



**PROCESSO LICITATÓRIO Nº 332/2024  
CHAMADA PÚBLICA PARA CREDENCIAMENTO Nº 02/2024**

**1. PREÂMBULO**

O CONSÓRCIO PÚBLICO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE DO OESTE DE SANTA CATARINA, inscrito no CNPJ 01.336.261/0001-40, com sede na Rua Euclides Prade, nº 465-E, Sala Comercial nº 09, **Condomínio Boulevard das Acácias, Bairro Santa Maria, CEP: 89.812-600, Município de Chapecó, Estado de Santa Catarina, representado por seu Presidente, Senhor JADER ADRIEL DANIELLI, brasileiro, Prefeito do Município de Faxinal dos Guedes, portador do CPF sob o nº \*\*\*.060.869-\*\*, no uso de suas atribuições, comunica aos interessados que realizará processo de CHAMADA PÚBLICA para CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NAS ÁREAS DE ASSISTÊNCIA E ATENDIMENTO MÉDICO EM REGIME AMBULATORIAL OU HOSPITALAR, DE SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA, SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS, EXCLUÍDOS OS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, E FORNECIMENTO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPM'S), COMPLEMENTANDO SERVIÇOS DE SAÚDE OFERTADOS PELA REDE DE SAÚDE PÚBLICA AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.**

- 1.1. O presente edital de Chamamento Público rege-se pela Lei nº 14.133 de 01 de abril de 2021 que estabelece normas gerais de licitação e contratação para as Administrações Públicas diretas, autárquicas e fundacionais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e pela Resolução do Consórcio nº 047/2023, que dispõe sobre o procedimento auxiliar do credenciamento, e as que a sucederem.
- 1.2. Os credenciamentos deverão obedecer às especificações deste instrumento convocatório, anexos que dele fazem parte.
- 1.3. Os usuários dos serviços eletivos são os pacientes dos municípios consorciados ao Consórcio Público Interfederativo de Saúde do Oeste de Santa Catarina.
- 1.4. Ficam disponíveis aos novos Municípios ingressantes no Consórcio, ao longo da vigência deste Edital, os serviços nele previstos.
- 1.5. São partes integrantes deste Edital os seguintes anexos:

|                  |                                                      |
|------------------|------------------------------------------------------|
| <b>ANEXO I</b>   | <b>ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR</b>                     |
| <b>ANEXO II</b>  | <b>TERMO DE REFERÊNCIA</b>                           |
| <b>ANEXO III</b> | <b>TABELAS DE PROCEDIMENTO E VALORES</b>             |
| <b>ANEXO IV</b>  | <b>REQUERIMENTO PARA INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO</b> |



|                  |                                                      |
|------------------|------------------------------------------------------|
| <b>ANEXO V</b>   | <b>DECLARAÇÃO UNIFICADA DE CUMPRIMENTO AO EDITAL</b> |
| <b>ANEXO VI</b>  | <b>MINUTA DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS</b>   |
| <b>ANEXO VII</b> | <b>FICHAS 20 E 21</b>                                |

1.6. Nos termos do §1º, do art. 2º da Resolução do Consórcio nº 047/2023, e art. 1º da Resolução do Consórcio nº 070/2025, os empregados públicos abaixo informados ficam encarregados da função de receber, examinar e julgar todos os documentos e procedimentos relativos ao credenciamento e, de modo especial, de formalizar a decisão sobre o credenciamento:

**I - Gabriel Augusto Buche.**

**II – Luís Felipe Dornelles da Silva.**

## **2. DO OBJETO E VIGÊNCIA DO CREDENCIAMENTO PÚBLICO**

2.1. Constitui objeto do presente, o Credenciamento de pessoas jurídicas para prestação de serviços de saúde nas áreas de assistência e atendimento médico em regime ambulatorial ou hospitalar, serviços de auxiliares de diagnóstico e terapia, serviços odontológicos, excluídos os serviços de urgência e emergência, e fornecimento de órteses, próteses e materiais especiais (OPM'S), complementando serviços de saúde ofertados pela rede de saúde pública aos usuários do Sistema Único De Saúde – SUS, de acordo com as condições estabelecidas nesse edital e seus anexos.

2.2. Os serviços ofertados devem estar previstos na Tabela do Consorcio Público de Saúde, e devem ser prestados nos consultórios particulares, laboratórios, clínicas, hospitais da própria CREDENCIADA ou em clínicas/hospitais de terceiros desde que previamente indicados no ato do processo de credenciamento, devidamente aceitos pelo CREDENCIANTE, ou ainda, no Centro de Especialidades Médicas Regionais – CREMER, conforme suas especificações.

2.3. Os prestadores de serviços que possuem consultório para atendimento médico e especialidades inerentes à saúde, bem como laboratórios para a realização de exames, estão obrigados a oferecer e prestar ambos os serviços. Essa obrigatoriedade considera as linhas de cuidado, que têm como objetivo orientar o serviço de saúde e promover a integração de ações e serviços de saúde, garantindo que o atendimento seja abrangente e contínuo.

2.4. Em caso de impossibilidade de execução de qualquer um dos serviços, o prestador deverá apresentar documentação comprobatória que justifique a impossibilidade e comunicar formalmente ao Consórcio, com antecedência mínima de 03 (três dias). A não apresentação da documentação ou a falta de comunicação poderá resultar em sanções, conforme disposto nas normas do edital e na legislação aplicável.



**2.4.1.** Em caso fortuito, não sendo possível a comunicação prévia ao Consórcio



quanto à impossibilidade de execução dos serviços, deverá o prestador proceder a comunicação imediata, a contar do fato ensejador da impossibilidade

2.5. Para atendimento da demanda de especialidades previstas neste processo de credenciamento, cujo local de atendimento é o espaço disponibilizado pelo Consórcio, Centro de Especialidades Médicas Regional - CREMER, os atendimentos poderão ser acompanhados por acadêmicos em medicina que realizarão a triagem das consultas médicas especializadas e o acompanhamento dos pacientes, junto a cada profissional credenciado.

2.5.1. Quando os atendimentos forem realizados no Centro de Especialidades Médicas Regional – CREMER, a Contratada deverá observar as disposições contidas neste Edital e, Regimento Interno do CREMER, Resolução nº 49, de 20 de outubro de 2022.

2.6. Neste caso, os serviços serão executados pelo credenciado junto ao Centro de Especialidades Médicas Regional - CREMER, localizado na **Rua Euclides Prade, nº 465-E, Sala Comercial nº 09, Condomínio Boulevard das Acácias, Bairro Santa Maria, CEP: 89.812-600, Município de Chapecó, Estado de Santa Catarina**, em horário por este estabelecido ou, de acordo com a necessidade da administração pública.

2.7. O laboratório e/ou clínica responsável pela realização do exame de imagem deverá fornecer, obrigatoriamente, ao paciente, o laudo médico detalhado contendo as informações necessárias sobre o resultado do exame. O laudo deve ser assinado por um profissional médico habilitado e deverá ser entregue juntamente com as imagens obtidas no exame. Esse laudo será disponibilizado para que o paciente possa apresentá-lo à instituição ou ao profissional de saúde que encaminhou o exame, sempre que solicitado e é necessário para continuidade dos atendimentos médicos.

2.8. Este edital terá vigência pelo período de 12 (doze) meses, contados da data da publicação do aviso de abertura, podendo ser prorrogado automaticamente, por igual e sucessivos períodos.

2.9. Enquanto estiver vigente o edital, fica permitido o credenciamento, a qualquer tempo, de qualquer interessado, desde que preencham todas as condições ora exigidas.

2.10. O credenciamento visa ampliar a rede de serviços de saúde, garantindo acesso à população a atendimentos especializados, melhorando a qualidade da assistência e promovendo a eficiência no uso dos recursos públicos.

### **3. DA PUBLICAÇÃO E OBTENÇÃO DO EDITAL**

3.1. O presente Edital de Credenciamento Público será amplamente divulgado e estará aberto aos interessados para realização das inscrições ao credenciamento a partir da publicação do Aviso do Chamamento Público no Diário Oficial dos Municípios de Santa Catarina – DOM, e do Edital no sítio oficial do Consórcio Público de Saúde – [www.cisamosc.sc.gov.br](http://www.cisamosc.sc.gov.br) , na aba Documentos e/ou



**CONSÓRCIO PÚBLICO  
INTERFEDERATIVO DE SAÚDE DO  
OESTE DE SANTA CATARINA**



Credenciados.

**CONSÓRCIO PÚBLICO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE DO OESTE DE SANTA CATARINA**  
Rua Euclides Prade, nº 465-E, Sala Comercial nº 09 do Condomínio Boulevard Das Acácias, Bairro Santa  
Maria, CEP 89.812-600, Chapecó/SC.  
Contato (49) 3199-4900



3.2. O presente Edital de Credenciamento poderá ser acessado e extraído na íntegra no site [www.cisamosc.sc.gov.br](http://www.cisamosc.sc.gov.br) ou mediante solicitação via e-mail nos endereços eletrônicos [administrativo@cisamosc.sc.gov.br](mailto:administrativo@cisamosc.sc.gov.br); [administrativo2@cisamosc.sc.gov.br](mailto:administrativo2@cisamosc.sc.gov.br); [administrativo3@cisamosc.sc.gov.br](mailto:administrativo3@cisamosc.sc.gov.br)

3.3. É de responsabilidade dos interessados a leitura integral do Edital e de seus anexos, bem como a verificação de eventuais alterações ou atualizações.

3.4. Todos os atos relativos ao presente chamamento público, bem como os contratos dele decorrentes, serão publicados no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP) / Diário Oficial dos Municípios (DOM), conforme disposto na Lei nº 14.133/2021.

#### **4. DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO**

4.1. Poderão participar deste credenciamento as PESSOAS JURÍDICAS que atuem em ramo compatível com o objeto deste credenciamento e satisfaçam as condições de habilitação e disposições contidas neste edital e seus anexos.

4.2. A participação neste Credenciamento está vinculada à prestação de serviços para todos os Entes da Federação pertencentes a este Consórcio.

4.3. Não poderão participar do credenciamento:

4.3.1. Aquele que não atenda às condições deste Edital e seu (s) anexo (s).

4.3.2. Pessoa jurídica que se encontre, ao tempo de credenciamento, impossibilitada de participar da licitação em decorrência de sanção que lhe foi imposta e/ou a quem atue em substituição a outra pessoa, física ou jurídica, com o intuito de burlar a efetividade da sanção a ela aplicada, inclusive a sua controladora, controlada ou coligada, desde que devidamente comprovado, em processo administrativo próprio, o ilícito ou a utilização fraudulenta da personalidade jurídica do Interessado no credenciamento.

4.3.3. Aquele que mantenha vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com o Presidente do Consórcio e/ou sua Diretora Executiva, ou com empregado público que atue no setor de licitações/credenciamento, na fiscalização ou na gestão do contrato, ou que deles seja cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau;

4.3.4. Empresas controladoras, controladas ou coligadas, nos termos da Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976, concorrendo entre si;

4.3.5. Pessoa jurídica que, nos 5 (cinco) anos anteriores à divulgação do edital, tenha sido condenada judicialmente, com trânsito em julgado, por exploração de trabalho infantil, por submissão de trabalhadores a condições análogas às de escravo ou por contratação de adolescentes nos casos vedados pela legislação trabalhista.



4.3.6. Esteja cumprindo a penalidade de impossibilidade de contratar, imposta pelo Consórcio ou pela Administração Pública de um dos entes consorciados;

4.3.7. Tenham sofrido, nos últimos 5 (cinco) anos, sanção de descredenciamento pelo Consórcio Público de Saúde e/ou a quem atue em substituição desta pessoa, física ou jurídica, com o intuito de burlar a efetividade da sanção a ela aplicada, inclusive a sua controladora, controlada ou coligada, desde que devidamente comprovado, em processo administrativo próprio, o ilícito ou a utilização fraudulenta da personalidade jurídica do Interessado no credenciamento.

**4.4 É vedada a participação no credenciamento de pessoa jurídica cujo CNPJ, sócio, administrador ou representante legal integre, direta ou indiretamente, grupo econômico vinculado a empresa ou profissional que esteja cumprindo sanção que impeça de licitar ou contratar com a Administração Pública.**

**4.4.1.** Para os fins deste edital, considera-se grupo econômico a relação de controle, coligação ou comunhão de interesses entre empresas, nos termos do art. 14, §2º, da Lei nº 14.133/2021 e do art. 243 da Lei nº 6.404/1976.

**4.4.2** A verificação da vinculação entre empresas será realizada pela Comissão mediante análise dos sócios constantes do contrato social, do cadastro na Receita Federal e de eventuais vínculos de direção, gestão ou representação comum.

**4.4.3.** Constatada a existência de grupo econômico com empresa impedida, suspensão ou declarada inidônea, o pedido de credenciamento será indeferido ou revogado, sem prejuízo da aplicação das sanções cabíveis, inclusive por tentativa de burla à restrição administrativa.

**4.4.4.** A credenciada deverá comunicar ao Consórcio qualquer alteração societária superveniente que possa implicar situação de impedimento, sob pena de descredenciamento imediato.

**4.4.5.** O Consórcio realizará verificação cadastral junto à Receita Federal, TCU, CEIS, CNEP e demais cadastros públicos, a fim de identificar vínculos societários e eventuais impedimentos antes da formalização do credenciamento.

## **5. DA APRESENTAÇÃO DO REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO E DAS DECLARAÇÕES**

5.1. Os interessados em participar do presente credenciamento, deverão enviar todas as documentações solicitadas neste edital e seus anexos através da plataforma digital de Gerenciamento de Contratos, Atendimentos e Faturamento do Consórcio, no endereço eletrônico <https://rangconsorcio.com.br/login>.

