\$ 200,00 |
| 142      | US ABDOMEN SUPERIOR - FIGADO VESICOU VIAS BILIARES C/LAUDO                   | 01    | R\$ 100,00 |
| 143      | US ABDOMEN INFERIOR MASCULINO (BEXIGA, PROSTATA E VESICULAS SEMINAIS)        | 01    | R\$ 117,00 |
| 144      | US ABDOMEN TOTAL - C/LAUDO                                                   | 01    | R\$ 110,00 |
| 145      | US ABDOMINAL COM DOPPLER - COM LAUDO                                         | 01    | R\$ 200,00 |
| 146      | US AORTA ABDOMINAL COM DOPPLER - COM LAUDO                                   | 01    | R\$ 200,00 |
| 147      | US APARELHO URINARIO - C/LAUDO                                               | 01    | R\$ 90,00  |
| 148      | US ARTICULAÇÕES MEMBROS INFERIORES E SUPERIORES - COM LAUDO                  | 01    | R\$ 117,00 |
| 149      | US ARTICULAÇÕES COM DOPPLER                                                  | 01    | R\$ 105,00 |
| 150      | US BOLSA ESCROTAL - C/LAUDO                                                  | 01    | R\$ 100,00 |
| 151      | US BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER - COM LAUDO                                    | 01    | R\$ 200,00 |
| 152      | US CRANIO TRANSFONTANELA - C/LAUDO                                           | 01    | R\$ 100,00 |
| 153      | US DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR                                       | 01    | R\$ 117,00 |
| 154      | US DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS                                       | 01    | R\$ 90,00  |
| 155      | US HIPOCONDRIÓ DIREITO - C/LAUDO                                             | 01    | R\$ 100,00 |
| 156      | US MAMAS - C/LAUDO                                                           | 01    | R\$ 100,00 |
| 157      | US MEMBRO INFERIOR ARTERIAL COM DOPPLER - COM LAUDO                          | 01    | R\$ 200,00 |
| 158      | US MEMBRO INFERIOR VENOSO COM DOPPLER - COM LAUDO                            | 01    | R\$ 200,00 |
| 159      | US OBSTETRICO - C/LAUDO                                                      | 01    | R\$ 120,00 |
| 160      | US OBSTÉTRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL (COM DIRETRIZ DEFINIDA PELA ANS Nº 75) | 01    | R\$ 120,00 |
| 161      | US OBSTÉTRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL (COM DIRETRIZ DEFINIDA PELA ANS Nº 76) | 01    | R\$ 235,00 |
| 163      | US PBF - PERFIL BIOFÍSICO FETAL - COM LAUDO                                  | 01    | R\$ 200,00 |
| 164      | US PELVICA GINECOLÓGICA COM DOPPLER                                          | 01    | R\$ 200,00 |



|     |                                                 |    |     |        |
|-----|-------------------------------------------------|----|-----|--------|
| 165 | US PELVICO GINECOLOGICO - C/LAUDO               | 01 | R\$ | 100,00 |
| 166 | US PELVICO POR OVULAÇÃO - C/LAUDO               | 01 | R\$ | 110,00 |
| 167 | US PELVICO TRANSVAGINAL - C/LAUDO               | 01 | R\$ | 100,00 |
| 168 | US PELVICO TRANSVAGINAL COM DOPPLER - COM LAUDO | 01 | R\$ | 210,00 |
| 169 | US PROSTATA COM DOPPLER                         | 01 | R\$ | 140,00 |
| 170 | US PROSTATA TRANSRETAL - C/LAUDO                | 01 | R\$ | 125,00 |
| 171 | US PROSTATA VIA ABDOMINAL - C/LAUDO             | 01 | R\$ | 100,00 |
| 173 | US RETOPERITONIO - C/LAUDO                      | 01 | R\$ | 100,00 |
| 174 | US RIM TRANSPLANTADO - COM LAUDO                | 01 | R\$ | 120,00 |
| 175 | US TIREOIDE - C/LAUDO                           | 01 | R\$ | 110,00 |
| 176 | US TIREOIDE COM DOPPLER - COM LAUDO             | 01 | R\$ | 225,00 |

Erechim/RS, 18 de setembro de 2025.

