

**CONVÊNIO COM A CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS – OAB/PR  
SUBSEÇÃO DE GUARAPUAVA/PR**

**ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL – SUBSEÇÃO DE GUARAPUAVA/PR**, inscrita no CNPJ nº 77.538.510/0043-09, neste ato representada pelo seu Presidente, **MARCOS ANTONIO MAIER CARVALHO** inscrito na OAB/PR nº 19.724 e **CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS – OAB/PR – SUBSEÇÃO DE GUARAPUAVA/PR**, órgão assistencial da Seção do Paraná da Ordem dos Advogados do Brasil, nos termos dos arts. 45 e 62 da Lei 8.906/1994, inscrito no CNPJ nº 76.688.936/0001-19, com sede neste Município, Rua Coronel Saldanha, nº 1903, Centro, CEP 85010-130, neste ato representado pelo seu **DELEGADO DE SUBSEÇÃO**, **JAIR GAVINO FILHO**, inscrito na OAB/PR nº 46.125, nomeado pelo Ofício nº **026/14-GP** doravante denominada **CONVENIADA**, e de outro lado,

**SECTRA MEDICINA DIAGNOSTICA LTDA - ME**, pessoa jurídica de direito privado, CNPJ/MF Nº 26.264.563/0001-80, estabelecido na Rua Brigadeiro Rocha, número 2319, Centro - Guarapuava Paraná, por seu representante Legal **RONNIE PETERSON MARCONDES ALVES**, brasileiro, solteiro, médico, regularmente inscrito no CPF/MF sob o nº 017.587.969-95, documento de identificação RG nº 0.928.654-3 do instituto de identificação do Amazonas, residente e domiciliado na Rua Brigadeiro Rocha, nº 2175, centro, doravante denominado **CONVENENTE**, conforme mútuo interesse, firmam o presente Convênio, de acordo com as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA**

O presente Convênio tem por finalidade descontos em todos os procedimentos praticados conforme tabela abaixo, pela **CONVENENTE** à **ADVOGADOS REGULARMENTE INSCRITOS NA OAB/PR** e seus dependentes, bem como, aos **FUNCIONÁRIOS** da OAB/PR-Guarapuava e seus dependentes, doravante denominados **Beneficiários**.

**RELAÇÃO DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

**E VALORES**

  
Guarapuava/PR, Rua Coronel Saldanha, nº 1903, Centro, CEP 85010-130  
Fone: (42) 3623-3451 - [www.oabguarapuava.com.br](http://www.oabguarapuava.com.br) - [www.caixa.org.br](http://www.caixa.org.br)  


RAIO - X	VALOR (balcão)	VALOR (ofertado)
CRÂNIO - 2 INSIDÊNCIAS	55,00	35,00
CRÂNIO - 3 INSIDÊNCIAS	55,00	35,00
CRÂNIO - 4 INSIDÊNCIAS	55,00	35,00
ORELHA, MASTÓIDE OU ROCHEDOS - BILATERAL	55,00	35,00
ÓRBITAS - BILATERAL	55,00	35,00
SEIOS DA FACE	55,00	35,00
SELA TÚRSICA	55,00	35,00
MAXILAR INFERIOR	55,00	35,00
OSSOS DA FACE	55,00	35,00
ARCOS ZIGMATICOS OU MALAR	55,00	35,00
ART. TEMPOROMANDIBULAR - BILATERAL	55,00	35,00
ADENOIDES OU CAVUM	55,00	35,00
INCIDENCIA ADICIONAL DE CRANIO OU FACE	55,00	35,00
COLUNA CERVICAL - 3 INCIDENCIAS	55,00	35,00
COLUNA CERVICAL - 5 INCIDENCIAS	55,00	35,00
COLUNA DORSAL - 2 INCIDENCIAS	55,00	35,00
COLUNA DORSAL - 4 INCIDENCIAS	55,00	35,00
COLUNA LOMBO SACRA - 3 INCID	55,00	35,00
COLUNA LOMBO SACRA - 5 INCID	55,00	35,00
SACRO COCCIX	55,00	35,00
COLUNA DORSO LOMBAR - P ESCOLIOSE	55,00	35,00
COLUNA TOTAL P/ ESCOLIOSE	55,00	35,00
PLANIGRAFIA COLUNA VERTEBRAL	55,00	35,00