5.2. O requerimento para credenciamento deverá ser preenchido por meio informatizado pelo interessado, conforme modelo constante no ANEXO IV, de forma clara e inequívoca, sem emendas, rasuras ou entrelinhas, em estrita observância às





especificações contidas neste edital, e assinado de forma digital/eletrônica, por certificado ICP Brasil, Assinatura via plataforma GOVBR ou através do próprio sistema utilizado para credenciamento, pelo seu representante legal ou procurador, juntando-se, neste caso, a Procuração, devidamente identificado, nela constando, obrigatoriamente: Razão Social, CNPJ, endereço, CEP, telefone/e-mail, pessoa de contato e conta bancária (Pessoa jurídica).

5.3. No Requerimento para Inscrição ao Credenciamento Público o interessado deverá utilizar os códigos e os descritivos dos procedimentos, exames, consultas e terapias, vinculando os profissionais que irão executá-los.

5.4. Considera-se válido o documento assinado eletronicamente, na forma da legislação pertinente.

5.5. O interessado em participar deverá apresentar junto com o requerimento e habilitação, a Declaração Unificada de Cumprimento ao Edital, conforme modelo constante no ANEXO V, declarando que:

- a) Está ciente e concorda com as condições contidas no edital e seus anexos, bem como aos atos normativos pertinentes expedidos pelo Consórcio Público Interfederativo de Saúde do Oeste de Santa Catarina e de que o requerimento apresentado compreende a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de sua entrega em definitivo e que cumpre plenamente os requisitos de habilitação definidos neste instrumento convocatório;
- b) Não emprega menor de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 anos, salvo menor, a partir de 14 anos, na condição de aprendiz, nos termos do artigo 7º, XXXIII, da Constituição;
- c) Não possui empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto nos incisos III e IV do art. 1º e no inciso III do art. 5º da Constituição Federal;
- d) Se for o caso, que cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas.
- e) Que não possui nenhum impeditivo vigente para participar do presente credenciamento, nos termos do art. 14 da Lei nº 14.133, de 2021, bem como não se enquadra em nenhuma das condições de impossibilidade de participação do certame previstas neste Edital;
- f) Ao aderir ao chamamento, os participantes se declaram cientes que, por exigência dos órgãos de controle externo, da Lei nº 12.527/2018 – Lei de Acesso à Informação, a íntegra do processo de credenciamento e respectiva contratação será disponibilizada no Portal de Transparência do Consórcio, que realiza o tratamento de dados pessoais pertinentes à qualificação jurídica, econômico-financeira, tributária e





técnica descritas no Edital, para uso exclusivo às finalidades legais e institucionais, conforme disposto na Lei nº 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e no Decreto nº 10.046/2019, assim como se compromete a exigir de seus funcionários o mesmo grau de responsabilidade com o manuseio e tratamento de dados sensíveis que porventura tenha acesso no cumprimento de suas obrigações contratuais, devendo, expressamente indicar os dados sensíveis de pessoas naturais constantes dos referidos documentos, que deseja sejam anonimizados.

g) Na execução do objeto contratado, a Contratada se responsabiliza pelo uso regular de dados de pacientes para uso exclusivo das finalidades do Consórcio, bem como de garantir que o acesso ao sistema do Consórcio ocorra de forma personalíssima, sob pena de sofrer as sanções legais.

h) Declaração de sujeição às normas, fluxos processos e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

5.6 Caso a empresa seja representada por procurador (a), a procuração deve ser apresentada acompanhada de cópia do documento de identidade do procurador e do representante legal da pessoa jurídica.

5.7 A apresentação de informações falsas ou omissões nas declarações pode resultar em sanções administrativas, incluindo a desclassificação do credenciamento e a responsabilização civil e criminal.

## **6. DOS DOCUMENTOS DA HABILITAÇÃO PARA CREDENCIAMENTO**

6.1. Para fins de habilitação, deverá o interessado enviar os documentos conforme segue:

### **6.2. Habilitação Jurídica:**

- 6.2.1. Empresário individual: inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede;
- 6.2.2. Sociedade empresária, sociedade limitada unipessoal – SLU: inscrição do ato constitutivo, estatuto ou contrato social no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores;
- 6.2.3. Sociedade simples: inscrição do ato constitutivo no Registro Civil de Pessoas Jurídicas do local de sua sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores;
- 6.2.4. Filial, sucursal ou agência de sociedade simples ou empresária: inscrição do ato constitutivo da filial, sucursal ou agência da sociedade simples ou empresária, respectivamente, no Registro Civil das Pessoas Jurídicas ou no Registro Público de Empresas Mercantis onde opera, com averbação no Registro onde tem sede a matriz;
- 6.2.5. Ato constitutivo da empresa, estatuto ou contrato social, em vigor e



devidamente registrados nos órgãos competentes ou, Ata de Eleição da atual diretoria, quando se tratar de Estatuto Social

- 6.2.6. Comprovante válido de identificação (RG e CPF ou CNH) do representante legal da interessada;
- 6.2.7. Os documentos apresentados devem estar acompanhados de todas as alterações ou da consolidação respectiva e ser autenticados ou acompanhados de declaração de veracidade das cópias.
- 6.2.8. As atividades a serem executadas pela empresa, bem como o código e descrição das atividades econômicas, devem ser compatíveis com o objeto deste edital.
- 6.2.9. Deverá ser apresentada Declaração de inexistência de impedimento para licitar ou contratar com a Administração Pública, nos termos do art. 63, §6º, da Lei nº 14.133/2021.

### **6.3. Habilitação Social, Fiscal e Trabalhista:**

- 6.3.1. Comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;
- 6.3.2. Comprovante de regularidade para com a Fazenda Federal, mediante apresentação de Certidão Conjunta de Débitos Relativos a Tributos Federais e a Dívida Ativa da União, expedida pelo Ministério da Fazenda;
- 6.3.3. Comprovante de regularidade para com a Fazenda Estadual, mediante apresentação de certidão expedida pela Secretaria de Estado da Fazenda, do domicílio ou da sede da interessada;
- 6.3.4. Comprovante de regularidade para com a Fazenda Municipal, mediante apresentação de certidão expedida pelo Município do domicílio ou sede da interessada;
- 6.3.5. Comprovante de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS;
- 6.3.6. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT – comprovante da inexistência de débitos perante a Justiça do Trabalho.

### **6.4. Habilitação e Qualificação Econômico-financeira**

- 6.4.1. CERTIDÃO NEGATIVA DE PEDIDO DE FALÊNCIA E CONCORDATA E RECUPERAÇÃO JUDICIAL E EXTRAJUDICIAL, expedida pelo Cartório distribuidor da sede da pessoa jurídica, referente à matriz e, quando for o caso, igualmente da filial licitante, em data não anterior a 90 (noventa) dias da abertura da sessão pública deste Pregão, se outro prazo não constar no documento, ou CERTIDÃO POSITIVA DE PEDIDO DE RECUPERAÇÃO JUDICIAL OU EXTRAJUDICIAL, condicionada à apresentação de Certidão emitida pela instância judicial competente, que declare que a empresa se encontra apta econômica e financeiramente para participar de



procedimentos de contratações com órgãos públicos.

6.4.2. As **entidades beneficentes** de assistência social **que atuam nas áreas da saúde**, deverão apresentar o **Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS)**, expedido pelos Ministérios das respectivas áreas de atuação da entidade, na forma estabelecida pelo Decreto nº 8.242, de 23 de maio de 2014.

6.4.3. Os interessados que sejam optantes do simples nacional, deverão apresentar comprovante de empresa optante pelo simples nacional.

## 6.5. Qualificação Técnica

### 6.5.1. DA PESSOA JURÍDICA – ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (HOSPITAIS, CLINICAS MÉDICAS, AMBULATÓRIOS, LABORATÓRIOS):

6.5.1.1. Licença Sanitária vigente emitida pela Vigilância Sanitária de domicílio ou documento expedido pela Autoridade pública competente que o isente;

6.5.1.2. Alvará de Funcionamento do estabelecimento em nome da interessada no credenciamento, pertinente ao ramo de atividade e compatível com o objeto do presente edital;

6.5.1.3. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES atualizado, devendo ser apresentada ficha completa do estabelecimento;

6.5.1.4. **A apresentação dos itens 6.5.1.1 e 6.5.1.2 estará dispensada, quando o serviço for executado no Centro de Especialidades Médicas Regional – CREMER;**

6.5.1.5. Certificado de Regularidade de Inscrição de Pessoa Jurídica (CIE) junto ao respectivo Conselho de Classe, conforme área de atuação;

6.5.5.1. Nos termos da Lei nº. 6.839/1980, quando a empresa se credenciar em mais de uma atividade/serviço, esta deverá apresentar o Certificado de Regularidade do Conselho de Classe para cada atividade.

6.5.5.2. Será aceito, excepcionalmente, o Protocolo de inscrição ou de renovação do Certificado de Regularidade de Inscrição de Pessoa Jurídica (CIE), ficando, nesse caso, a Empresa obrigada a apresentar o Certificado Regular dentro do prazo de 90 (noventa) dias, contados do envio dos documentos de habilitação.

6.5.5.3. Não enviado o documento correspondente dentro do prazo que alude o tópico 6.5.5.2, a Empresa será inativada no Sistema de Gerenciamento (Rang Tecnologia), impedida de realizar atendimento por meio do Consórcio até a apresentação do Certificado de Regularidade de Inscrição de Pessoa Jurídica (CIE) junto ao respectivo Conselho de Classe.

6.5.1.6. Tratando-se de credenciamento de laboratórios de análises clínicas, a



interessada deverá apresentar o contrato ou convênio de controle de qualidade (SBAC/SPC/OUTROS) e a Certidão de Regularidade, emitida pelo Conselho Regional de Farmácia;

- a) A abertura de posto de coleta não exige a CREDENCIADA de observar as normativas da ANVISA e nem de apresentar a documentação exigida neste Edital ao Consórcio.
- b) Nos termos da Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº. 786, de 5 de maio de 2023, da qual dispõe sobre os requisitos para funcionamento dos Laboratórios Clínicos, fica autorizado o credenciamento dos Postos de Coleta;
  - b.1) No ato de credenciamento dos Postos de Coleta, estes deverão apresentar a documentação do Laboratório Clínico que executará as análises clínicas, conforme segue:
    - I – Alvará Sanitário;
    - II - Alvará de Localização e Funcionamento;
    - III - Contrato Social do Laboratório;
    - IV- Cartão CNPJ;
    - V- Contrato particular de prestação e serviços entre o Posto de Coleta e Laboratório Clínico;
    - VI - Documentos citados no Item 6.5.1.6.
- c) É vedado à CREDENCIADA realizar a coleta de materiais laboratoriais dentro das unidades de saúde dos municípios consorciados.

#### **6.5.1.7. DOS ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES**

- a) Comprovação de habilitação do serviço de média e alta complexidade junto ao Ministério da Saúde, por meio de habilitação no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) e/ou a publicação da habilitação do serviço no Diário Oficial da União.

#### **6.5.2. DO PROFISSIONAL QUE EXECUTARÁ OS SERVIÇOS:**

6.5.2.1. A pessoa jurídica deverá indicar o (s) profissional (ais) que executará (ão) os serviços que serão credenciados, apresentando a seguinte documentação:

- a) Documento válido de identificação do profissional (RG e CPF ou CNH).
- b) Comprovante de inscrição no Conselho Regional da Categoria do local onde prestará o serviço;
  - b.1) Se o comprovante pertencer a outra localidade, o profissional terá prazo estabelecido pelos órgãos de classe, sendo aceito o protocolo de solicitação de transferência.
- c) Diplomas e/ou certificados de curso superior e especializações inerentes à área de atuação.



- d) Certificado de Registro de Qualificação de Especialista (RQE) dos profissionais que executarão os procedimentos, em conformidade com a SIGTAP, vinculada no local de prestação dos serviços.
- e) Comprovante de residência atualizado, com validade não superior a 90 (noventa) dias.
- f) Comprovação do cadastro dos profissionais junto ao CNES Cadastro de Estabelecimentos de Saúde, emitido no site <https://cnes.datasus.gov.br>.
- g) Fichas nº 20 e 21 do CNES (ANEXO X) do edital, devidamente preenchidas e assinadas pelo profissional;

## **7. DA VERIFICAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO**

7.1. Os documentos constantes do item 6 serão analisados pela Comissão Especial de Credenciamento, quanto a sua conformidade com o solicitado em edital.

7.2. Todos os documentos relacionados deverão estar dentro do prazo de validade, conforme o caso, e aqueles que não o indicarem devem ter sido emitidos no prazo máximo de 90 (noventa) dias.

7.3. Os documentos poderão ser apresentados em original ou por cópia, em formato digitalizado em PDF de no máximo 10MB, desde que legíveis e passíveis de constatação de veracidade.

7.3.1. Os documentos que não forem enviados no formato previsto no tópico 7.3 serão recusados pela Comissão Especial de Credenciamento.

7.4. A Comissão Especial de Credenciamento, poderá, durante a análise da documentação, convocar os interessados para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários, bem como documentação suplementar.

7.5. Não será credenciada a interessada que não apresentar a documentação válida exigida no presente edital.

7.6. Os documentos apresentados para a habilitação deverão estar em nome do licitante, com número de CNPJ.

- a) Se o licitante for matriz, todos os documentos deverão estar em nome da matriz.
- b) Se for filial, todos documentos deverão estar em nome da filial, exceto aqueles que pela própria natureza ou por determinação legal, forem comprovadamente emitidos apenas em nome da matriz e cuja validade abranja todos os estabelecimentos da empresa.

7.7. Será verificado se o Interessado possui alguma restrição de contratar com a administração pública, no TCU (Tribunal de Contas da união) e no TCE-SC (Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina) e no Tribunal de Contas do seu Estado sede. O Consórcio emitirá um relatório e certidão do Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas (CEIS), bem como do Cadastro Nacional de Empresas Punidas (CNEP).