 **Aldo Paza Junior**  
Data 24/09/2025 13:21  
#8b95d215955f11f0a5c242010a2b601d

SIGNATÁRIO

**CLINICA RADIOLÓGICA DA CIDADE DE PASSO FUNDO LTDA.**

Aldo Paza Junior – Diretor Executivo

 **Bibiana Martinelli**  
Data 19/09/2025 14:45  
#8b85b26b955f11f0a5c242010a2b601d

SIGNATÁRIO

 **Fernanda Prates**  
Data 23/09/2025 15:21  
#8b8d717b955f11f0a5c242010a2b601d

SIGNATÁRIO

## Página de auditoria



Hash SHA256 do original acf36b4678f3564b8df7101674c04099ba761594b643a93072af54f80c5125c9

Link de validação: <https://valida.ae/f204c7edc8cf325db1309e669e38fc0377be4d6362cb97971>

Última atualização em 24/09/2025 13:21

Assinaturas realizadas: 3/3

Assinatura Eletrônica com base na lei 14.063/2020 e Regulamento 910/2014/EC



Escaneie o QRCode ao lado ou acesse o link de validação para obter o arquivo assinado e os dados de assinatura no Autentique

## Assinaturas presentes no documento

| SIGNATÁRIO                                                                                                                                                            | SIGNATÁRIO                                                                                                                                                         | SIGNATÁRIO                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>Bibiana Martinelli<br>Data 19/09/2025 14:45<br>#8b85b26b955f11f0a5c242010a2b601d | <br>Fernanda Prates<br>Data 23/09/2025 15:21<br>#8b8d717b955f11f0a5c242010a2b601d | <br>Aldo Paça Junior<br>Data 24/09/2025 13:21<br>#8b95d215955f11f0a5c242010a2b601d |

## Histórico

|                                                                                     |                  |                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | 19/09/2025 10:50 | Camila Santin - CLINICA KOZMA (csantin@kozma.com.br, CPF 049.201.690-94) criou este documento                                      |
|  | 19/09/2025 14:45 | Bibiana Martinelli - CLINICA KOZMA (bmartinelli@kozma.com.br, CPF 818.552.900-06) visualizou este documento pelo IP 45.190.249.238 |
|  | 19/09/2025 14:45 | Bibiana Martinelli - CLINICA KOZMA (bmartinelli@kozma.com.br, CPF 818.552.900-06) assinou este documento pelo IP 45.190.249.238    |
|  | 23/09/2025 15:21 | Fernanda Prates - CLINICA KOZMA (fprates@kozma.com.br, CPF 806.132.090-87) visualizou este documento pelo IP 187.45.118.227        |
|  | 23/09/2025 15:21 | Fernanda Prates - CLINICA KOZMA (fprates@kozma.com.br, CPF 806.132.090-87) assinou este documento pelo IP 187.45.118.227           |
|  | 24/09/2025 13:21 | Aldo Paça Junior (apazajr@kozma.com.br, CPF 599.351.620-87) visualizou este documento pelo IP 187.45.118.227                       |
|  | 24/09/2025 13:21 | Aldo Paça Junior (apazajr@kozma.com.br, CPF 599.351.620-87) assinou este documento pelo IP 187.45.118.227                          |

**ANEXO I**
**TERMO DE REFERÊNCIA**

**AO CONSORCIO CIRAU- RS**  
**EDITAL DE CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº 004/2025**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 017/2025**