15

*[Handwritten signature]*

INCIDENCIA ADICIONAL DE COLUNA	55,00	35,00
ESTERNO	55,00	35,00
ARTICULAÇÃO ESTERNOCLAVICULAR	55,00	35,00
COSTELAS - POR HEMITORAX	55,00	35,00
CLAVÍCULA	55,00	35,00
OMOPLATA OU ESCAPULA	55,00	35,00
ARTICULAÇÃO ACROMOCLAVICULAR	55,00	35,00
ARTICULAÇÃO ESCAPULOUMERAL (OMBRO)	55,00	35,00
BRAÇO	55,00	35,00
COTOVELO	55,00	35,00
ANTEBRAÇO	55,00	35,00
PUNHO	55,00	35,00
MÃO OU QUIRODACTILO	55,00	35,00
MAOS E PUNHOS PARA IDADE OSEEA	55,00	35,00
INCIDENCIA ADICIONAL DE MMS	55,00	35,00
BACIA	55,00	35,00
ARTICULAÇÃO SACROÍLIACAS	55,00	35,00
ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL	55,00	35,00
COXA	55,00	35,00
JOELHO	55,00	35,00
PATELA	55,00	35,00
PERNA	55,00	35,00
ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO)	55,00	35,00
PE OU PEDOCITO	55,00	35,00

CALCANEÓ	55,00	35,00
ESCANOMETRIA	55,00	35,00
PANORAMICA DOS MEMBROS INFERIORES	55,00	35,00
INCIDENCIA ADICIONAL DE MMI	55,00	35,00
TORAX - 1 INCIDENCIA	55,00	35,00
TORAX - 2 INCIDENCIA	55,00	35,00
TORAX - 3 INCIDENCIA	55,00	35,00
TORAX - 4 INCIDENCIA	55,00	35,00
ABDOME SIMPLES	60,00	45,00
ABDOME AGUDO	65,00	55,00

MAMOGRAFIA	VALOR (balcão)	VALOR (ofertado)
MAMOGRAFIA DIGITAL BITATERAL	205,00	100,00

DESINTOMETRIA OSSEA - D.O	VALOR (balcão)	VALOR (ofertado)
DESINTOMETRIA OSSEA (1 SEGMENTO)	150,00	80,00
DESINTOMETRIA OSSEA (2 SEGMENTOS)	220,00	120,00
DESINTOMETRIA OSSEA CORPO INTEIRO	200,00	100,00

RESSONANCIA MAGNETICA	VALOR (balcão)	VALOR (ofertado)
CRANIO (ENCEFALO)	800,00	550,00
SELA TURCICA (HIPOFISE)	800,00	550,00
BASE DE CRANIO	800,00	550,00
ÓRBITA - BILATERAL	800,00	550,00
FACE	800,00	550,00

# CAIXA

DOS ADVOGADOS DO PARANÁ

PELVE (não inclui articulações coxofemorais)	800,00	550,00
ARTICULAR (TEMPOROMANDIBULAR)	800,00	550,00
PESCOÇO (NASOFARINGE, OROFARINGE, LARINGE)	800,00	550,00
TORAX (MÉDIASINO, PULMAO, PAREDE TORAXICA)	800,00	550,00
ABDOME SUPERIOR (FIGADO, PANCREAS, BAÇO)	800,00	550,00
PELVE (não inclui articulações coxofemorais)	800,00	550,00
COLUNA CERVICAL, DORSAL OU LOMBAR	800,00	550,00
MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	800,00	550,00
MAO (NAO INCLUI PUNHO)	800,00	550,00
BACIA (articulação sacro ilíacas)	800,00	550,00
COXA (UNILATERAL)	800,00	550,00
PERNA (unilateral)	800,00	550,00
PÉ (ANTEPE) NÃO INCLUI TORNOZELO	800,00	550,00
ARTICULAR (ARTICULAÇÃO POR ARTICULAÇÃO)	800,00	550,00
ANGIO-RM ARTERIAL DE CRANIO	800,00	550,00
ANGIO-RM VENOSA DE CRANIO	800,00	550,00
ANGIO-RM (crânio, torax, abdome superior ou pelve)	800,00	550,00
COLANGIO-RM	800,00	550,00
CONTRASTE PARA RM	200,00	100,00