7.7.1. Caso conste em face do Interessado registro de inidoneidade, em qualquer





ente da administração pública (federal, estadual ou municipal), o mesmo NÃO será credenciado.

- 7.7.2. Registro de suspensão, em qualquer órgão/entidade que não o Consórcio Público de Saúde, não impede a participação no credenciamento;
- 7.7.3. Registro de impedimento de licitar e contratar com o Consórcio, ensejará a inabilitação da proponente;
- 7.7.4. Registro de impedimento de licitar e contratar com os a administração dos entes da federação consorciados, ensejará na inabilitação da proponente;
- 7.8. A Comissão Especial de Credenciamento poderá sanar erros ou falhas que não alterem a substância do requerimento, dos documentos e sua validade jurídica, mediante despacho fundamentado.
- 7.9. A responsabilidade pela veracidade e autenticidade dos documentos apresentados é exclusivamente da interessada.
- 7.10. A Comissão verificará também a existência de vínculos societários, administrativos ou de direção entre empresas interessadas e outras pessoas jurídicas que possuam restrição de contratar com a Administração Pública.
  - 7.10.1 Caso seja identificado vínculo societário entre a interessada e empresa declarada inidônea, suspensa ou impedida, o credenciamento será indeferido ou revogado, sem prejuízo das demais sanções previstas.
  - 7.10.2 Essa verificação compreenderá a análise de quadro societário, contratos sociais, Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ, base de dados do CEIS/CNEP e consultas a outros registros públicos.
  - 7.10.3 A omissão ou a apresentação de informações falsas sobre composição societária ou vínculos de grupo econômico sujeitará a interessada às penalidades cabíveis, inclusive impedimento de contratar com o Consórcio, nos termos dos arts. 156 e 159 da Lei nº 14.133/2021.

## **8. DOS PROCEDIMENTOS E PRAZOS DO CREDENCIAMENTO**

- 8.1. O interessado que atender a todos os requisitos previstos no edital, será habilitado e credenciado, sendo o respectivo Contrato firmado em processo de inexigibilidade de licitação, prevista no inciso IV, do art. 74, da Lei Federal nº 14.133, de 2021.
- 8.2. O Consórcio tem o prazo de até 30 (trinta) dias corridos, contados do recebimento de TODOS os documentos necessários, para análise do pedido de credenciamento e conclusão do processo de contratação, podendo ser prorrogado por igual período mediante solicitação justificada da Comissão Especial de Credenciamento;
- 8.3. O interessado em se credenciar deverá enviar ao Consórcio TODOS os documentos no prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis após o protocolo, podendo ser prorrogado por igual período mediante solicitação, sob pena de cancelamento do





requerimento;

**8.4.** O processo de credenciamento de que trata este Edital obedecerá às seguintes etapas:

- a) Recebimento da documentação exigida em edital;
- b) Análise e Aceite da documentação pela Comissão Especial de Credenciamento;
- c) Instrução e autuação do processo de inexigibilidade;
- d) Homologação, Adjudicação e Ratificação do Processo de inexigibilidade e sua posterior publicação em Diário Oficial e PNCP;
- e) Elaboração de Contrato e envio para as partes assinantes;

**8.5.** O Contrato de prestação de serviços será formalizado de acordo com as condições estabelecidas no Edital, Termo de Referência e minuta do contrato, sendo encaminhado para assinatura da CONTRATADA e devendo retornar no prazo de 05 (cinco) dias corridos contados do seu recebimento, salvo pedido de prorrogação apresentado nesse prazo, devidamente justificado, e acolhido pela Comissão Especial de Credenciamento.

**8.6.** A assinatura do contrato deverá ser realizada exclusivamente na forma eletrônica, por intermédio de Certificado digital ou assinatura validada no próprio sistema de processamento dos credenciamentos, do titular da empresa ou procurador devidamente constituído, dispensada a entrega do contrato impresso.

**8.7.** Da habilitação ou inabilitação, a anulação ou revogação do credenciamento caberá recurso;

- 8.7.1.** A interposição de recurso a habilitação ou inabilitação, a anulação ou revogação do credenciamento, observará o disposto no Art. 165 da Lei nº 14.133/2021;
- 8.7.2.** O prazo recursal é de 3 (três) dias úteis, contados da data de intimação ou da lavratura da Ata de Julgamento de Credenciamento;
- 8.7.3.** Os recursos deverão ser encaminhados em campo próprio do Sistema;
- 8.7.4.** O recurso será dirigido à autoridade que tiver editado o ato ou proferido a decisão recorrida, a qual poderá reconsiderar sua decisão no prazo de 3 (três) dias úteis, ou, neste mesmo prazo, encaminhar recurso para autoridade superior, a qual deverá proferir sua decisão no prazo de 10 (dez) dias úteis, contado do recebimento dos autos;
- 8.7.5.** Os recursos interpostos fora do prazo não serão conhecidos;
- 8.7.6.** O prazo para apresentação de contrarrazões ao recurso pelos demais interessados/credenciados será de 3 (três) dias úteis, contados da data da intimação pessoal ou da divulgação da interposição do recurso, através de sistema eletrônico, assegurada a vista imediata dos elementos indispensáveis à defesa de seus interesses;
- 8.7.7.** O recurso e o pedido de reconsideração não terão efeito suspensivo do ato ou da decisão recorrida até que sobrevenha decisão final da autoridade



competente.

- 8.7.8. No caso de alegação de indisponibilidade do sistema, a interessada deverá comprovar a situação, enviando a documentação pertinente via e-mail ao Consórcio, até o dia que findar o prazo para recurso estipulado.
- 8.7.9. Após o recebimento das provas apresentadas, a Comissão Especial de Credenciamento analisará a documentação e, em até 5 (cinco) dias úteis, informará à interessada, por meio de notificação eletrônica ou outro meio apropriado, sobre o acatamento ou não da análise do recurso.
- 8.7.10. A análise da documentação relativa ao credenciamento levará em consideração a conformidade com os requisitos estabelecidos no edital, a regularidade fiscal e trabalhista, bem como a qualificação técnica e operacional do interessado.
- 8.8. O Consórcio poderá, a qualquer tempo, realizar a **revisão e atualização cadastral** das empresas credenciadas, visando verificar a manutenção das condições de habilitação, regularidade fiscal e técnica, sob pena de suspensão temporária do credenciamento.

## **9. DAS SANÇÕES**

- 9.1. Caberá multa compensatória, sem prejuízo das demais sanções administrativas e indenização suplementar em caso de perdas e danos, ao Interessado que:
- 9.1.1. Apresentar declaração ou documento falso: multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor total contratado, não inferior a 2 (dois) salários mínimos vigentes;
- 9.1.1.1. Cumulado a seção acima, a empresa que apresentar declaração ou documento falso será declarada impedida de contratar com o Consórcio por período não inferior a 12 (doze) meses.
- 9.1.2. Deixar de apresentar documento na fase de saneamento: multa de 5% (cinco por cento) sobre o valor total contratado, não inferior a 50% (cinquenta por cento) do salário mínimo vigente;
- 9.1.3. Descumprir qualquer obrigação contratual ou editalícia: multa de 10% (dez por cento) sobre o valor total contratado, podendo ser cumulada com outras penalidades, se aplicáveis.
- 9.1.4. As sanções por atos praticados no decorrer da contratação estão previstas na minuta do contrato.
- 9.1.5. O interessado terá direito ao contraditório e à ampla defesa antes da imposição das sanções, devendo ser notificado por escrito sobre a infração e o valor da penalidade.
- 9.2. O descumprimento das obrigações editalícias ou contratuais sujeitará a credenciada às sanções administrativas previstas nos arts. 156 a 159 da Lei nº 14.133/2021, garantido o contraditório e a ampla defesa em processo administrativo



específico.

**9.3 A aplicação de sanções observará processo administrativo, com notificação prévia da empresa e prazo de 5 (cinco) dias úteis para defesa e prazo de 10 (dez) dias úteis para recurso em face de decisão proferida.**

## **10. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

**10.1.** O serviço está classificado nos Desdobramentos de elemento de despesa: 1) 3.3.90.30.43 (Material Para Reabilitação Profissional); e 2) 3.3.90.39.50 (Serviços Médico-Hospitalar, Odontológico e Laboratorial), do Programa de Trabalho 103020001.2.002 – Serviços Médicos Especializados, constante da previsão orçamentária dos Municípios Consorciados.

**10.2.** A execução dos serviços dependerá da disponibilidade orçamentária dos Municípios Consorciados, devendo o Credenciado estar ciente de que eventual alteração nas dotações poderá impactar a continuidade dos serviços contratados.

## **11. DA IMPUGNAÇÃO DO EDITAL**

**11.1.** Qualquer interessado, devidamente identificado, poderá impugnar os termos do Edital, tanto pertinente às regras estabelecidas quanto no tocante à descrição do item, no prazo de 3 (três) dias úteis a contar da data de sua publicação.

**11.2.** Será admitida a Impugnação do Edital por meio eletrônico, exclusivamente via plataforma 1Doc (<https://cisamosc.1doc.com.br/b.php?s=cisamosc&pg=o/wp&erro=t>), com a devida confirmação do recebimento ou mediante instrumento escrito e protocolizado em horário de expediente junto ao Setor de protocolos do Consórcio.

**11.3.** Não serão aceitas ou consideradas impugnações apresentadas por intermédio de outro meio não previsto neste Edital e/ou apresentadas fora do prazo legal e/ou subscritas por representante não habilitado legalmente ou não identificado no processo para responder pelo interessado.

**11.3.1** No caso de alegação de indisponibilidade do sistema, a interessada deverá comprovar a situação, enviando a documentação pertinente via *e-mail* ao Consórcio, até o dia que findar o prazo para recurso estipulado.

**11.3.2** Após o recebimento das provas apresentadas, a Comissão Especial de Credenciamento analisará a documentação e, em até 5 (cinco) dias úteis, informará à interessada, por meio de notificação eletrônica ou outro meio apropriado, sobre o acatamento ou não da análise do recurso.

**11.4.** Compete à Diretoria Executiva do Consorcio, no prazo de 3 (três) dias úteis, decidir sobre a Impugnação e, sendo o caso de seu acolhimento, determinar as adequações cabíveis, com nova publicação do Edital.

**11.5.** Em caso de acolhimento da impugnação, os interessados que já apresentaram propostas poderão ser convocados a readequá-las conforme as alterações realizadas no Edital, no prazo que será estipulado pela Comissão.



11.6. A impugnação não suspende o trâmite do certame, exceto se a Diretoria Executiva determinar a suspensão em razão da relevância da questão levantada.

## **12. DISPOSIÇÕES GERAIS**

12.1. Esclarecimentos relativos ao presente edital e seus anexos, serão prestados, exclusivamente via plataforma 1Doc (<https://cisamosc.1doc.com.br/b.php?s=cisamosc&pg=o/wp&erro=t>), bem como excepcionalmente serão dirimidas as dúvidas suscitadas, de segunda a sexta-feira, das 08:00h às 12:00h e das 13:30h às 17:30h, através dos telefones (49) 3199-4900, ou pessoalmente na Sede do Consórcio.

12.2. Mediante Ato do Consórcio, os dispositivos e os valores do presente edital, poderão ser modificados de forma a preservar o interesse público.

12.3. A Diretora Executiva do Consórcio poderá revogar o credenciamento em face de razões de interesse público derivadas de fatos supervenientes devidamente comprovados, pertinente e suficiente para justificar tal conduta, devendo anulá-lo por ilegalidade, de ofício ou por provocação de qualquer pessoa, mediante ato escrito e fundamentado.

12.4. Fica expressamente vedada às Empresas Credenciadas a prestação de serviços diretamente nas Unidades Básicas de Saúde de quaisquer dos Municípios Consorciados, exceto quando a empresa/prestador formalizar esse pedido, que deverá ser aceito pelo município, deferido pelo Consórcio e formalizado por meio de Decreto Municipal. É também proibido o atendimento em endereço que não corresponda ao informado no requerimento de credenciamento (Anexo IV).

12.4.1. O município se responsabiliza por todos os demais encargos relacionados à prestação dos serviços em sua Unidade Básica de Saúde, incluindo a formalização e autorização junto ao consórcio para a possibilidade de prestação de serviços.

12.5. O interessado no cadastramento é responsável pela fidelidade das informações e dos documentos que apresentar.

12.6. A participação no presente credenciamento implica no conhecimento e na aceitação plena deste Edital e suas condições, bem como no comprometimento de prestar os serviços de acordo com as normas, fluxos, protocolos e diretrizes do Sistema Único de Saúde -SUS – e notas técnicas emitidas por este Consórcio.

12.7. Aplicam-se ao presente Credenciamento a Lei Federal nº 14.133/2021, a Resolução do Consórcio nº 047/2023, e demais normas legais pertinentes.

12.8. Os casos omissos serão resolvidos com base nas disposições constantes da Lei Federal nº 14.133/2021, nos princípios de Direito Público e, subsidiariamente, com base em outras Leis que se prestem a suprir eventuais lacunas.

12.9. Quaisquer situações não previstas neste Edital serão analisadas e decididas pela Comissão Especial de Credenciamento, nomeada para este processo.

12.10. Este credenciamento visa à contratação paralela e não excludente de todos os



interessados que preencham as condições do Edital, sendo que a demanda será distribuída, pelos Municípios, conforme os critérios definidos no Art. 4º, da Resolução do Consórcio nº 047/2023, que dispõe sobre o procedimento auxiliar do credenciamento, de que trata a Lei nº 14.133/2021, no âmbito do Consórcio Público Interfederativo de Saúde do Oeste de Santa Catarina.