A empresa CLINICA RADIOLÓGICA DA CIDADE DE PASSO FUNDO LTDA. Pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 90.169.061/0002-50, estabelecida na Av. Comandante Kraemer, nº 405, Centro, em Erechim/RS, através de seu representante legal, Sr. **Aldo Paza Junior**, brasileiro, médico, inscrito no CPF sob o nº 599.351.620-87, carteira de identidade nº 4039495504 SSP-RS, residente e domiciliado em Erechim/RS, email [contratos@kozma.com.br](mailto:contratos@kozma.com.br) e [csantin@kozma.com.br](mailto:csantin@kozma.com.br). Declaro que concordo em prestar os serviços referente aos itens

| ITEM     | SERVIÇO/PROCEDIMENTO                                                               | QUANT | VALOR      |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------|
| <b>C</b> | <b>Grupo: CONTRASTE</b>                                                            |       |            |
| 109      | CONTRASTE PARA ANGIORESSONANCIA                                                    | 01    | R\$ 160,00 |
| 111      | CONTRASTE PARA RESSONÂNCIA                                                         | 01    | R\$ 120,00 |
| 112      | CONTRASTE PARA RESSONANCIA HEMATO-ESPECÍFICO                                       | 01    | R\$ 500,00 |
| <b>F</b> | <b>Grupo: RESSONANCIA MAGNETICA</b>                                                |       |            |
| 181      | RM ABDOMEN SUPERIOR (FÍGADO, PÂNCREAS, BAÇO, RINS, SUPRA-RENAIS, RETROPERITÔNIO)   | 01    | R\$ 416,00 |
| 182      | RM ANGIORESSONANCIA CEREBRAL                                                       | 01    | R\$ 416,00 |
| 183      | RM ARTICULAÇÕES (POR ARTICULAÇÃO)                                                  | 01    | R\$ 416,00 |
| 185      | RM ATM (ARTICULAÇÃO TEMPO MANDIBULAR) - BILATERAL                                  | 01    | R\$ 416,00 |
| 186      | RM BACIA - ABDOMEN INFERIOR                                                        | 01    | R\$ 416,00 |
| 189      | RM COLUNA CERVICAL / PESCOÇO                                                       | 01    | R\$ 416,00 |
| 190      | RM COLUNA LOMBO SACRA                                                              | 01    | R\$ 416,00 |
| 191      | RM COLUNA TORACICA                                                                 | 01    | R\$ 416,00 |
| 193      | RM CRANIO ORBITA MASTOIDE                                                          | 01    | R\$ 416,00 |
| 194      | RM DE CRANIO + ESPECTROSCOPIA DE PRÓTONS                                           | 01    | R\$ 416,00 |
| 195      | RM COXA (UNILATERAL)                                                               | 01    | R\$ 416,00 |
| 196      | RM PERNA (UNILATERAL)                                                              | 01    | R\$ 416,00 |
| 199      | HIDRO-RM (COLÂNGIO-RM OU URO-RM OU MIELO-RM OU SIALO-RM OU CISTOGRAFIA             | 01    | R\$ 416,00 |
| 200      | ANGIO-RM ARTERIAL PULMONAR                                                         | 01    | R\$ 416,00 |
| 201      | ANGIO-RM VENOSA PULMONAR                                                           | 01    | R\$ 416,00 |
| 202      | ANGIO-RM ARTERIAL DE ABDOME SUPERIOR                                               | 01    | R\$ 416,00 |
| 203      | ANGIO-RM VENOSA DE ABDOME SUPERIOR                                                 | 01    | R\$ 416,00 |
| 204      | ANGIO-RM ARTERIAL DE CRÂNIO                                                        | 01    | R\$ 416,00 |
| 205      | ANGIO-RM VENOSA DE CRÂNIO                                                          | 01    | R\$ 416,00 |
| 206      | ANGIO-RM ARTERIAL DE PELVE                                                         | 01    | R\$ 416,00 |
| 207      | ANGIO-RM VENOSA DE PELVE                                                           | 01    | R\$ 416,00 |
| 208      | ANGIO-RM ARTERIAL DE PESCOÇO                                                       | 01    | R\$ 416,00 |
| 209      | ANGIO-RM VENOSA DE PESCOÇO                                                         | 01    | R\$ 416,00 |
| 210      | RM - BASE DO CRÂNIO                                                                | 01    | R\$ 416,00 |
| 211      | PERFUSÃO CEREBRAL POR RM                                                           | 01    | R\$ 416,00 |
| 212      | RM - OSSOS TEMPORAIS BILATERAL                                                     | 01    | R\$ 416,00 |
| 213      | RM - FACE (INCLUI SEIOS DA FACE)                                                   | 01    | R\$ 416,00 |
| 214      | RM - PESCOÇO (NASOFARINGE, OROFARINGE, LARINGE, TRAQUEÍIA, TIREÓIDE, PARATIREÓIDE) | 01    | R\$ 416,00 |

