

## PLANO DE TRABALHO

A ASSOCIAÇÃO FUNDO DE INCENTIVO A PESQUISA – AFIP , instituição beneficente de assistência social, constituída sob forma de associação sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 47.673.793/0004-16, inscrição estadual isenta, situada na Rua Marselhesa, nº 500 – Vila Clementino – CEP 04020 - 060 São Paulo / SP , Fone/Fax (11) 5908-7070, e-mail: [juridico@afip.com.br](mailto:juridico@afip.com.br), com filial estabelecida no Município de Jundiaí – SP , na Avenida Marechal Deodoro da Fonseca, nº 201, Centro, CEP 13.201-002, representada através de seu Presidente Dr. Sérgio Tufik, brasileiro , médico, portador da cédula de identidade RG nº 3.221.965 e CPF/MF nº 664.725.478-15 , vem por meio desta submeter à apreciação de V. Sa. Plano de Trabalho para Prestação de Serviços de Exames de Imagem ao Município de Jundiaí – SP, a saber:

### Objetivo:

Prestação de serviço pela Instituição AFIP para realização de procedimentos de diagnósticos por meio de imagem (MAMOGRAFIA, ULTRA-SONOGRAFIA, RAIOS – X SIMPLES E CONTRASTADO). Conforme proposta apresentada, para o município de Jundiaí.

**Público Alvo:** usuários SUS da rede de 0 a 110 anos.

**PREVISÃO DE INÍCIO E FIM DA EXECUÇÃO DO OBJETO, BEM COMO DA CONCLUSÃO DAS ETAPAS E FASES PROGRAMADAS.**

Ações e serviços de natureza contínua tendo o presente Plano de Trabalho a vigência de 60 meses com início a partir da assinatura do convênio.

**METAS QUANTITATIVAS – valor dos serviços prestados**

A META QUANTITATIVA fica vinculada à média mensal de 8.485 (oito mil quatrocentos e oitenta e cinco) exames de imagem, respeitando-se o teto global anual de R\$ 2.562.075,60 conforme ANEXO I.

MAMOGRAFIAS	QTD. ESTIMADA/MÊS	VALOR SUS UNITARIO	VALOR ESTIMADO MENSAL SUS	AFIP SUS	AFIP TOTAL
02.04.03.018-8 MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	1950	R\$ 45,00	R\$ 87.750,00	R\$ 45,00	R\$ 87.750,00
02.04.03.003-0 MAMOGRAFIA UNILATERAL	100	R\$ 22,50	R\$ 2.250,00	R\$ 22,50	R\$ 2.250,00
<b>TOTAL MAMOGRAFIAS</b>	<b>2050</b>		<b>R\$ 90.000,00</b>		<b>R\$ 90.000,00</b>