**12.11.** Ficam revogados todos os demais editais de credenciamentos vigentes até a presente data.

**12.12.** O Consórcio dispõe de serviço de Ouvidoria, através do site [www.cisamosc.sc.gov.br](http://www.cisamosc.sc.gov.br), cujas reclamações serão apuradas pelo Fiscal do Contrato, Equipe de Faturamento/Auditoria e Setor de Controle Interno e tomadas às medidas cabíveis.

**12.13.** Fica eleito o Foro da Comarca de Chapecó, Estado de Santa Catarina, para dirimir quaisquer questões oriundas deste credenciamento, renunciando todos a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

**12.14.** Consórcio se reserva o direito de solicitar, a qualquer tempo, a atualização de documentos e informações dos interessados credenciados, a fim de assegurar a regularidade fiscal, trabalhista e a conformidade com os requisitos técnicos.

**12.15.** O presente Edital e seus anexos poderão ser acessados e baixados na íntegra no site do Consórcio, garantindo a transparência e o amplo acesso à informação.

**12.16.** O Consórcio poderá revogar este chamamento por razões de interesse público devidamente comprovadas, ou anulá-lo por ilegalidade, mediante decisão escrita e fundamentada, sem que caiba indenização aos interessados, nos termos do art. 71 da Lei nº 14.133/2021.

Chapecó/SC, 10 de novembro de 2025

**CONSÓRCIO PÚBLICO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE DO OESTE DE  
SANTA CATARINA**

**JADER ADRIEL DANIELLI**

Presidente





## **ANEXO I ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR (ETP)**

### **1. APRESENTAÇÃO**

O presente Estudo Técnico Preliminar tem como objetivo coletar subsídios necessários a elaboração de Termo de Referência para o credenciamento de pessoas jurídicas interessadas na **CHAMADA PÚBLICA para CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NAS ÁREAS DE ASSISTÊNCIA E ATENDIMENTO MÉDICO EM REGIME AMBULATORIAL OU HOSPITALAR, DE SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA, SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS, EXCLUÍDOS OS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, E FORNECIMENTO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPM'S), COMPLEMENTANDO SERVIÇOS DE SAÚDE OFERTADOS PELA REDE DE SAÚDE PÚBLICA AOS USUÁRIOS DO SISTEMA**

**ÚNICO DE SAÚDE – SUS**, devidamente previstos na Tabela do Consórcio ou sucessivamente, na Tabela SIGTAP, a serem prestados nos consultórios particulares, laboratórios, clínicas/hospitais, nos Ambulatórios Médicos de Especialidades, ofertados à população dos Entes da Federação consorciados ao Consórcio Público Interfederativo de Saúde do Oeste de Santa Catarina.

Considerando a necessidade de serviços de saúde complementares quando não houver serviço próprio ou com capacidade instalada suficiente para atender a Atenção Básica dentro dos territórios, com melhoria do acesso de pacientes que necessitam dessa assistência ambulatorial, procedimentos, consultas, exames laboratoriais e de imagem, incluindo toda a gama de Serviços de Assistência Diagnose e Terapias, conforme normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais da cidadania asseguradas na Constituição Federal/1988, pretende-se com o presente estudo justificar e analisar a viabilidade técnica do credenciamento de pessoas jurídicas para prestação de serviços de saúde nas áreas de assistência e atendimento médico em regime ambulatorial ou hospitalar, de auxiliares de diagnóstico e terapia, serviços odontológicos, excluídos os serviços de urgência e emergência, e fornecimento de órteses, próteses e materiais especiais (OPM's).

Neste sentido, tem-se como propósito atender com eficiência, qualidade, agilidade e, principalmente não deixar nenhuma pessoa desassistida em relação às necessidades dos usuários dos Municípios consorciados.

### **2. DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO**

Compreende-se que as necessidades em saúde são sempre prementes e eventuais demoras podem comprometer gravemente a saúde dos usuários, sendo extremamente importante e necessário a oferta de toda a gama de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico como apoio de diagnósticos assertivos, eficientes e rápidos.





Entende-se, ainda, a necessidade de descentralizar os atendimentos, levando a saúde mais próxima à população, com qualidade, economicidade e resolutividade. Sendo que, a prestação de serviços em saúde em caráter suplementar e complementar à população dos Entes da Federação consorciados ao Consórcio são essenciais para assegurar o atendimento aos usuários de forma eficaz, fomentando o fortalecimento dos serviços em saúde já existentes.

Assim, para atender a grande demanda reprimida por insuficiência na oferta de serviços próprios, reduzindo o tempo de espera para a assistência ao usuário considera-se a necessidade de contratar, em caráter complementar, os serviços médico/laboratoriais/imagem/terapias/hospitalar/odontológico dos estabelecimentos de saúde, clínicas médicas e demais prestadores de serviço com a disponibilização de profissionais técnicos, visando atender às demandas do Município consorciados de maneira apropriada, evitando o agravamento do quadro clínico dos pacientes e garantindo a assistência necessária à recuperação da saúde destes.

O caráter complementar da contratação dos serviços de saúde decorre do fato de o Consórcio não contar com a estrutura apta a realizar todos os procedimentos e serviços indicados no Edital. Portanto, faz-se necessário o credenciamento de pessoas jurídicas para a prestação de serviços de saúde nas áreas de assistência e atendimento médico em regime ambulatorial ou hospitalar, de auxiliares de diagnóstico e terapia, serviços odontológicos, excluídos os serviços de urgência e emergência, e fornecimento de órteses, próteses e materiais especiais (OPMs).

Adicionalmente, ressalta-se a importância de garantir a inclusão de serviços especializados que atendam às especificidades de diferentes grupos populacionais, como crianças, idosos e pessoas com deficiência, assegurando um atendimento mais justo e equitativo. O credenciamento visa não apenas melhorar a capacidade de resposta do sistema de saúde, mas também promover um acesso mais amplo e igualitário aos serviços, contribuindo para a saúde e bem-estar da população atendida.

### **3. DESCRIÇÃO DOS REQUISITOS DA SOLUÇÃO**

Visando dar continuidade no atendimento à população dos Entes da Federação consorciados, apresentam-se os requisitos necessários para o credenciamento de pessoas jurídicas interessadas na prestação de serviços de saúde nas áreas de assistência e atendimento médico em regime ambulatorial ou hospitalar, de auxiliares de diagnóstico e terapia, serviços odontológicos, excluídos os serviços de urgência e emergência, e fornecimento de órteses, próteses e materiais especiais (OPM's), aos usuários do sistema único de saúde – SUS.

#### **Requisitos necessários ao atendimento da necessidade:**

a) Ao aderir ao credenciamento, os participantes se declaram cientes que, por exigência dos órgãos de controle externo, da Lei nº 12.527/2018 – Lei de Acesso à Informação – que realiza o tratamento de dados pessoais pertinentes à qualificação



jurídica, econômico- financeira, tributária e técnica descritas no Edital, para uso exclusivo às finalidades legais e institucionais, conforme disposto na Lei nº 13.709/2018

- Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e no Decreto nº 10.046/2019. Comprometem-se, ainda, a exigir de seus funcionários o mesmo grau de responsabilidade com o manuseio e tratamento de dados sensíveis a que tiverem acesso no cumprimento de suas obrigações contratuais;

b) Poderão participar deste credenciamento as PESSOAS JURÍDICAS que satisfaçam as condições de habilitação e disposições contidas no edital, bem como atenderem as condições procedimentais reguladas por este Consórcio e, também atendam as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório;

c) A participação neste Credenciamento está vinculada à prestação de serviços para TODOS os municípios pertencentes a este Consórcio;

d) A inscrição no processo implica na manifestação de interesse do prestador de serviços em participar do processo de credenciamento junto ao Consórcio Público de Saúde, na data de entrega da documentação, e a mesma estando de acordo com os requisitos do edital, e na aceitação e submissão, independentemente de declaração expressa, a todas as normas e condições estabelecidas no Edital, seus anexos, bem como aos atos normativos pertinentes expedidos pelo Consórcio.

e) Os serviços prestados através deste Edital de Credenciamento deverão atentar-se às normas do Sistema Único de Saúde – SUS, bem como observar as notas técnicas emitidas por este Consórcio.

f) É fundamental que os prestadores de serviços demonstrem a capacidade técnica e operacional, apresentando experiência anterior comprovada na execução de serviços semelhantes, bem como a qualificação adequada de seus profissionais, a fim de garantir a qualidade e segurança dos atendimentos.

#### **Não poderão participar do credenciamento:**

e) Aquele que não atenda às condições deste Edital e seu (s) anexo (s).

f) Pessoa jurídica que se encontre, ao tempo de credenciamento, impossibilitada de participar da licitação em decorrência de sanção que lhe foi imposta e/ou a quem atue em substituição a outra pessoa, física ou jurídica, com o intuito de burlar a efetividade da sanção a ela aplicada, inclusive a sua controladora, controlada ou coligada, desde que devidamente comprovado, em processo administrativo próprio, o ilícito ou a utilização fraudulenta da personalidade jurídica do Interessado no credenciamento.

g) Aquele que mantenha vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com o Presidente do Consórcio e/ou sua Diretora Executiva, ou com empregado público que atue no setor de licitações/credenciamento, na fiscalização ou na gestão do contrato, ou que deles seja



cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau;



- h) Empresas controladoras, controladas ou coligadas, nos termos da Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976, concorrendo entre si;
- i) Pessoa jurídica que, nos 5 (cinco) anos anteriores à divulgação do edital, tenha sido condenada judicialmente, com trânsito em julgado, por exploração de trabalho infantil, por submissão de trabalhadores a condições análogas às de escravo ou por contratação de adolescentes nos casos vedados pela legislação trabalhista.
- j) Esteja cumprindo a penalidade de suspensão temporária de contratar, imposta pelo Consórcio ou pela Administração Direta de um dos entes consorciados;
- k) Tenham sofrido, nos últimos 5 (cinco) anos, sanção de descredenciamento pelo Consórcio Público de Saúde e/ou a quem atue em substituição desta pessoa, física ou jurídica, com o intuito de burlar a efetividade da sanção a ela aplicada, inclusive a sua controladora, controlada ou coligada, desde que devidamente comprovado, em processo administrativo próprio, o ilícito ou a utilização fraudulenta da personalidade jurídica do Interessado no credenciamento.
- l) Esteja cumprindo a penalidade de suspensão temporária de contratar, imposta pelo Consórcio ou pela Administração Direta de um dos entes consorciados;
- m) Tenham sofrido, nos últimos 5 (cinco) anos, sanção de descredenciamento pelo Consórcio Público de Saúde e/ou a quem atue em substituição desta pessoa, física ou jurídica, com o intuito de burlar a efetividade da sanção aplicada, inclusive a sua controladora, controlada ou coligada, desde que devidamente comprovado em processo administrativo próprio, o ilícito ou a utilização fraudulenta da personalidade jurídica do interessado no credenciamento.

#### **4. LEVANTAMENTO DE MERCADO**

Atualmente o Consórcio Público Interfederativo de Saúde do Oeste de Santa Catarina conta com 54 Municípios consorciados, tendo em média um total de 650.000 (seiscentos e cinquenta mil reais) usuários que utilizam deste Consórcio referente ao atendimento complementar da demanda retraída por insuficiência na oferta de serviços próprios. Assim, a solução para a redução do tempo de espera para a assistência ao usuário de forma efetiva e eficaz, evitando o agravamento dos quadros de saúde dos pacientes, torna-se imprescindível e justificável a contratação, em caráter complementar, dos serviços

médico/laboratoriais/imagem/terapias/hospitalar/odontológico dos estabelecimentos de saúde, clínicas médicas e demais prestadores de serviço com a disponibilização de profissionais técnicos, para o atendimento às demandas do Município consorciados de maneira apropriada.

Além do levantamento dessa necessidade, a pesquisa dos valores aplicáveis terá como base de referência a Tabela SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Essa tabela serve como um parâmetro fundamental para assegurar que os valores praticados estejam em conformidade com as normas e diretrizes do SUS, garantindo transparência e responsabilidade na gestão



dos recursos públicos.

É importante ressaltar que a aplicação de valores complementares pelo Consórcio é justificada pela diversidade das necessidades de cada Município consorciado e pelas limitações da realidade local. Esses fatores podem variar de acordo com os tipos de diagnósticos e tratamentos necessários para o cuidado com a saúde da população, incluindo, por exemplo, a variação de custos em regiões distintas, a demanda por serviços especializados e a infraestrutura existente.

Adicionalmente, o Consórcio realizará periodicamente avaliações do mercado para garantir que os serviços contratados atendam às necessidades da população de forma contínua e eficaz, ajustando as contratações sempre que necessário para garantir a qualidade e a eficiência dos atendimentos prestados.

## **5. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO**

A partir dos estudos e análises realizados, optou-se pelo Credenciamento de pessoas jurídicas visando a prestação de serviços de saúde nas áreas de assistência e atendimento médico em regime ambulatorial ou hospitalar, de auxiliares de diagnóstico e terapia, serviços odontológicos, excluídos os serviços de urgência e emergência, e fornecimento de órteses, próteses e materiais especiais (opm's), aos usuários do sistema único de saúde – SUS, a serem prestados nos consultórios particulares, hospitais, laboratórios, clínicas nos Ambulatórios Médicos de Especialidades, entende-se que as contratações contribuirão com a ampliação do atendimento à saúde da população dos Municípios consorciados ao CIS.

Através da modalidade de Credenciamento, assegurando tratamento isonômico aos interessados na prestação dos serviços e negociando-se as condições de atendimento, obtém-se uma melhor qualidade dos serviços além do menor preço, a administração consegue fixar os valores que se dispõe a pagar, os possíveis licitantes não competirão, no estrito sentido da palavra, inviabilizando a competição, uma vez que a todos é assegurada a contratação.