|     |                                                            |    |     |        |
|-----|------------------------------------------------------------|----|-----|--------|
| 218 | RM - PÊNIS                                                 | 01 | R\$ | 416,00 |
| 219 | RM DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA                   | 01 | R\$ | 416,00 |
| 220 | RM MAMAS BILATERAL                                         | 01 | R\$ | 416,00 |
| 221 | RM MEMBRO INFERIOR - TORNOZELO JOELHO COXOFEMU- UNILATERAL | 01 | R\$ | 416,00 |
| 222 | RM MEMBRO SUPERIOR - COTOVELO PUNHO OMBRO PLEXO BRAQUIAL   | 01 | R\$ | 416,00 |
| 223 | RM SELA TURCICA - INCLUI SEIOS DA FACE                     | 01 | R\$ | 416,00 |
| 224 | RM TORAX                                                   | 01 | R\$ | 416,00 |
| 225 | RM PÉ (ANTEPÉ)                                             | 01 | R\$ | 416,00 |
| 226 | RM MÃO (NÃO INCLUI PUNHO) UNILATERAL                       | 01 | R\$ | 416,00 |
| 227 | RM PUNHO UNILATERAL                                        | 01 | R\$ | 416,00 |
| 228 | RM MULTIPARAMÉTRICA DA PRÓSTATA                            | 01 | R\$ | 416,00 |
| 229 | RM BOLSA ESCROTAL                                          | 01 | R\$ | 416,00 |
| 230 | RM JOELHO (UNILATERAL)                                     | 01 | R\$ | 416,00 |
| 231 | RM TONEZELO (UNILATERAL)                                   | 01 | R\$ | 416,00 |
| 232 | RM PLEXO BRAQUIAL (UNILATERAL)                             | 01 | R\$ | 416,00 |
| 233 | RM OMBRO (UNILATERAL)                                      | 01 | R\$ | 416,00 |
| 235 | RM AXILA UNILATERAL                                        | 01 | R\$ | 416,00 |
| 236 | RM - Pelve (NÃO INCLUI ARTICULAÇÕES COXOFEMORAIS)          | 01 | R\$ | 416,00 |
| 237 | RM ÓRBITAS BILATERAL                                       | 01 | R\$ | 416,00 |
| 238 | RM VIAS BILIARES                                           | 01 | R\$ | 416,00 |

Nestes Termos Pede Deferimento

Erechim/RS, 07 de janeiro de 2026.

ASSINADO DIGITALMENTE  
**ALDO PAZA JUNIOR**  
 A conformidade com a assinatura pode ser verificada em:  
<https://serpro.gov.br/assinador-digital>



**CLINICA RADIOLÓGICA DA CIDADE DE PASSO FUNDO LTDA.**

Aldo Paza Junior – Diretor Médico



## ANEXO I

### TERMO DE REFERÊNCIA

**AO CONSÓRCIO CIRAU - RS**

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº 004/2025**

**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 017/2025**

A empresa CLINICA RADIOLOGICA DA CIDADE DE PASSO FUNDO LTDA. Pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 90.169.061/0006-84, estabelecida na Rua Marechal Deodoro, nº 121, Sala 03, Centro, em Erechim- RS, através de seu representante legal, Sr. Aldo Paza Junior, brasileiro, médico, inscrito no CPF sob o nº 599.351.620-87, carteira de identidade nº 4039495504 SSP-RS, residente e domiciliado em Erechim/RS, email [contratos@kozma.com.br](mailto:contratos@kozma.com.br) e [csantin@kozma.com.br](mailto:csantin@kozma.com.br). Declaro que concordo em prestar os serviços referente aos itens