ULTRASSONS	QTD. ESTIMADA/MÊS	VALOR SUS	VALOR ESTIMADO MENSAL	AFIP SUS	AFIP TOTAL
02.05.01.005-9 ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	35	R\$ 42,90	R\$ 1.501,50	R\$ 42,90	R\$ 1.501,50
02.05.02.003-8 ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VESICULA, VIAS URINARIAS)	60	R\$ 24,20	R\$ 1.452,00	R\$ 24,20	R\$ 1.452,00
02.05.02.004-6 ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	460	R\$ 37,95	R\$ 17.457,00	R\$ 37,95	R\$ 17.457,00
02.05.02.005-4 ULTRA-SONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	175	R\$ 24,20	R\$ 4.235,00	R\$ 24,20	R\$ 4.235,00
02.05.02.006-2 ULTRA-SONOGRAFIA DE ARTICULACAO	200	R\$ 24,20	R\$ 4.840,00	R\$ 24,20	R\$ 4.840,00
02.05.02.007-0 ULTRA-SONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	16	R\$ 24,20	R\$ 387,20	R\$ 24,20	R\$ 387,20
02.05.02.009-7 ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	300	R\$ 24,20	R\$ 7.260,00	R\$ 24,20	R\$ 7.260,00
02.05.02.010-0 ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	31	R\$ 24,20	R\$ 750,20	R\$ 24,20	R\$ 750,20
02.05.02.011-9 ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	5	R\$ 24,20	R\$ 121,00	R\$ 24,20	R\$ 121,00
02.05.02.012-7 ULTRA-SONOGRAFIA DE TIREOIDE	100	R\$ 24,20	R\$ 2.420,00	R\$ 24,20	R\$ 2.420,00
02.05.02.013-5 ULTRA-SONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	3	R\$ 24,20	R\$ 72,60	R\$ 24,20	R\$ 72,60
02.05.02.014-3 ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA	150	R\$ 24,20	R\$ 3.630,00	R\$ 24,20	R\$ 3.630,00
02.05.02.015-1 ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	1	R\$ 39,60	R\$ 39,60	R\$ 39,60	R\$ 39,60
02.05.02.016-0 ULTRA-SONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	105	R\$ 24,20	R\$ 2.541,00	R\$ 24,20	R\$ 2.541,00
02.05.02.017-8 ULTRA-SONOGRAFIA TRANSFONTANELA	1	R\$ 24,20	R\$ 24,20	R\$ 24,20	R\$ 24,20
02.05.02.018-6 ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL	1000	R\$ 24,20	R\$ 24.200,00	R\$ 24,20	R\$ 24.200,00
<b>TOTAL ULTRA-SONOGRAFIA</b>	<b>2642</b>		<b>R\$ 70.931,30</b>		<b>R\$ 70.931,30</b>

RAIOS X SIMPLES	QTD. ESTIMADA/MÊS	VALOR SUS	VALOR ESTIMADO MENSAL SUS	AFIP SUS + 42%	AFIP TOTAL
02.04.01.003-9	1	R\$ 8,38	R\$ 8,38	R\$ 11,90	R\$ 11,90
02.04.01.004-7	1	R\$ 6,96	R\$ 6,96	R\$ 9,88	R\$ 9,88
02.04.01.005-5	4	R\$ 8,38	R\$ 33,52	R\$ 11,90	R\$ 47,60
02.04.01.006-3	82	R\$ 6,88	R\$ 564,16	R\$ 9,77	R\$ 801,14
02.04.01.007-1	9	R\$ 9,15	R\$ 82,35	R\$ 12,99	R\$ 116,91
02.04.01.008-0	35	R\$ 7,52	R\$ 263,20	R\$ 10,68	R\$ 373,80
02.04.01.009-8	1	R\$ 5,74	R\$ 5,74	R\$ 8,15	R\$ 8,15
02.04.01.010-1	1	R\$ 9,03	R\$ 9,03	R\$ 12,82	R\$ 12,82
02.04.01.011-0	1	R\$ 7,20	R\$ 7,20	R\$ 10,22	R\$ 10,22
02.04.01.012-8	2	R\$ 8,38	R\$ 16,76	R\$ 11,90	R\$ 23,80
02.04.01.013-6	1	R\$ 7,98	R\$ 7,98	R\$ 11,33	R\$ 11,33
02.04.01.014-4	150	R\$ 7,32	R\$ 1.098,00	R\$ 10,39	R\$ 1.558,50
02.04.01.015-2	2	R\$ 7,20	R\$ 14,40	R\$ 10,22	R\$ 20,44
02.04.02.003-4	16	R\$ 8,33	R\$ 133,28	R\$ 11,83	R\$ 189,28
02.04.02.004-2	156	R\$ 8,19	R\$ 1.277,64	R\$ 11,63	R\$ 1.814,28
02.04.02.005-0	1	R\$ 10,29	R\$ 10,29	R\$ 14,61	R\$ 14,61
02.04.02.006-9	387	R\$ 10,96	R\$ 4.241,52	R\$ 15,56	R\$ 6.021,72
02.04.02.007-7	15	R\$ 14,90	R\$ 223,50	R\$ 21,16	R\$ 317,40
02.04.02.008-5	1	R\$ 16,88	R\$ 16,88	R\$ 23,97	R\$ 23,97
02.04.02.009-3	119	R\$ 9,16	R\$ 1.090,04	R\$ 13,01	R\$ 1.548,19
02.04.02.010-7	2	R\$ 9,73	R\$ 19,46	R\$ 13,82	R\$ 27,64
02.04.02.012-3	3	R\$ 7,80	R\$ 23,40	R\$ 11,08	R\$ 33,24
02.04.03.006-4	1	R\$ 9,05	R\$ 9,05	R\$ 12,85	R\$ 12,85