Portanto, essa sistemática pressupõe a pluralidade de interessados e a indeterminação do número de prestadores suficientes para a adequada prestação do serviço e adequado atendimento do interesse público, de forma que quanto mais particulares tiverem interesse na execução do objeto, melhor será atendido o interesse público.

## **6. ESTIMATIVA DAS QUANTIDADES A SEREM CONTRATADAS**

Para a estimativa de quantidades, utilizou-se como referência os procedimentos realizados entre os meses de janeiro a setembro do ano de 2024 pelo Consórcio Público Interfederativo de Saúde do Oeste de Santa Catarina, conforme tabelas (a) e (b), descritas abaixo:

a) Municípios consorciados e população atendida:



| Censo Demográfico 2022: População e Domicílios<br><a href="https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/panorama">https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/panorama</a><br>POPULAÇÃO COLETADA E IMPUTADA NO CENSO DEMOGRÁFICO<br>2022 |                    |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------|
| UF                                                                                                                                                                                                                          | NOME DO MUNICÍPIO  | POP. TOTAL |
| SC                                                                                                                                                                                                                          | Abelardo Luz       | 17 392     |
| SC                                                                                                                                                                                                                          | Águas de Chapecó   | 6 036      |
| SC                                                                                                                                                                                                                          | Águas Frias        | 2 839      |
| SC                                                                                                                                                                                                                          | Alto Bela Vista    | 1 856      |
| SC                                                                                                                                                                                                                          | Arabutã            | 4 378      |
| SC                                                                                                                                                                                                                          | Arvoredo           | 2 510      |
| SC                                                                                                                                                                                                                          | Bom Jesus          | 2 777      |
| SC                                                                                                                                                                                                                          | Campo Erê          | 9 623      |
| SC                                                                                                                                                                                                                          | Caxambu do Sul     | 4 614      |
| SC                                                                                                                                                                                                                          | Chapecó            | 254 781    |
| SC                                                                                                                                                                                                                          | Cordilheira Alta   | 4 781      |
| SC                                                                                                                                                                                                                          | Coronel Freitas    | 10 388     |
| SC                                                                                                                                                                                                                          | Coronel Martins    | 2 065      |
| SC                                                                                                                                                                                                                          | Entre Rios         | 3 402      |
| SC                                                                                                                                                                                                                          | Faxinal dos Guedes | 11 192     |
| SC                                                                                                                                                                                                                          | Formosa do Sul     | 2 682      |
| SC                                                                                                                                                                                                                          | Galvão             | 3 219      |
| SC                                                                                                                                                                                                                          | Guatambu           | 8 425      |
| SC                                                                                                                                                                                                                          | Ipuacu             | 7 501      |
| SC                                                                                                                                                                                                                          | Ipumirim           | 7 816      |
| SC                                                                                                                                                                                                                          | Irani              | 10 195     |
| SC                                                                                                                                                                                                                          | Irati              | 2 069      |
| SC                                                                                                                                                                                                                          | Itá                | 7 067      |
| SC                                                                                                                                                                                                                          | Jaborá             | 4 310      |
| SC                                                                                                                                                                                                                          | Jardinópolis       | 1 776      |
| SC                                                                                                                                                                                                                          | Jupia              | 2 546      |
| SC                                                                                                                                                                                                                          | Lacerdópolis       | 2 248      |
| SC                                                                                                                                                                                                                          | Lajeado Grande     | 1 702      |
| SC                                                                                                                                                                                                                          | Marema             | 2 184      |
| SC                                                                                                                                                                                                                          | Nova Erechim       | 5 155      |
| SC                                                                                                                                                                                                                          | Nova Itaberaba     | 4 536      |
| SC                                                                                                                                                                                                                          | Novo Horizonte     | 2 650      |
| SC                                                                                                                                                                                                                          | Ouro Verde         | 2 181      |
| SC                                                                                                                                                                                                                          | Paial              | 1 927      |
| SC                                                                                                                                                                                                                          | Passos Maia        | 4 034      |





|              |                            |                |
|--------------|----------------------------|----------------|
| SC           | Peritiba                   | 2 992          |
| SC           | Pinhalzinho                | 21 972         |
| SC           | Planalto Alegre            | 2 946          |
| SC           | Ponte Serrada              | 10 649         |
| SC           | Presidente Castello Branco | 1 689          |
| SC           | Quilombo                   | 10 937         |
| SC           | Santiago do Sul            | 1 651          |
| SC           | São Bernardino             | 2 684          |
| SC           | São Carlos                 | 10 282         |
| SC           | São Domingos               | 9 226          |
| SC           | São Lourenço do Oeste      | 24 785         |
| SC           | Seara                      | 18 620         |
| SC           | Serra Alta                 | 3 303          |
| SC           | Sul Brasil                 | 2 832          |
| SC           | União do Oeste             | 2 774          |
| SC           | Vargeão                    | 3 634          |
| SC           | Xanxerê                    | 51 607         |
| SC           | Xavantina                  | 3 653          |
| SC           | Xaxim                      | 31 918         |
| <b>TOTAL</b> |                            | <b>641 011</b> |

b) Procedimentos e quantidades realizadas de 01/2024 a 10/2024:

| ITEM | DESCRIÇÃO                                                            | QUANTIDADE |
|------|----------------------------------------------------------------------|------------|
| 1    | ANATOMIA PATOLÓGICA                                                  | 9370       |
| 2    | ANÁLISES CLÍNICAS                                                    | 400156     |
| 3    | BIÓPSIAS – CÓDIGOS ATÉ 4 NÓDULOS                                     | 779        |
| 4    | CARDIOLOGIA                                                          | 18324      |
| 5    | CINTILOGRAFIA                                                        | 1556       |
| 6    | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS                                             | 3537       |
| 7    | ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPM's) – PRÓTESES AUDITIVAS | 2097       |
| 8    | CONSULTA ESPECIALIZADA                                               | 90089      |
| 9    | DENSITOMETRIA                                                        | 1451       |
| 10   | DERMATOLOGIA                                                         | 8379       |
| 11   | FISIOTERAPIA                                                         | 32046      |
| 12   | FONOAUDIOLOGIA                                                       | 1152       |
| 13   | GASTROENTEROLOGIA                                                    | 6824       |
| 14   | GINECOLOGIA                                                          | 1344       |
| 15   | INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA                                              | 266        |



|              |                       |               |
|--------------|-----------------------|---------------|
| 16           | NEUROLOGIA            | 3871          |
| 17           | NUTRICIONISTA         | 1541          |
| 18           | ÓCULOS                | 2908          |
| 19           | ODONTOLOGIA           | 97            |
| 20           | OFTALMOLOGIA          | 24953         |
| 21           | ORTOPEDIA             | 103           |
| 22           | OTORRINOLARINGOLOGIA  | 782           |
| 23           | OZONIOTERAPIA         | 1713          |
| 24           | PNEUMOLOGIA           | 3678          |
| 25           | PSICOLOGIA            | 10628         |
| 26           | PSIQUIATRIA           | 5127          |
| 27           | RADIODIAGNOSTICO      | 14384         |
| 28           | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | 11365         |
| 29           | REUMATOLOGIA          | 47            |
| 30           | TERAPIA OCUPACIONAL   | 1293          |
| 31           | TESTES ALERGÊNICOS    | 65            |
| 32           | TOMOGRAFIAS           | 7634          |
| 33           | ULTRASSONOGRAMAS      | 39122         |
| 34           | UROLOGIA              | 803           |
| <b>TOTAL</b> |                       | <b>717541</b> |

Fonte: Rang Tecnologia LTDA.

## 7. ESTIMATIVA DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

Com base na pesquisa realizada e na análise destes dados, o valor total estimado para um período de 12 (doze) meses será de R\$ 94.368.078,32 (noventa e quatro milhões, trezentos e sessenta e oito mil, setenta e oito reais trinta e dois centavos), seguindo valores previstos na Tabela do Consórcio e/ou sucessivamente, na Tabela SIGTAP, tendo como base de referência a média mensal, calculada sobre os meses de janeiro a setembro ano de 2024, conforme quadro abaixo, acrescido do percentual de crescimento conforme previsão orçamentária de 40% para ano/2025, conforme quadros abaixo:

a) Valores gastos no período de janeiro a setembro de 2024

| ITEM | DESCRIÇÃO                        | VALOR 01/2024 A<br>09/2024 |
|------|----------------------------------|----------------------------|
| 1    | ANATOMIA PATOLOGIA               | R\$ 786.136,58             |
| 2    | ANÁLISES CLÍNICA                 | R\$ 3.224.765,76           |
| 3    | BIÓPSIAS - CÓDIGOS ATÉ 4 NÓDULOS | R\$ 223.340,60             |
| 4    | CARDIOLOGIA                      | R\$ 2.760.085,25           |
| 5    | CINTILOGRAFIA                    | R\$ 786.020,31             |



|              |                                                                      |                          |
|--------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 6            | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS                                             | R\$ 4.928.789,78         |
| 7            | ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPM's) – PRÓTESES AUDITIVAS | R\$ 708.243,47           |
| 8            | DERMATOLOGIA                                                         | R\$ 1.274.884,28         |
| 9            | FISIOTERAPIA                                                         | R\$ 929.823,30           |
| 10           | GASTROENTEROLOGIA                                                    | R\$ 2.593.943,37         |
| 11           | GINECOLOGIA                                                          | R\$ 132.985,00           |
| 12           | NUTRICIONISTA                                                        | R\$ 48.311,50            |
| 13           | OTORRINOLARINGOLOGIA                                                 | R\$ 92.763,75            |
| 14           | OFTALMOLOGIA                                                         | R\$ 2.095.649,40         |
| 15           | PSICOLOGIA                                                           | R\$ 598.511,30           |
| 16           | PSIQUIATRIA                                                          | R\$ 756.232,50           |
| 17           | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA                                                | R\$ 3.356.585,10         |
| 18           | ÓCULOS                                                               | R\$ 537.036,00           |
| 19           | PNEUMOLOGIA                                                          | R\$ 986.472,23           |
| 20           | TESTES ALERGÊNICOS                                                   | R\$ 34.740,00            |
| 21           | TERAPIA OCUPACIONAL                                                  | R\$ 180.560,50           |
| 22           | TOMOGRAFIA                                                           | R\$ 1.545.996,00         |
| 23           | UROLOGIA                                                             | R\$ 299.836,00           |
| 24           | INTERNAÇÃO PSIQUIATRICA                                              | R\$ 31.920,00            |
| 25           | ODONTOLOGIA                                                          | R\$ 58.510,00            |
| 26           | CONSULTA ESPECIALIZADA                                               | R\$ 11.020.125,00        |
| 27           | RADIODIAGNÓSTICO                                                     | R\$ 510.973,96           |
| 28           | DENSITOMETRIA                                                        | R\$ 158.478,22           |
| 29           | FONOAUDIOLOGIA                                                       | R\$ 505.292,64           |
| 30           | NEUROLOGIA                                                           | R\$ 1.193.121,98         |
| 31           | ORTOPEDIA                                                            | R\$ 11.946,44            |
| 32           | OZONIOTERAPIA                                                        | R\$ 450.070,00           |
| 33           | REUMATOLOGIA                                                         | R\$ 10.340,00            |
| 34           | ULTRASSONOGRAFIA                                                     | R\$ 3.327.619,02         |
| <b>TOTAL</b> |                                                                      | <b>R\$ 45.265.278,32</b> |

Fonte: Rang Tecnologia LTDA.

b) Estimativa de Valores 2025:

| ITEM | DESCRIÇÃO          | Projeção para 12 meses |
|------|--------------------|------------------------|
| 1    | ANATOMIA PATOLOGIA | R\$ 736.968,90         |
| 2    | ANÁLISES CLÍNICA   | R\$ 6.189.308,60       |
| 3    | BIOPSIAS           | R\$ 428.463,63         |
| 4    | CARDIOLOGIA        | R\$ 4.851.811,15       |



|              |                                                 |                          |
|--------------|-------------------------------------------------|--------------------------|
| 5            | CINTILOGRAFIA                                   | R\$ 1.465.013,86         |
| 6            | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS                        | R\$ 17.859.915,45        |
| 7            | ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPM's) | R\$ 703.717,50           |
| 7            | DERMATOLOGIA                                    | R\$ 938.475,00           |
| 8            | FISIOTERAPIA                                    | R\$ 1.756.238,30         |
| 9            | GASTROENTEROLOGIA/PROCTOLOGIA                   | R\$ 5.276.922,85         |
| 10           | GINECOLOGIA                                     | R\$ 174.550,00           |
| 11           | NUTRICIONISTA                                   | R\$ 74.010,00            |
| 12           | OTORRINOLARINGOLOGIA                            | R\$ 145.147,42           |
| 13           | OFTALMOLOGIA                                    | R\$ 3.370.702,62         |
| 14           | PSICOLOGIA                                      | R\$ 998.897,50           |
| 15           | PSIQUIATRIA                                     | R\$ 1.225.500,00         |
| 16           | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA                           | R\$ 5.724.430,00         |
| 17           | ÓCULOS                                          | R\$ 889.500,00           |
| 18           | PNEUMOLOGIA                                     | R\$ 1.485.345,40         |
| 19           | TERAPIA OCUPACIONAL                             | R\$ 305.908,50           |
| 20           | TOMOGRAMIA                                      | R\$ 2.522.414,00         |
| 21           | UROLOGIA                                        | R\$ 490.750,00           |
| 22           | INTERNAÇÃO PSIQUIATRICA                         | R\$ 105.600,00           |
| 23           | ODONTOLOGIA                                     | R\$ 236.175,00           |
| 24           | CONSULTA ESPECIALIZADA                          | R\$ 22.207.300,00        |
| 25           | RADIODIAGNÓSTICO                                | R\$ 984.260,00           |
| 26           | DENSITOMETRIA                                   | R\$ 247.288,80           |
| 27           | FONOAUDIOLOGIA                                  | R\$ 761.795,66           |
| 28           | NEUROLOGIA                                      | R\$ 1.886.797,32         |
| 29           | ORTOPEDIA                                       | R\$ 21.600,00            |
| 30           | OZONIOTERAPIA                                   | R\$ 694.050,00           |
| 31           | REUMATOLOGIA                                    | R\$ 17.160,00            |
| 32           | ULTRASSONOGRAFIA                                | R\$ 7.196.520,70         |
| 33           | MEDICINA HIPERBÁRICA                            | R\$ 5.600,00             |
| 34           | EXAMES DENGUE E COVID 19                        | R\$ 334.600,00           |
| <b>TOTAL</b> |                                                 | <b>R\$ 94.368.078,32</b> |

## **8. JUSTIFICATIVAS PARA O PARCELAMENTO OU NÃO DA SOLUÇÃO**



Considerando tratar-se de prestação de atendimento contínuo, entende-se que a solução é passível de parcelamento com execução mensal, por período de 12 meses. Além disso, o parcelamento pode facilitar a realização de ajustes ao longo do contrato, garantindo que as necessidades emergentes da população sejam atendidas de forma eficiente. A possibilidade de revisões periódicas permite também uma avaliação constante da qualidade dos serviços prestados, promovendo melhorias contínuas e assegurando a efetividade das ações de saúde.