| ITEM     | SERVIÇO/PROCEDIMENTO                     | QUANT | VALOR     |
|----------|------------------------------------------|-------|-----------|
| <b>B</b> | <b>Grupo: RAIO X</b>                     |       |           |
| 36       | RX PERNA                                 | 01    | R\$ 40,00 |
| 44       | RADIOGRAFIA DE ATM                       | 01    | R\$ 75,00 |
| 49       | RX ABDOMEN AGUDO                         | 01    | R\$ 50,00 |
| 50       | RX ABDOMEN SIMPLES                       | 01    | R\$ 40,00 |
| 51       | RX ANTEBRAÇO                             | 01    | R\$ 40,00 |
| 52       | RX ARTICULAÇÃO COXO-FEMURAL              | 01    | R\$ 40,00 |
| 53       | RX ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL           | 01    | R\$ 40,00 |
| 54       | RX ARTICULAÇÃO SACRO ILIACA              | 01    | R\$ 40,00 |
| 55       | RX ARTICULAÇÃO TIBIO TARSICA - TORNOZELO | 01    | R\$ 40,00 |
| 56       | RX ARTICULAÇÕES TEMPORO MANDIBULAR       | 01    | R\$ 40,00 |
| 57       | RX BACIA                                 | 01    | R\$ 40,00 |
| 58       | RX BRAÇO (UMERO)                         | 01    | R\$ 40,00 |
| 59       | RX CALCANEIO                             | 01    | R\$ 40,00 |
| 60       | RX CAVUM                                 | 01    | R\$ 40,00 |
| 61       | RX CLAVICULA                             | 01    | R\$ 40,00 |
| 62       | RX COLUNA CERVICAL                       | 01    | R\$ 40,00 |
| 63       | RX COLUNA CERVICAL COM OBLICUAS          | 01    | R\$ 40,00 |
| 64       | RX COLUNA CERVICAL FUNCIONAL OU DINAMICA | 01    | R\$ 40,00 |
| 65       | RX COLUNA DORSAL                         | 01    | R\$ 40,00 |
| 66       | RX COLUNA LOMBO SACRA                    | 01    | R\$ 40,00 |
| 67       | RX COLUNA LOMBO SACRA FUNC DINAMICA      | 01    | R\$ 40,00 |
| 68       | RX COLUNA LOMBP SACRA COM OBLICUAS       | 01    | R\$ 51,00 |
| 69       | RX COLUNA PARA ESCOLIOSE PANORAMICA      | 01    | R\$ 40,00 |
| 70       | RX COLUNA SACRO COCCIX                   | 01    | R\$ 40,00 |
| 71       | RX INCIDÊNCIA ADICIONAL DE COLUNA        | 01    | R\$ 18,00 |