		Medicina Diagnóstica									
02.04.03.007-2	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	13	R\$	8,37	R\$	108,81	R\$	11,89	R\$	154,57	
02.04.03.009-9	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	1	R\$	7,98	R\$	7,98	R\$	11,33	R\$	11,33	
02.04.03.010-2	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	1	R\$	8,73	R\$	8,73	R\$	12,40	R\$	12,40	
02.04.03.012-9	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDOTICA)	4	R\$	5,56	R\$	22,24	R\$	7,90	R\$	31,60	
02.04.03.013-7	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)	1	R\$	14,32	R\$	14,32	R\$	20,33	R\$	20,33	
02.04.03.014-5	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	1	R\$	12,02	R\$	12,02	R\$	17,07	R\$	17,07	
02.04.03.015-3	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	677	R\$	9,50	R\$	6.431,50	R\$	13,49	R\$	9.132,73	
02.04.03.016-1	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)	1	R\$	6,55	R\$	6,55	R\$	9,30	R\$	9,30	
02.04.03.017-0	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	400	R\$	6,88	R\$	2.752,00	R\$	9,77	R\$	3.908,00	
02.04.04.001-9	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	7	R\$	6,42	R\$	44,94	R\$	9,12	R\$	63,84	
02.04.04.002-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	1	R\$	7,40	R\$	7,40	R\$	10,51	R\$	10,51	
02.04.04.003-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	30	R\$	7,40	R\$	222,00	R\$	10,51	R\$	315,30	
02.04.04.004-3	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	1	R\$	7,40	R\$	7,40	R\$	10,51	R\$	10,51	
02.04.04.005-1	RADIOGRAFIA DE BRACO	10	R\$	7,77	R\$	77,70	R\$	11,03	R\$	110,30	
02.04.04.006-0	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	2	R\$	7,40	R\$	14,80	R\$	10,51	R\$	21,02	
02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	67	R\$	5,90	R\$	395,30	R\$	8,38	R\$	561,46	
02.04.04.008-6	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	1	R\$	5,62	R\$	5,62	R\$	7,98	R\$	7,98	
02.04.04.009-4	RADIOGRAFIA DE MAO	180	R\$	6,30	R\$	1.134,00	R\$	8,95	R\$	1.611,00	
02.04.04.010-8	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	44	R\$	6,00	R\$	264,00	R\$	8,52	R\$	374,88	
02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE OMOPLATA / OMBRO (TRES POSICOES)	100	R\$	7,98	R\$	798,00	R\$	11,33	R\$	1.133,00	
02.04.04.012-4	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	99	R\$	6,91	R\$	684,09	R\$	9,81	R\$	971,19	
02.04.05.011-1	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	24	R\$	10,73	R\$	257,52	R\$	15,24	R\$	365,76	
02.04.05.012-0	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	3	R\$	15,30	R\$	45,90	R\$	21,73	R\$	65,19	
02.04.05.013-8	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	59	R\$	7,17	R\$	423,03	R\$	10,18	R\$	600,62	
02.04.06.003-6	ESCANOMETRIA	4	R\$	7,77	R\$	31,08	R\$	11,03	R\$	44,12	
02.04.06.006-0	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	120	R\$	7,77	R\$	932,40	R\$	11,03	R\$	1.323,60	
02.04.06.007-9	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	4	R\$	7,77	R\$	31,08	R\$	11,03	R\$	44,12	
02.04.06.008-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	99	R\$	6,50	R\$	643,50	R\$	9,23	R\$	913,77	