ULTRASSONOGRÁFIA	VALOR (balcão)	VALOR (ofertado)
GLOBO OCULAR - BILATERAL	140,00	95,00
GLOBO OCULAR C/ DOPPLER - BILATERAL	160,00	100,00
GLANDULAS SALIVARES - TODAS	140,00	95,00
TORÁCICO EXTRACARDÍACO	140,00	95,00

Guarapuava/PR. Rua Coronel Beldanha, n.º 1903, Centro, CEP 85010-130  
Fone: (42) 3623-3451 - [www.oabguarapuava.com.br](http://www.oabguarapuava.com.br) - [www.caape.org.br](http://www.caape.org.br)

MAMAS	140,00	95,00
GLANDULAS SALIVARES (TODAS)	200,00	100,00
ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, RINS, BEXIGA, AORTA, VEIA CAVA INFERIOR E ADRENAIS)	180,00	120,00
ABDOME SUPERIOR (FIGADO, VIAS BILIARES, VESICULA, PANCREAS E BAÇO)	140,00	100,00
RETROPERITONIO (GRANDES VASOS OU ADRENAIS)	140,00	95,00
APARELHO URINÁRIO FEMININO (RINS, URETERES E BEXIGA)	140,00	95,00
APARELHO URINÁRIO MASCULINO (RINS, URETERES, BEXIGA E PROSTATA)	140,00	95,00
ABDOME INFERIOR MASCULINO (BEXIGA, PROSTATA E VESICULAS SEMINAIS)	140,00	95,00
ABDOME INFERIOR FEMININO (BEXIGA, ÚTERO, OVARIOS E ANEXOS)	140,00	95,00
DERMATOLÓGICO - PELE E SUBCUTÂNEO	140,00	95,00
ORGÃOS SUPERFICIAIS (TIREOIDE, ESCROTO, PENIS OU CRANIO)	200,00	95,00
ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL, AXILIAS, MÚSCULO OU TENDÃO)	200,00	95,00
ARTICULAÇÃO (POR ARTICULAÇÃO)	140,00	95,00
OBSTÉTRICA	140,00	100,00
OBSTÉTRICA COM DOPPLER	250,00	150,00
OBSTÉTRICA COM TN	150,00	120,00
OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA	250,00	180,00
OBSTÉTRICA GESTAÇÃO MULTIPLA: CADA FETO	85,00	55,00
OBSTÉTRICA GESTAÇÃO MULTIPLA COM DOPPLER : CADA FETO	150,00	100,00
OBSTÉTRICA 1º TRIMESTRE (ENDOVAGINAL)	140,00	95,00