|    |                                             |    |            |
|----|---------------------------------------------|----|------------|
| 72 | RX INCIDENCIA ADICIONAL DE MEMBRO INFERIOR  | 01 | R\$ 17,00  |
| 73 | RX COSTELAS POR HEMITORAX                   | 01 | R\$ 40,00  |
| 74 | RX COTOVELO                                 | 01 | R\$ 32,00  |
| 75 | RX COXA                                     | 01 | R\$ 40,00  |
| 76 | RX CRANIO                                   | 01 | R\$ 40,00  |
| 77 | RX CRANIO LAT BRETON                        | 01 | R\$ 40,00  |
| 78 | RX DEDOS DA MAO                             | 01 | R\$ 32,00  |
| 79 | RX ESOFAGO COM CONTRASTE                    | 01 | R\$ 55,00  |
| 80 | RX ESOFAGO ESTOMAGO E DUODENO COM CONTRASTE | 01 | R\$ 115,00 |
| 81 | RX EXTERNO                                  | 01 | R\$ 40,00  |
| 83 | RX JOELHO                                   | 01 | R\$ 32,00  |
| 84 | RX LARINGE                                  | 01 | R\$ 60,00  |
| 85 | RX MAO E PUNHO PARA IDADE OSSEA             | 01 | R\$ 32,00  |
| 86 | RX MAO OU QUIRODATILO                       | 01 | R\$ 32,00  |
| 87 | RX MASTOIDES E ROCHEDOS BILATERAL           | 01 | R\$ 55,00  |
| 88 | RX MAXILAR INFERIOR                         | 01 | R\$ 40,00  |
| 89 | RX MEDIASTINO                               | 01 | R\$ 40,00  |
| 90 | RX OMOPLATA OU OMBRO FUNCIONAL              | 01 | R\$ 40,00  |
| 91 | RX ORBITAS                                  | 01 | R\$ 40,00  |
| 92 | RX OSSOS DA FACE                            | 01 | R\$ 40,00  |
| 93 | RX PE OU PODODATILO                         | 01 | R\$ 32,00  |
| 94 | RX PUNHO                                    | 01 | R\$ 32,00  |
| 95 | RX ROTULA - PATELA                          | 01 | R\$ 40,00  |
| 96 | RX SEIOS DA FACE                            | 01 | R\$ 40,00  |
| 97 | RX SELA TURSICA                             | 01 | R\$ 40,00  |
| 98 | RX TORAX AP P                               | 01 | R\$ 40,00  |

Erechim/RS, 18 de setembro de 2025.

**SIGNATÁRIO**

  
Aldo Paça Junior  
Data 19/09/2025 15:24  
#81a47bcf955e11f0a5c242010a2b601d

**CLINICA RADIOLÓGICA DA CIDADE DE PASSO FUNDO LTDA.**

Aldo Paça Junior – Diretor Executivo

[www.kozma.com.br](http://www.kozma.com.br)

**SIGNATÁRIO**

  
Bibiana Martinelli  
Data 19/09/2025 10:47  
#81938380955e11f0a5c242010a2b601d

**SIGNATÁRIO**

  
Fernanda Prates  
Data 19/09/2025 10:53  
#819b5fb6955e11f0a5c242010a2b601d

## Página de auditoria



Hash SHA256 do original 5802426c2f9bf2b989a14497f5ccc1be469c7eb367cd1c0af662d8b41e17b688

Link de validação: <https://valida.ae/b070dbf8a702b7fc853a1be6615e2fe7125a30be21ac6dd7e>

Última atualização em 19/09/2025 15:24

Assinaturas realizadas: 3/3

Assinatura Eletrônica com base na lei 14.063/2020 e Regulamento 910/2014/EC



Escaneie o QRCode ao lado ou acesse o link de validação para obter o arquivo assinado e os dados de assinatura no Autentique

### Assinaturas presentes no documento

| SIGNATÁRIO                                                                        |                                                                                         | SIGNATÁRIO                                                                        |                                                                                      | SIGNATÁRIO                                                                          |                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>Bibiana Martinelli</b><br>Data 19/09/2025 10:47<br>#81938380955e11f0a5c242010a2b601d |  | <b>Fernanda Prates</b><br>Data 19/09/2025 10:53<br>#819b5fb6955e11f0a5c242010a2b601d |  | <b>Aldo Paça Junior</b><br>Data 19/09/2025 15:24<br>#81a47bcf955e11f0a5c242010a2b601d |