# AFIP

## Medicina Diagnóstica

02.04.06.009-5	RADIOGRAFIA DE BACIA	93	R\$	7,77	R\$	722,61	R\$	11,03	R\$	1.025,79
02.04.06.010-9	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	86	R\$	6,50	R\$	559,00	R\$	9,23	R\$	793,78
02.04.06.011-7	RADIOGRAFIA DE COXA	16	R\$	8,94	R\$	143,04	R\$	12,69	R\$	203,04
02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	333	R\$	6,78	R\$	2.257,74	R\$	9,63	R\$	3.206,79
02.04.06.013-3	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	78	R\$	7,16	R\$	558,48	R\$	10,17	R\$	793,26
02.04.06.014-1	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3	2	R\$	9,29	R\$	18,58	R\$	13,19	R\$	26,38
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	154	R\$	6,78	R\$	1.044,12	R\$	9,63	R\$	1.483,02
02.04.06.016-8	RADIOGRAFIA DE PERNA	27	R\$	8,94	R\$	241,38	R\$	12,69	R\$	342,63
02.04.06.017-6	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	1	R\$	9,29	R\$	9,29	R\$	13,19	R\$	13,19
	<b>TOTAL RAIOS X SIMPLES</b>	<b>3735</b>				<b>30.100,89</b>				<b>42.743,05</b>

	RAIOS X CONTRASTADOS	QTD. ESTIMADA/MÊS	VALOR SUS	VALOR ESTIMADO MENSAL SUS	AFIP 3,5X SUS	AFIP TOTAL
02.04.03.008-0	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	1	R\$ 19,24	R\$ 19,24	R\$ 67,34	R\$ 67,34
02.04.05.001-4	CLUSTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE	10	R\$ 47,76	R\$ 477,60	R\$ 167,16	R\$ 1.671,60
02.04.05.005-7	FISTULOGRAFIA	3	R\$ 45,34	R\$ 136,02	R\$ 158,69	R\$ 476,07
02.04.05.006-5	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	3	R\$ 45,34	R\$ 136,02	R\$ 158,69	R\$ 476,07
02.04.05.014-6	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO	10	R\$ 35,22	R\$ 352,20	R\$ 123,27	R\$ 1.232,70
02.04.05.015-4	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)	5	R\$ 47,59	R\$ 237,95	R\$ 166,57	R\$ 832,85
02.04.05.017-0	URETROCISTOGRAFIA	8	R\$ 52,11	R\$ 416,88	R\$ 182,39	R\$ 1.459,12
02.04.05.018-9	UROGRAFIA VENOSA	18	R\$ 57,40	R\$ 1.033,20	R\$ 200,90	R\$ 3.616,20
	<b>TOTAL RAIOS X CONTRASTADOS</b>	<b>58</b>		<b>2.809,11</b>		<b>9.831,95</b>

<b>TOTAL MENSAL</b>	<b>8.485</b>	<b>R\$</b>	<b>193.841,30</b>	<b>R\$</b>	<b>213.506,30</b>
---------------------	--------------	------------	-------------------	------------	-------------------



Tel. (11) 5908-7772 Rua Padre Machado, 1040 Bosque da Saúde São Paulo/SP CEP. 04127-001

### DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

Para os exames SUS do ANEXO I:

A Prefeitura realizará o pagamento mensal dos procedimentos realizados/aprovados que serão apurados mediante sistemas de informação padronizados da Secretaria de Saúde/ Ministério da Saúde.

A AFIP deverá apresentar no 5º dia do mês subseqüente, à Prefeitura, documentos comprobatórios referentes à produção dos procedimentos efetivamente prestados aos usuários SUS, obedecendo para tanto, os prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e SMS.

Após a conferência e validação pela PMJ/Secretaria de Saúde, será autorizada a emissão da Nota Fiscal e o pagamento será efetuado em até 05 dias úteis conforme cronograma de faturamento do Ministério da Saúde.

### CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

DESCRIÇÃO	Mês 01	Mês 02	Mês 03	Mês 04	Mês 05	Mês 06	Mês 07	Mês 08
Procedimentos SUS – Conforme Anexo I	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30

DESCRIÇÃO	Mês 09	Mês 10	Mês 11	Mês 12	Mês 13	Mês 14	Mês 15	Mês 16
Procedimentos SUS – Conforme Anexo I	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30

DESCRIÇÃO	Mês 17	Mês 18	Mês 19	Mês 20	Mês 21	Mês 22	Mês 23	Mês 24
Procedimentos SUS – Conforme Anexo I	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30

DESCRIÇÃO	Mês 25	Mês 26	Mês 27	Mês 28	Mês 29	Mês 30	Mês 31	Mês 32
Procedimentos SUS – Conforme Anexo I	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30

DESCRIÇÃO	Mês 33	Mês 34	Mês 35	Mês 36	Mês 37	Mês 38	Mês 39	Mês 40
Procedimentos SUS – Conforme Anexo I	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30

DESCRIÇÃO	Mês 41	Mês 42	Mês 43	Mês 44	Mês 45	Mês 46	Mês 47	Mês 48
Procedimentos SUS – Conforme Anexo I	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30

DESCRIÇÃO	Mês 49	Mês 50	Mês 51	Mês 52	Mês 53	Mês 54	Mês 55	Mês 56
Procedimentos SUS – Conforme Anexo I	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30

DESCRIÇÃO	Mês 57	Mês 58	Mês 59	Mês 60
Procedimentos SUS – Conforme Anexo I	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30

## DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS:

Disponibilizar horários para confecção das agendas dos exames com periodicidade trimestral, de acordo com a quantidade mensal conveniada, com flexibilidade de horários para exames de prioridade.

Informar por escrito a SMS/DACA todos os preparos e cuidados referentes à fase de cada exame previsto neste plano de trabalho. Deverá também disponibilizar contraste e insumos inerentes aos procedimentos.

Possuir acomodações adequadas para o paciente e acompanhante, antes, durante e após a realização dos procedimentos.

Manter o funcionamento do estabelecimento em horário comercial, podendo ser estendido em comum acordo com esta SMS; desde que preserve o conforto, segurança e adequação às necessidades específicas para a realização de cada procedimento.

As imagens não poderão ser entregues exclusivamente em via digital (CD, pen drive ou acesso à internet).

Disponibilizar o resultado dos exames em até 07 dias corridos com laudo descritivo e imagem.



Medicina Diagnóstica

Manter cópia dos laudos dos exames para eventual conferência / auditoria da SMS, sendo que os mesmos configuram documentos comprobatórios da realização dos exames, devendo estar disponibilizados no prestador de remoção.

Os laudos devem respeitar as normas de técnicas vigentes, segundo Colégio Brasileiro de Radiologia com análise interpretativa quando pertinente. Em caso de exame com anormalidade marcante e que importe risco ao paciente, o prestador se compromete a informar à unidade solicitante para que providências urgentes sejam tomadas.

Em caso de necessidade de repetição de parte ou todo exame decorrente de razões técnicas, o prestador deverá comunicar à unidade solicitante e disponibilizar de imediato nova data para execução sem ônus para a PMJ.

Deverá ter médico responsável com presença frequente na unidade de Jundiaí e disponibilizar telefone celular e e-mail para acesso à equipe médica da rede.

Deverá manter gerente administrativo com presença da Unidade de Jundiaí durante todo o período de funcionamento do mesmo.

Deverão ser mantidas reuniões técnicas coma a SMS / DACA a cada 02 meses ou quando se fizer necessário.

Handwritten initials or signature



Handwritten signature

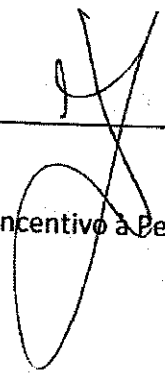




Quadro de aplicação dos recursos

<b>Categoria de Despesas</b>	<b>AV%</b>
Recursos Humanos	22,20
Serviços com Terceiros	3,36
Material de Consumo	7,49
Alugueis e Condomínio	6,97
Energia Elétrica	0,72
Água e Esgoto	0,37
Telefone	0,28
Serviços Médicos	30,41
Diversos	10,56
Disp. Tributária	0,31
Custo Corporativo	14,97
Custo dos Exames Realizados no Apoio Central	2,36
<b>Totais</b>	<b>100,00</b>

São Paulo, 12 de junho de 2015


---

 Dr. Sérgio Tufik  
 Associação Fundo de Incentivo à Pesquisa - AFIP