# CAIXA

DOS ADVOGADOS DO PARANÁ

TRANSVAGINAL	140,00	95,00
TRANSVAGINAL P/ CONTROLE DE OVULAÇÃO (3 OU + EXAMES)	200,00	120,00
PROSTATA TRANSRETAL (NÃO INCLUI ABDOME INFERIOR MASCULINO)	200,00	100,00
DOPPLER TRANSFONTANELA	140,00	100,00
DOPPLER VASOS CERVICAIS ARTERIAIS BILATERAL (CARÓTIDAS E VERTEBRAIS)	360,00	250,00
DOPPLER ORGAO OU ESTRUTURA ISOLADA	200,00	120,00
DOPPLER AORTA E ARTÉRIAS RENAIIS	360,00	250,00
DOPPLER AORTA E ARTÉRIAS ILÍACAS	360,00	250,00
DOPPLER ARTÉRIAS VIÇCERAIS (MESENTÉRICAS SUPERIOR E INFERIOR E TRONCO CELÍACO)	360,00	250,00
DOPPLER HEMANGIOMA	180,00	120,00
DOPPLER COLORIDO VEIA CAVA SUP. E INF.	360,00	250,00
DOPPLER ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL	360,00	250,00
DOPPLER VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL	360,00	250,00
DOPPLER ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL	360,00	250,00
DOPPLER VENOSO DE MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL	360,00	250,00
OBSTÉTRICO : PERFIL BIOFISICO FETAL	180,00	120,00
FETAL GESTAÇÃO MÚLTIPLA	140,00	65,00
DOPPLER TRANSCRANIANO	180,00	120,00
PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	140,00	95,00
APARELHO URINARIO (rins, ureteres e bexiga)	140,00	95,00
OBSTÉTRICA: COM AMNIOCENTESE	140,00	95,00

Guarapuava/PR, Rua Coronel Galvão, n.º 1903, Centro, CEP 85010-130

Fone: (42) 3623-3457 - [www.oabguarapuava.com.br](http://www.oabguarapuava.com.br) - [www.caapt.org.br](http://www.caapt.org.br)



TOMOGRAFIA	VALOR (balcão)	VALOR (ofertado)
CRANIO/SELA TURSICA/ORBITAS	700,00	450,00
MASTOIDES/ORELHA	700,00	450,00
FACE OU SEIOS DA FACE	700,00	450,00
ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULARES	700,00	450,00
PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIREÓIDE)	700,00	450,00
TORAX	700,00	450,00
ABDOME TOTAL	700,00	450,00
ABDOME SUPERIOR	700,00	450,00
PELVE OU BACIA	700,00	450,00
COLUNA CERVICAL/DORSAL/LOMBAR	700,00	450,00
COLUNA - SEGMENTO ADICIONAL	700,00	450,00
ARTICULAÇÃO (ESTERNOCLAVICULAR/OMBRO)	700,00	450,00
SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO/ANTEBRAÇOS)	700,00	450,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORACICA	700,00	450,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL	700,00	450,00
ESCANOMETRIA DIGITAL - POR TOMO	700,00	450,00
RECONSTRUÇÃO TRIDIMENSIONAL - INCLUIR EXAME BASE	700,00	450,00
ANGIOTC ARTERIAL DE CRANIO	800,00	450,00
ANGIOTC VENOSA DE CRANIO	800,00	450,00
ANGIOTC ARTERIAL DE PESCOÇO	800,00	450,00
ANGIOTC VENOSA DE PESCOÇO	800,00	450,00
ANGIOTC ARTERIAL DE TORAX	800,00	450,00



ANGIO TC VENOSA DE TORAX	800,00	450,00
ANGIOTC ARTERIAL ABDOME SUP	800,00	450,00
ANGIOTC VENOSA ABDOME SUP	800,00	450,00
ANGIOTC ARTERIAL PÉLVE	800,00	450,00
ANGIOTC VENOSA PÉLVE	800,00	450,00
ANGIOTC ARTERIAL MMI	800,00	450,00
ANGIOTC VENOSA MMI	800,00	450,00
ANGIOTC ARTERIAL MMS	800,00	450,00
ANGIOTC VENOSA MMS	800,00	450,00
ANGIOTC ARTERIAL PULMONAR	800,00	450,00
ANGIOTC VENOSA PULMONAR	800,00	450,00
CONTRASTE TOMOGRAF	250,00	200,00