### Histórico

|                                                                                     |                  |                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | 19/09/2025 10:42 | <b>Camila Santin - CLINICA KOZMA</b> (csantin@kozma.com.br, CPF 049.201.690-94) criou este documento                                      |
|  | 19/09/2025 10:47 | <b>Bibiana Martinelli - CLINICA KOZMA</b> (bmartinelli@kozma.com.br, CPF 818.552.900-06) visualizou este documento pelo IP 45.190.249.238 |
|  | 19/09/2025 10:47 | <b>Bibiana Martinelli - CLINICA KOZMA</b> (bmartinelli@kozma.com.br, CPF 818.552.900-06) assinou este documento pelo IP 45.190.249.238    |
|  | 19/09/2025 10:53 | <b>Fernanda Prates - CLINICA KOZMA</b> (fprates@kozma.com.br, CPF 806.132.090-87) visualizou este documento pelo IP 187.45.118.227        |
|  | 19/09/2025 10:53 | <b>Fernanda Prates - CLINICA KOZMA</b> (fprates@kozma.com.br, CPF 806.132.090-87) assinou este documento pelo IP 187.45.118.227           |
|  | 19/09/2025 15:24 | <b>Aldo Paça Junior</b> (apazajr@kozma.com.br, CPF 599.351.620-87) visualizou este documento pelo IP 187.45.118.227                       |
|  | 19/09/2025 15:24 | <b>Aldo Paça Junior</b> (apazajr@kozma.com.br, CPF 599.351.620-87) assinou este documento pelo IP 187.45.118.227                          |

## Página de auditoria



Hash SHA256 do original 8591e63429ef5b613e8ab85d8753a5c38803051674bb4970174584a42b30077b

Link de validação: <https://valida.ae/c7a1cb3cee2f5649bd9a1f71c9881554e713c25308f8c1eeb>

Última atualização em 02/12/2025 11:46

Assinaturas realizadas: 4/4

Assinatura Eletrônica com base na lei 14.063/2020 e Regulamento 910/2014/EC



Escaneie o QRCode ao lado ou acesse o link de validação para obter o arquivo assinado e os dados de assinatura no Autentique

## Assinaturas presentes no documento

|                                                                                                                                                                       |            |                                                                                                                                                                    |            |                                                                                                                                                                            |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <br>Bibiana Martinelli<br>Data 28/11/2025 09:42<br>#aae545b3cb9711f0800e42010a2b601f | SIGNATÁRIO | <br>Fernanda Prates<br>Data 28/11/2025 10:51<br>#aaed2636cb9711f0800e42010a2b601f | SIGNATÁRIO | <br>Marluce Cabreira Bona<br>Data 02/12/2025 08:36<br>#aaf4e259cb9711f0800e42010a2b601f | SIGNATÁRIO |
| <br>Marcelo Ribeiro<br>Data 02/12/2025 11:46<br>#aafd32cccb9711f0800e42010a2b601f  | SIGNATÁRIO |                                                                                                                                                                    |            |                                                                                                                                                                            |            |

## Histórico

|                                                                                     |                  |                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | 27/11/2025 10:47 | Camila Santin - CLINICA KOZMA (csantin@kozma.com.br, CPF 049.201.690-94) criou este documento                                     |
|  | 28/11/2025 09:42 | Bibiana Martinelli - CLINICA KOZMA (bmartinelli@kozma.com.br, CPF 818.552.900-06) visualizou este documento pelo IP 177.67.225.81 |
|  | 28/11/2025 09:42 | Bibiana Martinelli - CLINICA KOZMA (bmartinelli@kozma.com.br, CPF 818.552.900-06) assinou este documento pelo IP 177.67.225.81    |
|  | 28/11/2025 10:51 | Fernanda Prates - CLINICA KOZMA (fprates@kozma.com.br, CPF 806.132.090-87) visualizou este documento pelo IP 187.45.118.227       |
|  | 28/11/2025 10:51 | Fernanda Prates - CLINICA KOZMA (fprates@kozma.com.br, CPF 806.132.090-87) assinou este documento pelo IP 187.45.118.227          |
|  | 02/12/2025 08:35 | Marluce Cabreira Bona - CLINICA KOZMA (mbona@kozma.com.br, CPF 023.393.770-64) visualizou este documento pelo IP 45.190.249.238   |
|  | 02/12/2025 08:36 | Marluce Cabreira Bona - CLINICA KOZMA (mbona@kozma.com.br, CPF 023.393.770-64) assinou este documento pelo IP 45.190.249.238      |
|  | 02/12/2025 11:46 | Marcelo Ribeiro - CLINICA KOZMA (mribeiro@kozma.com.br, CPF 539.093.560-87) visualizou este documento pelo IP 45.190.249.238      |
|  | 02/12/2025 11:46 | Marcelo Ribeiro - CLINICA KOZMA (mribeiro@kozma.com.br, CPF 539.093.560-87) assinou este documento pelo IP 45.190.249.238         |