## **9. DEMONSTRAÇÃO DO ALINHAMENTO ENTRE A CONTRATATAÇÃO E O PLANEJAMENTO**

Embora o Consórcio ainda não conte com Plano Anual de Contratação, na formado do artigo 12 da Lei Federal 14.133/2021, o lançamento do presente Edital de Credenciamento está alinhado com a proposta de gestão adotada pelo Consórcio Público Interfederativo de Saúde do Oeste de Santa Catarina, já consolidada, de ações de interesse comum dos Municípios consorciados, com os seguintes objetivos:

Delimitar as necessidades de serviços em saúde a partir da série histórica de contratações dos exercícios anteriores;

Delimitar as necessidades de serviços relatadas pelos Municípios Consorciados, a partir da análise de seus respectivos históricos de contratações;

Quantificar numericamente a dimensão dos itens/serviços necessários, de forma condizente com as definições a que se referem as alíneas anteriores;

Identificar oportunidades de melhorar a economia de escala e aprimorar os processos de trabalho;

Otimizar e racionalizar a aplicação dos recursos públicos, atendendo ao princípio da transparência e possibilitando o melhor conhecimento das necessidades anuais e melhorar a prestação de contas,

Contribuir para o escalonamento dos objetos em níveis de prioridade.

Servir como parâmetro de controle e avaliação da atuação do Consórcio visando à eficácia no cumprimento de seus objetivos e finalidades.

Esses objetivos ressaltam a importância de um planejamento estratégico que não apenas atenda às demandas imediatas, mas também prepare o Consórcio para os desafios futuros na prestação de serviços de saúde.

## **10. RESULTADOS PRETENDIDOS**

A administração pública busca, através das contratações públicas, e principalmente através de consórcio público, a parametrização dos atendimentos de especialidades, a equidade, economicidade, eficiência e resolutividade.

Estima-se que, com o credenciamento de profissionais/técnicos para o atendimento dos 54 Municípios consorciados, em média **650.000** pessoas que serão assistidas dentro dos preceitos anteriormente destacados, com assistência integral nas áreas: Consultas



de Especialidades; Exames clínicos e de imagem; Exames Laboratoriais; Procedimentos Ambulatoriais; Terapias; Serviços Odontológicos; Procedimentos Cirúrgicos Eletivos; Órteses, Próteses e Materiais Especiais; Serviços Complementares Especializados.

A realização de ações que visem a melhor qualidade de vida, com a diminuição de doenças, e a prevenção dos agravos, trará resultados significativos, como:

- a) Redução do tempo de espera para atendimento, promovendo uma assistência mais ágil e eficaz.
- b) Aumento da satisfação da população com os serviços de saúde oferecidos, contribuindo para a confiança no sistema público.
- c) Melhoria dos indicadores de saúde, com a detecção precoce de doenças e o acompanhamento adequado das condições de saúde da população.
- d) Integração dos serviços de saúde, facilitando o acesso a uma gama mais ampla de atendimentos e serviços especializados.

## **11. PROVIDÊNCIAS PRÉVIAS A CELEBRAÇÃO DO CONTRATO**

O Consórcio Público Interfederativo de Saúde do Oeste de Santa Catarina será responsável pela orientação dos contratados em relação aos procedimentos, desde o uso do sistema, o agendamento, faturamento até a emissão de Nota Fiscal para pagamento.

Também, o Consórcio tem a responsabilidade de regular a execução dos contratos, realizando a supervisão dos prestadores quanto às regras e normas exigidas.

## **12. CONTRATAÇÕES CORRELATAS OU INTERDEPENDENTES**

Não há contratações correlatas nem interdependentes para a viabilidade desta demanda. Contudo, é importante ressaltar que os serviços contratados deverão ser integrados com as demais ações de saúde pública já em curso nos Municípios, garantindo uma abordagem holística ao atendimento dos usuários do SUS.

## **13. CONCLUSIVO SOBRE A VIABILIDADE E RAZOABILIDADE DA CONTRATAÇÃO**

Conforme resultado do presente estudo técnico preliminar, conclui-se pela viabilidade do credenciamento de pessoas jurídicas visando a prestação de serviços de saúde nas áreas de assistência e atendimento médico em regime ambulatorial ou hospitalar, de auxiliares de diagnóstico e terapia, serviços odontológicos, excluídos os serviços de urgência e emergência, e fornecimento de órteses, próteses e materiais especiais (OPM's), aos usuários do sistema único de saúde – SUS.

## **14. ASSINATURA EQUIPE DE CONTRATAÇÃO**

Subscrevem o presente ETP os membros da Equipe de Planejamento da Contratação.





Chapecó/SC, 10 de novembro de 2025.

**COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO E CONTRATOS**



**ANEXO II  
TERMO DE  
REFERÊNCIA**

**1. OBJETO**

Processo Administrativo de **CHAMADA PÚBLICA** para **CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NAS ÁREAS DE ASSISTÊNCIA E ATENDIMENTO MÉDICO EM REGIME AMBULATORIAL OU HOSPITALAR, DE SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA, SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS, EXCLUÍDOS OS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, E FORNECIMENTO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPM'S), COMPLEMENTANDO SERVIÇOS DE SAÚDE OFERTADOS PELA REDE DE SAÚDE PÚBLICA AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.**

O objeto a ser contratado enquadra-se na classificação de Serviços Comuns, com padrões de desempenho e qualidade definidos por meio de especificações usuais do mercado. A prestação dos serviços não gera vínculo empregatício entre os empregados da Contratada, Consórcio Contratante e Entes da Federação Consorciados, vedando-se qualquer relação entre estes que caracterize pessoalidade e subordinação direta.

O edital terá vigência pelo período de 12 (doze) meses, contados da data da publicação do aviso de abertura, podendo ser prorrogado automaticamente, por igual e sucessivos períodos.

**2. FUNDAMENTAÇÃO E DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO**

CONSIDERANDO o interesse em dispor de uma rede de serviços de saúde mais ampla; CONSIDERANDO a necessidade de contratar, de forma complementar, serviços de assistência à saúde (artigo 24, da Lei nº 8.080/90), no âmbito do Consórcio; CONSIDERANDO a Lei nº 14.133, de 2021, que estabelece normas gerais sobre licitações e contratos administrativo;

CONSIDERANDO a Portaria MS/GM nº. 3.277, de 22 de dezembro de 2006 que prevê a complementariedade na contratação de instituições privadas para a prestação de serviços de saúde, conforme seus Art. 3º e 6º.

CONSIDERANDO a necessidade de potencializar a qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento à população;

CONSIDERANDO a necessidade de melhorar o serviço ofertado ao usuário SUS com assistência humanizada;



CONSIDERANDO a necessidade de implantar um modelo de gerência voltado para resultados;

CONSIDERANDO a necessidade de serviços de cirurgias eletivas de média e alta complexidade e com melhoria do acesso de pacientes que necessitam dessa assistência hospitalar/ambulatorial, conforme normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais da cidadania asseguradas na Constituição Federal/1988;

CONSIDERANDO a necessidade de contratar, em caráter complementar, os serviços médico-hospitalar dos estabelecimentos hospitalar/clínica médica e demais prestadores de serviço com a disponibilização de profissionais cirurgiões e anestesistas, visando atender às demandas do Município consorciados ao Consorcio Público de Saúde de maneira tempestiva, evitando o agravamento dos quadros de saúde dos pacientes e garantindo a assistência necessária à recuperação da saúde destes;

CONSIDERANDO as necessidades em saúde são sempre prementes e eventuais demoras em realizar procedimentos cirúrgicos pode comprometer gravemente a saúde dos usuários;

CONSIDERANDO a necessidade de atender à grande demanda reprimida por insuficiência na oferta de cirurgias eletivas de média e alta complexidade, reduzindo o tempo de espera para a realização desses procedimentos;

CONSIDERANDO os valores dispostos pelo Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP);

CONSIDERANDO a fixação dos valores aos procedimentos cirúrgicos eletivos, na proporção de duas vezes e meia o valor da tabela SIGTAP conforme valores praticados no mercado na região oeste do estado de Santa Catarina e Estado do Paraná.

CONSIDERANDO que a identificação do profissional que realiza o procedimento cirúrgico eletivo em nome da Contratada, e a segregação de valor (do estabelecimento e do profissional) permite ao Consórcio melhor controle e transparência no emprego dos recursos públicos, agilidade na realização dos procedimentos cirúrgicos e a remuneração efetiva do profissional médico;

Dessa forma se faz necessária a elaboração do presente Chamamento público.

### **3. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO**

3.1 A solução proposta é o credenciamento de pessoas jurídicas interessadas em formalizar credenciamento para prestação de serviços de saúde nas áreas de assistência e atendimento médico em regime ambulatorial ou hospitalar, de auxiliares de diagnóstico e terapia, serviços odontológicos, excluídos os serviços de urgência e emergência, e fornecimento de órteses, próteses e materiais especiais (OPM'S), aos usuários do sistema único de saúde – SUS, de acordo com os termos presentes neste edital e anexos.



#### **4. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO**

4.1 A empresa interessada deverá:

4.1.1 Oferecer proposta que atenda aos parâmetros definidos para o objeto da licitação.

4.1.2 Apresentar declaração de que tem pleno conhecimento das condições necessárias para a prestação do serviço.

4.1.3 Possuir local para realização dos serviços, compatível e com todas as condições técnicas adequadas e necessárias ao cumprimento e execução dos serviços de saúde. O local deverá seguir as normas sanitárias e os padrões para a fiel execução deste instrumento, exigidos por lei.

4.1.4 Manter no local indicado no item 4.1.3 no mínimo um profissional habilitado, além de equipamentos e materiais necessários para a realização dos procedimentos que forem solicitados pelo contratante.

4.1.5 Realizar os procedimentos no prazo máximo de 60 (sessenta) dias do encaminhamento da requisição.

4.1.6 Responsabilizar-se pela emissão de laudo dos procedimentos diagnósticos realizados, devendo disponibilizá-los para o usuário em meio físico, para retirada no local da prestação do serviço e/ou em meio eletrônico, por meio acesso codificado disponibilizado ao requisitante ou seu responsável, no prazo máximo de 04 (quatro) dias úteis.

4.1.7 Responsabilizar-se pelo resultado dos procedimentos, assumindo para si quaisquer prejuízos que venha a causar em decorrência dos resultados apresentados por falhas nos procedimentos e laudos ou danos de qualquer natureza causados aos pacientes.

4.1.8 Guardar sigilo sobre todos os assuntos que, em decorrência dos serviços que deva executar, lhe forem confiados.

4.1.9 Apresentar no final de cada mês, as requisições dos procedimentos realizados e a respectiva Nota Fiscal para cobrança.

4.1.9.1 As pessoas jurídicas amparadas por isenção, não incidência ou alíquota zero devem informar essa condição no documento fiscal, inclusive o enquadramento legal, sob pena de, se não o fizerem, sujeitarem-se à retenção do IR e das contribuições sobre o valor total do documento fiscal, no percentual total correspondente à natureza do bem ou serviço.

4.2 A contratação será realizada por meio de licitação, na modalidade de credenciamento público.

4.3 Os serviços estarão disponíveis para execução a contar da data de assinatura do Contrato Administrativo.

4.4 Para prestação dos serviços pretendidos os eventuais interessados deverão comprovar que atuam em ramo de atividade compatível com o objeto da licitação, bem como apresentar os documentos a título habilitação, previstos nos termos do art. 62 da



Lei Federal nº 14.133/2021.

4.5 A credenciada será responsável pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e outros, resultantes da fiel execução do objeto, ficando o contratante isento de qualquer vínculo empregatício decorrente da execução do objeto.

4.6 A data agendada pelo contratante para realização do(s) procedimento(s) deverá ser respeitada pelo contratado, executando o(s) procedimento(s) sem remarcações, salvo casos devidamente justificados ao fiscal do contrato.

## **5. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO**

O modelo de credenciamento permitirá a participação de diversas instituições, proporcionando um ambiente competitivo que favorece a melhoria contínua dos serviços.

5.1 A credenciada somente prestará o serviço mediante a apresentação de guia obrigatoriamente autorizada pela Secretaria de Saúde do Ente da Federação Consorciado, acompanhada do devido pedido/encaminhamento médico, não se responsabilizando o Consórcio e Ente da Federação Consorciado pelos procedimentos realizados sem os documentos mencionados.