BIÓPSIA/PAAF/PUNÇÃO	VALOR (balcão)	VALOR (ofertado)
Punção ou biópsia mamária percutânea por agulha fina orientada por us	350,00	280,00
Biópsia percutânea de fragmento mamário por agulha grossa (core biopsy) orientada por us	480,00	320,00
US - PRÓSTATA TRANSRETAL COM BIÓPSIA - ATÉ 8 FRAGMENTOS	580,00	480,00
US - PRÓSTATA TRANSRETAL COM BIÓPSIA - MAIS DE 8 FRAGMENTOS	700,00	600,00
PUNÇÃO BIÓPSIA/ASPIRATIVA DE ÓRGÃO OU ESTRUTURA ORIENTADA POR US (até 3 nódulos)	250,00	180,00

1.2. Não haverá, em nenhuma hipótese, o acúmulo dos descontos previstos neste Convênio com qualquer outro desconto oferecido pela CONVENIENTE.

## CLÁUSULA SEGUNDA

2.1. Para usufruírem do desconto, objeto deste Convênio, os Beneficiários da **CONVENIADA** deverão preencher cadastro junto a **CONVENENTE**, momento em que deverão comprovar a qualidade de Beneficiário do presente Convênio, nos termos do item 1.1 deste instrumento.

## CLAUSULA TERCEIRA

3.1. O presente Convênio não será oneroso para as partes, cabendo tão somente aos seus Beneficiários, honrar com os pagamentos descritos no item 1.1 deste instrumento.

## CLÁUSULA QUARTA

- 4.1. **A CONVENIADA se obriga** adivulgar os serviços oferecidos pela **CONVENENTE** através de seus sites, [www.caapr.org.br](http://www.caapr.org.br) e [www.oabguarapuava.com.br](http://www.oabguarapuava.com.br), e por mala direta eletrônica aos Beneficiários;
- 4.2. **A CONVENENTE se obriga** a comercializar todas as todas as espécies de produtos comercializadas aos Beneficiários do presente convênio, nos termos do item 1.1 deste instrumento.

## CLÁUSULA QUINTA

5.1. O presente Convênio tem início na data de sua assinatura e terá validade até a data de 31/12/2018, podendo ser prorrogado, desde que expressamente de acordado entre as partes, mediante assinatura de termo aditivo.

## CLÁUSULA SEXTA

6.1. O presente Convênio poderá ser rescindido:

- a) A qualquer tempo por iniciativa de quaisquer partes, mediante notificação prévia, por escrito com 30 (trinta) dias de antecedência, sem ônus para as partes envolvidas, inclusive sem prejuízos iguais aos Beneficiários da **CONVENIADA**, seja a que título for.
- b) Se quaisquer das partes infringirem as condições estipuladas nesse Instrumento, independentemente de qualquer notificação ou interpelação judicial ou extrajudicial.

6.2. Ocorrendo a rescisão desse instrumento, nos casos previstos nas letras a e b,

do item 6.1. desta cláusula, o desconto previsto no item 1.1 deste instrumento deverá ser praticado aos Beneficiários da CONVENIADA, nos 30 (trinta) dias após a respectiva rescisão.

### CLÁUSULA SÉTIMA


7.1. As partes envolvidas neste Convênio serão responsáveis pela veracidade e exatidão das informações, perante a legislação vigente.

### CLÁUSULA OITAVA

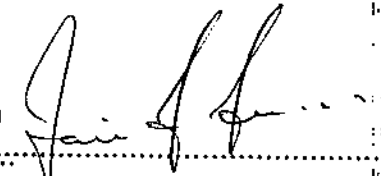
8.1. Fica eleito o foro da Comarca de Guarapuava/PR, para dirimir quaisquer questões oriundas do presente Convênio, renunciando as partes qualquer outro por mais privilegiado que seja.

E, por estarem às partes de pleno acordo com o inteiro teor deste Convênio, assinam na presença de duas testemunhas abaixo, em 03 (três) vias de igual conteúdo e forma.

Guarapuava, 13 de Novembro de 2017.



.....  
PRESIDENTE DA SUBSEÇÃO DE  
GUARAPUAVA DA OAB/PR OAB/PR nº 19724



.....  
DELEGADO DA CAA/PR  
OAB/PR nº 46125



.....  
CONVENIADO