## Página de auditoria



Hash SHA256 do original 789251cbc5b0f6f65af8785c744bf0376486f44fc76eb224563b5a9cf4d6e9cb

Link de validação: <https://valida.ae/4060a0116b38a68a87f43f0bd95a03df2e31ed38d8d49960d>

Última atualização em 16/01/2026 09:49

Assinaturas realizadas: 4/4

Assinatura Eletrônica com base na lei 14.063/2020 e Regulamento 910/2014/EC



Escaneie o QRCode ao lado ou acesse o link de validação para obter o arquivo assinado e os dados de assinatura no Autentique

## Assinaturas presentes no documento

|                                                                                                                                                                       |            |                                                                                                                                                                          |            |                                                                                                                                                                       |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <br>Bibiana Martinelli<br>Data 12/01/2026 13:59<br>#7d94534cefd111f0800e42010a2b601f | SIGNATÁRIO | <br>Marluce Cabreira Bona<br>Data 13/01/2026 10:01<br>#7d9c4b3defd111f0800e42010a2b601f | SIGNATÁRIO | <br>Aldo Paza Junior<br>Data 13/01/2026 11:36<br>#7da4a823efd111f0800e42010a2b601f | SIGNATÁRIO |
| <br>Marcelo Ribeiro<br>Data 16/01/2026 09:49<br>#7dad4d4defd111f0800e42010a2b601f  | SIGNATÁRIO |                                                                                                                                                                          |            |                                                                                                                                                                       |            |

## Histórico

|                                                                                     |                  |                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | 12/01/2026 13:12 | Camila Santin - CLINICA KOZMA (csantin@kozma.com.br, CPF 049.201.690-94) criou este documento                                      |
|  | 12/01/2026 13:59 | Bibiana Martinelli - CLINICA KOZMA (bmartinelli@kozma.com.br, CPF 818.552.900-06) visualizou este documento pelo IP 45.190.249.238 |
|  | 12/01/2026 13:59 | Bibiana Martinelli - CLINICA KOZMA (bmartinelli@kozma.com.br, CPF 818.552.900-06) assinou este documento pelo IP 45.190.249.238    |
|  | 13/01/2026 10:00 | Marluce Cabreira Bona - CLINICA KOZMA (mbona@kozma.com.br, CPF 023.393.770-64) visualizou este documento pelo IP 45.190.249.238    |
|  | 13/01/2026 10:01 | Marluce Cabreira Bona - CLINICA KOZMA (mbona@kozma.com.br, CPF 023.393.770-64) assinou este documento pelo IP 45.190.249.238       |
|  | 13/01/2026 11:36 | Aldo Paza Junior (apazajr@kozma.com.br, CPF 599.351.620-87) visualizou este documento pelo IP 187.45.118.227                       |
|  | 13/01/2026 11:36 | Aldo Paza Junior (apazajr@kozma.com.br, CPF 599.351.620-87) assinou este documento pelo IP 187.45.118.227                          |
|  | 16/01/2026 09:49 | Marcelo Ribeiro - CLINICA KOZMA (mribeiro@kozma.com.br, CPF 539.093.560-87) visualizou este documento pelo IP 45.190.248.141       |
|  | 16/01/2026 09:49 | Marcelo Ribeiro - CLINICA KOZMA (mribeiro@kozma.com.br, CPF 539.093.560-87) assinou este documento pelo IP 45.190.248.141          |