5.2 A credenciada deverá observar os padrões técnicos de qualidade na prestação dos serviços. Ficando constatada a má-qualidade na execução dos serviços, obriga-se a credenciada a refazê-lo, sem qualquer custo adicional para o Ente da Federação Consorciado. Neste caso, poderá ainda ser aplicada sanção, uma vez constatada qualquer hipótese que lhe dê ensejo.

5.3 O local de realização dos procedimentos disposto pela credenciada atender as condições de acessibilidade, bem como possuir área física adequada a pacientes com limitações físicas e motoras.

5.4 A credenciada compromete-se a prestar aos usuários dos serviços de saúde dos municípios consorciados, tratamento idêntico e com o mesmo padrão de eficiência do dispensado aos usuários particulares, constituindo causa para rescisão imediata Contrato Administrativo qualquer tipo de discriminação.

5.5 É expressamente vedada, em qualquer circunstância, por parte da credenciada a retenção e/ou exigência de apresentação de qualquer documento adicional aos que estão elencados neste item, aposição de assinatura em guia e/ou documento em branco ou de garantia de qualquer espécie, bem como cobrança de qualquer importância a título de honorários, de depósito e/ou caução de qualquer natureza pelos serviços solicitados e/ou prestados ao usuário, concernentes aos procedimentos autorizados pelos Ente da Federação Consorciados.

5.6 A interrupção do atendimento por iniciativa da credenciada, sem motivo justificado será considerado como abandono, sujeitando-a as penalidades previstas do Edital e/ou Contrato Administrativo e na legislação que rege a matéria.

5.7 O serviço, mesmo depois de realizado e aceito poderá ser refeito, desde que



comprovada a existência de má-fé do prestador ou condições inadequadas de realização que comprometam a integridade do resultado final dos procedimentos.

5.8. Fica expressamente vedada às Empresas Credenciadas a prestação de serviços diretamente nas Unidades Básicas de Saúde de quaisquer dos Municípios Consorciados, exceto quando a empresa/prestador formalizar esse pedido, que deverá ser aceito pelo município, deferido pelo Consorcio e formalizado por meio de Decreto Municipal. É também proibido o atendimento em endereço que não corresponda ao informado no requerimento de credenciamento (Anexo IV).

## **6 MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO**

6.1 O contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas e as normas da Lei nº 14.133, de 2021, e cada parte responderá pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

6.2 As comunicações entre o órgão ou entidade e o contratado devem ser realizadas por escrito sempre que o ato exigir tal formalidade, admitindo-se o uso de mensagem eletrônica para tais fins, através da plataforma web disponibilizada pelo Consórcio.

6.3 O Contratante poderá convocar representante da empresa para adoção de providências que devam ser cumpridas de imediato.

6.4 A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada pelo fiscal do contrato, com o apoio do Setor de Faturamento/ Auditoria do Consórcio, ou pelos respectivos substitutos.

6.5 O fiscal do contrato, com o apoio do Setor de Faturamento/Auditoria do Consórcio, acompanhará a execução do contrato, para que sejam cumpridas todas as condições estabelecidas no contrato, de modo a assegurar os melhores resultados para a Administração, em relação ao aspecto técnico do serviço.

6.6 O fiscal do contrato, com o apoio do Setor de Faturamento/ Auditoria do Consórcio, verificará a manutenção das condições de habilitação do contratado, acompanhará o empenho, o pagamento, as garantias, as glosas e a formalização de apostilamento e termos aditivos, solicitando quaisquer documentos comprobatórios pertinentes, caso necessário.

6.7 Será promovida uma avaliação de satisfação dos usuários dos serviços prestados, a ser realizada pelo Consórcio, com o intuito de medir a qualidade do atendimento e identificar áreas de melhoria. Os resultados da avaliação serão utilizados para ajustes e aprimoramento dos serviços.

## **7. CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E PAGAMENTO**

7.1 A avaliação da execução do objeto se dará por meio de relatório mensal dos procedimentos realizados, com a discriminação da quantidade, dos tipos de procedimentos realizados e uma via da guia de autorização emitida pelo Ente da Federação Consorciado, devidamente acompanhada dos documentos pertinentes.





7.2 O pagamento pelos procedimentos será realizado em única parcela mensal correspondente ao somatório das prestações realizadas no mês.

7.3 Será indicada a retenção ou glosa no pagamento, proporcional à irregularidade verificada, sem prejuízo das sanções cabíveis, caso se constate que o Contratado:

I. Não produzir os resultados acordados;

II. Deixar de executar, ou não executar com a qualidade mínima exigida as atividades contratadas; ou deixar de utilizar materiais e recursos humanos exigidos para a execução do serviço, ou utilizá-los com qualidade ou quantidade inferior à demandada.

III. Deixar de manter a regularidade fiscal (apresentação de CNDs válidas na data do pagamento).

7.4 A retenção ou glosa no pagamento não afasta o direito da Administração em exigir o refazimento do serviço quando possível.

7.5 A aferição da execução contratual para fins de pagamento considerará os documentos apresentados pelo setor de Faturamento/Auditoria.

7.6 Para efeito de recebimento provisório, ao final de cada período de faturamento, o fiscal do contrato, com apoio do Setor de Faturamento/ Auditoria do Consórcio, irá apurar o resultado das avaliações da execução do objeto e, se for o caso, a análise do desempenho e qualidade da prestação dos serviços realizados que poderá resultar no redimensionamento de valores a serem pagos ao contratado, registrando em relatório.

7.7 Os serviços poderão ser rejeitados, no todo ou em parte, quando em desacordo com as especificações constantes neste Termo de Referência, proposta e contrato administrativo, sem prejuízo da aplicação das penalidades.

7.8 O Setor de Faturamento/Auditoria deverá comunicar a empresa para que emita a Nota Fiscal, com o valor exato dimensionado pela medição mensal.

7.9 O recebimento provisório ou definitivo não excluirá a responsabilidade civil pela solidez e pela segurança do serviço nem a responsabilidade ético-profissional pela perfeita execução do contrato.

7.10 Recebido a Nota Fiscal e os documentos que comprovam a regularidade fiscal do credenciado, o pagamento será efetuado até o último dia útil do mês subsequente à execução dos serviços.

7.11 Para fins de liquidação, o fiscal do contrato, com apoio do Setor de Contabilidade do Consórcio, deve verificar se a Nota Fiscal apresentada expressa os elementos necessários e essenciais do documento, tais como:

a) o prazo de validade;

b) a data da emissão;

c) os dados do contrato e do órgão contratante;

d) o período respectivo de execução do contrato;

e) o valor a pagar; e

f) eventual destaque do valor de retenções tributárias cabíveis.



7.12 Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal, ou circunstância que impeça a liquidação da despesa na data estabelecida no contrato administrativo, esta ficará sobrestada até que o contratado providencie as medidas saneadoras, postergando o pagamento para próxima competência, sem ônus à contratante;

7.13 O pagamento será realizado através de ordem bancária, para crédito em banco, agência e conta corrente indicados pelo contratado.

7.14 Por força do contido no Decreto Federal nº 7.507/2011, para pagamento dos valores devidos, a empresa preferencialmente deverá manter conta corrente no Banco do Brasil S.A., ou em caso de a conta ser de outra instituição bancária, as tarifas decorrentes da transferência, serão descontados dos valores devidos ao fornecedor.

7.15 Será considerada data do pagamento o dia em que constar como emitida a ordem bancária para pagamento.

7.16 Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável.

7.16.1 Independentemente do percentual de tributo inserido na planilha, quando houver, serão retidos na fonte, quando da realização do pagamento, os percentuais estabelecidos na legislação vigente.

7.17 O contratado regularmente optante pelo Simples Nacional, nos termos da Lei Complementar nº 123, de 2006, não sofrerá a retenção tributária quanto aos impostos e contribuições abrangidos por aquele regime. No entanto, o pagamento ficará condicionado à apresentação de comprovação, no início de cada exercício financeiro, por meio de documento oficial, de que faz jus ao tratamento tributário favorecido previsto na referida Lei Complementar.

7.18 A presente contratação não permite a antecipação de pagamento.

## **8. FORMA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR**

8.1 Cumpridas as condições de habilitação pelo Edital, o critério de seleção é o previsto no art. 79, inciso II, da Lei Federal nº 14.133/2021, ou seja, com seleção a critério de terceiros, caso em que a seleção do contratado ficará a cargo do beneficiário direto da prestação (entes federativos consorciados e/ou seus municípios).

8.2 Além da habilitação, a seleção levará em consideração critérios de qualidade técnica, capacidade de atendimento, e cumprimento de prazos. Serão consideradas as avaliações e feedbacks dos usuários dos serviços, quando disponíveis.

8.3 A seleção será realizada com total transparência, garantindo a publicidade dos atos e dos resultados do processo de seleção, conforme as diretrizes da Lei de Acesso à Informação.

## **9. ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

9.1 As despesas decorrentes da presente contratação correrão à conta de recursos



específicos consignados no Orçamento Geral do Consórcio Público Interfederativo de Saúde do Oeste de Santa Catarina.

9.2 A contratação será atendida pelas seguintes dotações orçamentárias: Desdobramento de elemento de despesa:

- 1) 3.3.90.30.43 (Material Para Reabilitação Profissional); e
- 2) 3.3.90.39.50 (Serviços Médico- Hospitalar, Odontológico e Laboratorial), do Programa de Trabalho 103020001.2.002 – Serviços Médicos Especializados, constantes da previsão orçamentária dos Municípios Consorciados.

9.3 A dotação relativa aos exercícios financeiros subsequentes será indicada após aprovação da Lei Orçamentária respectiva e liberação dos créditos correspondentes, mediante apostilamento.

9.4 Caso ocorram mudanças significativas nas necessidades de saúde ou na disponibilidade de recursos, o Consórcio poderá realizar ajustes orçamentários conforme necessário, sempre em conformidade com as legislações vigentes e após a devida justificação e autorização.

**Chapecó/SC, 10 de novembro de 2025.**

## **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO E CONTRATOS**

**PLANILHA MACRORREGIÃO OESTE DE SANTA CATARINA**

**ANATOMIA PATOLÓGICA**

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                                                                                                         | VALOR SUS  | VALOR COMP | VALOR CIS  |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|------------|
| 02.03.01.001-9 | EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA                                                                      | R\$ 13,72  | R\$ 1,28   | R\$ 15,00  |
| 02.03.01.002-7 | EXAME CITOPATOLÓGICO HORMONAL SERIADO (MÍNIMO 3 COLETAS)                                                             | R\$ 20,96  | R\$ 27,35  | R\$ 48,31  |
| 02.03.01.003-5 | EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL E DE MAMA)                                                                | R\$ 20,96  | R\$ 9,04   | R\$ 30,00  |
| 02.03.01.004-3 | EXAME CITOPATOLÓGICO DE MAMA                                                                                         | R\$ 35,34  | R\$ -      | R\$ 35,34  |
| 02.03.01.008-6 | EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA-RASTREAMENTO                                                         | R\$ 14,37  | R\$ -      | R\$ 14,37  |
| 02.03.02.001-4 | DETERMINAÇÃO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIS                                                                        | R\$ 93,70  | R\$ -      | R\$ 93,70  |
| 02.03.02.002-2 | EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO DO COLO UTERINO - PEÇA CIRÚRGICA                                                            | R\$ 40,78  | R\$ 26,22  | R\$ 67,00  |
| 02.03.02.003-0 | EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRÚRGICA OU POR BIÓPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA) | R\$ 40,78  | R\$ 9,22   | R\$ 50,00  |
| 02.03.02.004-9 | IMUNOHISTOQUÍMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)                                                              | R\$ 131,52 | R\$ 218,48 | R\$ 350,00 |
| 02.03.02.006-5 | EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE MAMA - BIÓPSIA                                                                            | R\$ 45,83  | R\$ -      | R\$ 45,83  |
| 02.03.02.007-3 | EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO DE MAMA - PEÇA CIRÚRGICA                                                                    | R\$ 61,77  | R\$ -      | R\$ 61,77  |
| 02.03.02.008-1 | EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO DO COLO UTERINO - BIÓPSIA                                                                   | R\$ 40,78  | R\$ -      | R\$ 40,78  |
| 02.03.02.900-1 | ATO DE COLETA DE PAAF DE ÓRGÃO OU ESTRUTURAS SUPERFICIAIS COM DESLOCAMENTO DO PATOLOGISTA                            | R\$ -      | R\$ 118,73 | R\$ 118,73 |
| 02.03.02.900-2 | COLORAÇÃO ESPECIAL – POR PEÇA                                                                                        | R\$ -      | R\$ 43,16  | R\$ 43,16  |

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO | VALOR SUS | VALOR COMP | VALOR CIS  |
|----------------|--------------|-----------|------------|------------|
| 02.11.00.900-1 | PRICK TEST   | R\$ -     | R\$ 420,00 | R\$ 420,00 |
| 02.11.00.900-2 | PATCH TEST   | R\$ -     | R\$ 660,00 | R\$ 660,00 |
|                |              |           |            |            |

**BIÓPSIAS**

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                                                                                                     | VALOR SUS  | VALOR COMP | VALOR CIS  |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|------------|
| 02.01.01.002-0 | BIÓPSIA / PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE                                                                    | R\$ 14,10  | R\$ 85,90  | R\$ 100,00 |
| 02.01.01.003-8 | BIÓPSIA CIRÚRGICA DE TIREÓIDE                                                                                    | R\$ 200,56 | R\$ -      | R\$ 200,56 |
| 02.01.01.004-6 | BIÓPSIA DE ANUS E CANAL ANAL                                                                                     | R\$ 18,46  | R\$ 112,54 | R\$ 131,00 |
| 02.01.01.009-7 | BIÓPSIA DE CONJUNTIVA                                                                                            | R\$ 31,10  | R\$ 19,95  | R\$ 51,05  |
| 02.01.01.011-9 | BIÓPSIA DE Córnea                                                                                                | R\$ 68,62  | R\$ 43,58  | R\$ 112,20 |
| 02.01.01.018-6 | BIÓPSIA DE ESCLERA                                                                                               | R\$ 68,62  | R\$ 43,58  | R\$ 112,20 |
| 02.01.01.019-4 | BIÓPSIA DE FARINGE/LARINGE                                                                                       | R\$ 19,06  | R\$ 30,94  | R\$ 50,00  |
| 02.01.01.024-0 | BIÓPSIA DE IRIS, CORPO CILIAR, RETINA, CORÓIDE, VITREO E TUMOR INTRA OCULAR                                      | R\$ 199,21 | R\$ 121,36 | R\$ 320,57 |
| 02.01.01.026-7 | BIÓPSIA DE LESÃO DE PARTES MOLES (POR AGULHA/CEU ABERTO)                                                         | R\$ 114,36 | R\$ 165,64 | R\$ 280,00 |
| 02.01.01.028-3 | BIÓPSIA DE MÚSCULO (A CEU ABERTO)                                                                                | R\$ 18,33  | R\$ 4,22   | R\$ 22,55  |
| 02.01.01.030-5 | BIÓPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DA CINTURA ESCAPULAR (POR AGULHA / CEU ABERTO)                                      | R\$ 182,75 | R\$ 175,15 | R\$ 357,90 |
| 02.01.01.031-3 | BIÓPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DA CINTURA PELVICA (POR AGULHA / CEU ABERTO)                                        | R\$ 183,39 | R\$ 35,07  | R\$ 218,46 |
| 02.01.01.032-1 | BIÓPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DE MEMBRO INFERIOR (POR AGULHA / CEU ABERTO)                                        | R\$ 188,78 | R\$ 35,62  | R\$ 224,40 |
| 02.01.01.034-8 | BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE                                                                              | R\$ 23,99  | R\$ 18,75  | R\$ 42,74  |
| 02.01.01.035-6 | BIÓPSIA DE PALPEBRA                                                                                              | R\$ 18,33  | R\$ 16,67  | R\$ 35,00  |
| 02.01.01.036-4 | BIÓPSIA DE PAVILHÃO AURICULAR                                                                                    | R\$ 14,66  | R\$ 20,34  | R\$ 35,00  |
| 02.01.01.037-2 | BIÓPSIA DE PELE E PARTES MOLES                                                                                   | R\$ 25,83  | R\$ 74,17  | R\$ 100,00 |
| 02.01.01.039-9 | BIÓPSIA DE PIRÂMIDE NASAL                                                                                        | R\$ 18,33  | R\$ 31,67  | R\$ 50,00  |
| 02.01.01.041-0 | BIÓPSIA DE PRÓSTATA                                                                                              | R\$ 202,81 | R\$ 94,19  | R\$ 297,00 |
| 02.01.01.044-5 | BIÓPSIA DE SEIO PARANASAL                                                                                        | R\$ 18,33  | R\$ 41,04  | R\$ 59,37  |
| 02.01.01.047-0 | BIÓPSIA DE TIREÓIDE OU PARATIREÓIDE - PAAF                                                                       | R\$ 23,73  | R\$ 273,27 | R\$ 297,00 |
| 02.01.01.050-0 | BIÓPSIA/PUNÇÃO DE VAGINA                                                                                         | R\$ 18,33  | R\$ 41,67  | R\$ 60,00  |
| 02.01.01.051-8 | BIÓPSIA/PUNÇÃO DE VULVA                                                                                          | R\$ 18,33  | R\$ 41,67  | R\$ 60,00  |
| 02.01.01.052-6 | BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA                                                                                | R\$ 21,56  | R\$ 34,51  | R\$ 56,07  |
| 02.01.01.054-2 | BIÓPSIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA / ULTRASSONOGRAFIA / RESSONÂNCIA MAGNÉTICA / RAIOS X | R\$ 97,00  | R\$ 263,00 | R\$ 360,00 |
| 02.01.01.058-5 | PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA                                                                        | R\$ 66,48  | R\$ 230,52 | R\$ 297,00 |
| 02.01.01.060-7 | PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA GROSSA                                                                                 | R\$ 140,00 | R\$ 157,00 | R\$ 297,00 |
| 02.01.01.064-0 | PUNÇÃO P/ ESVAZIAMENTO                                                                                           | R\$ 13,25  | R\$ 3,36   | R\$ 16,61  |

|                |                                                                                |     |       |     |        |     |        |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|-----|--------|-----|--------|
| 02.01.01.066-6 | BIOPSIA DO COLO UTERINO                                                        | R\$ | 18,33 | R\$ | 54,09  | R\$ | 72,42  |
| 02.01.02.900-1 | BIOPSIA DE PARENQUIMA HEPATICO GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA DE ABSOMEN SUPERIOR | R\$ | -     | R\$ | 360,00 | R\$ | 360,00 |
| 02.01.02.900-2 | BIOPSIA DE PROSTATA GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA RETAL              | R\$ | -     | R\$ | 360,00 | R\$ | 360,00 |
| 04.17.01.900-2 | SEDACAO PARA BIOPSIA                                                           | R\$ | -     | R\$ | 250,00 | R\$ | 250,00 |

#### CONSULTAS ESPECIALIZADAS

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                                                                                                                                                                                                           | VALOR SUS | VALOR COMP | VALOR CIS  |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|
| 03.01.01.900-1 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA EM ANGIOLOGIA                                                                                                                                                                 | R\$ 10,00 | R\$ 140,00 | R\$ 150,00 |
| 03.01.01.900-2 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA EM ALERGIA E IMUNOLOGIA                                                                                                                                                       | R\$ 10,00 | R\$ 140,00 | R\$ 150,00 |
| 03.01.01.900-3 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA EM CABECA E PESCOCO                                                                                                                                                           | R\$ 10,00 | R\$ 140,00 | R\$ 150,00 |
| 03.01.01.900-4 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA EM CARDIOLOGIA (inclui eletrocardiograma e laudo)                                                                                                                             | R\$ 10,00 | R\$ 150,00 | R\$ 160,00 |
| 03.01.01.900-5 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA EM CANCEROLOGISTA CIRURGICO                                                                                                                                                   | R\$ 10,00 | R\$ 140,00 | R\$ 150,00 |
| 03.01.01.900-6 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA EM CIRURGIA GERAL                                                                                                                                                             | R\$ 10,00 | R\$ 140,00 | R\$ 150,00 |
| 03.01.01.900-7 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA EM DERMATOLOGIA                                                                                                                                                               | R\$ 10,00 | R\$ 140,00 | R\$ 150,00 |
| 03.01.01.900-8 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA EM ENDOCRINOLOGIA                                                                                                                                                             | R\$ 10,00 | R\$ 140,00 | R\$ 150,00 |
| 03.01.01.904-1 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA EM ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA                                                                                                                                                  | R\$ 10,00 | R\$ 240,00 | R\$ 250,00 |
| 03.01.01.900-9 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA EM FISIATRIA                                                                                                                                                                  | R\$ 10,00 | R\$ 140,00 | R\$ 150,00 |
| 03.01.01.901-0 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA EM GASTROENTEROLOGIA                                                                                                                                                          | R\$ 10,00 | R\$ 140,00 | R\$ 150,00 |
| 03.01.01.901-1 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA EM GERIATRIA                                                                                                                                                                  | R\$ 10,00 | R\$ 140,00 | R\$ 150,00 |
| 03.01.01.901-2 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA EM GINECOLOGIA E OBSTETRICIA                                                                                                                                                  | R\$ 10,00 | R\$ 140,00 | R\$ 150,00 |
| 03.01.01.901-3 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA EM HOMEOPATIA                                                                                                                                                                 | R\$ 10,00 | R\$ 140,00 | R\$ 150,00 |
| 03.01.01.901-4 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA EM HEMATOLOGIA                                                                                                                                                                | R\$ 10,00 | R\$ 140,00 | R\$ 150,00 |
| 03.01.01.901-5 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA EM INFECTOLOGIA                                                                                                                                                               | R\$ 10,00 | R\$ 140,00 | R\$ 150,00 |
| 03.01.01.901-6 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA EM MASTOLOGIA                                                                                                                                                                 | R\$ 10,00 | R\$ 140,00 | R\$ 150,00 |
| 03.01.01.901-7 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA EM NEFROLOGIA                                                                                                                                                                 | R\$ 10,00 | R\$ 140,00 | R\$ 150,00 |
| 03.01.01.901-8 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA EM NEUROLOGIA                                                                                                                                                                 | R\$ 10,00 | R\$ 140,00 | R\$ 150,00 |
| 03.01.01.901-8 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA EM NEURO CIRURGIA                                                                                                                                                             | R\$ 10,00 | R\$ 140,00 | R\$ 150,00 |
| 03.01.01.901-9 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (Inclui refração, tonometria, biomicroscopia, gonioscopia e fundoscopia, anamnese, inspeção, exame das pupilas, acuidade visual, retinoscopia e ceratometria) | R\$ 10,00 | R\$ 150,00 | R\$ 160,00 |
| 03.01.01.902-0 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA EM OTORRINOLARINGOLOGIA                                                                                                                                                       | R\$ 10,00 | R\$ 140,00 | R\$ 150,00 |
| 03.01.01.902-1 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA EM ONCOLOGIA                                                                                                                                                                  | R\$ 10,00 | R\$ 140,00 | R\$ 150,00 |
| 03.01.01.902-2 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA EM ORTOPEDIA                                                                                                                                                                  | R\$ 10,00 | R\$ 140,00 | R\$ 150,00 |
| 03.01.01.902-3 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA EM PEDIATRIA                                                                                                                                                                  | R\$ 10,00 | R\$ 140,00 | R\$ 150,00 |
| 03.01.01.902-4 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA EM PNEUMOLOGIA                                                                                                                                                                | R\$ 10,00 | R\$ 140,00 | R\$ 150,00 |
| 03.01.01.913-2 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA EM PNEUMOLOGIA PEDIATRICA                                                                                                                                                     | R\$ 10,00 | R\$ 240,00 | R\$ 250,00 |
| 03.01.01.902-5 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA EM PROCTOLOGIA                                                                                                                                                                | R\$ 10,00 | R\$ 140,00 | R\$ 150,00 |
| 03.01.01.902-6 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA EM REUMATOLOGIA                                                                                                                                                               | R\$ 10,00 | R\$ 140,00 | R\$ 150,00 |
| 03.01.01.902-7 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA EM UROLOGIA                                                                                                                                                                   | R\$ 10,00 | R\$ 140,00 | R\$ 150,00 |
| 03.01.01.902-8 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA EM VASCULAR                                                                                                                                                                   | R\$ 10,00 | R\$ 140,00 | R\$ 150,00 |
| 03.01.01.903-0 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZA EM CIRURGIA TORACICA                                                                                                                                                            | R\$ 10,00 | R\$ 140,00 | R\$ 150,00 |
| 03.01.01.903-1 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZA EM NEURO PEDIATRIA                                                                                                                                                              | R\$ 10,00 | R\$ 290,00 | R\$ 300,00 |
| 03.01.01.903-2 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA EM ANESTESIOLOGIA                                                                                                                                                             | R\$ 10,00 | R\$ 80,00  | R\$ 90,00  |

#### CARDIOLOGIA

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                                             | VALOR SUS  | VALOR COMP | VALOR CIS  |
|----------------|----------------------------------------------------------|------------|------------|------------|
| 02.05.01.001-6 | ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE                              | R\$ 165,00 | R\$ 135,00 | R\$ 300,00 |
| 02.05.01.002-4 | ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA                           | R\$ 165,00 | R\$ 135,00 | R\$ 300,00 |
| 02.05.01.003-2 | ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA                            | R\$ 67,86  | R\$ 172,14 | R\$ 240,00 |
| 02.05.01.900-1 | ECOCARDIOGRAFIA FETAL                                    | R\$ -      | R\$ 225,00 | R\$ 225,00 |
| 02.11.02.003-6 | ELETROCARDIOGRAMA                                        | R\$ 5,15   | R\$ 42,45  | R\$ 47,60  |
| 02.11.02.004-4 | MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)       | R\$ 30,00  | R\$ 140,81 | R\$ 170,81 |
| 02.11.02.005-2 | MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A) | R\$ 10,07  | R\$ 151,40 | R\$ 161,47 |
| 02.11.02.006-0 | TESTE DE ESFORCO / TESTE ERGOMETRICO                     | R\$ 30,00  | R\$ 145,61 | R\$ 175,61 |
| 02.11.02.900-1 | TILT TESTE                                               | R\$ -      | R\$ 300,00 | R\$ 300,00 |

#### CINTILOGRAFIA

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                                                                                     | VALOR SUS  | VALOR COMP | VALOR CIS  |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|------------|
| 02.08.01.001-7 | CINTILOGRAFIA DE CORACAO C/ GALIO 67                                                             | R\$ 457,55 | R\$ 92,45  | R\$ 550,00 |
| 02.08.01.002-5 | CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECoes) | R\$ 408,52 | R\$ 259,48 | R\$ 668,00 |
| 02.08.01.002-5 | CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECoes) | R\$ 408,52 | R\$ 311,48 | R\$ 720,00 |
| 02.08.01.003-3 | CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECoes)  | R\$ 383,07 | R\$ 242,93 | R\$ 626,00 |
| 02.08.01.003-3 | CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECoes)  | R\$ 383,07 | R\$ 291,93 | R\$ 675,00 |

|                |                                                                                           |     |          |     |        |     |          |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------|-----|--------|-----|----------|
| 02.08.01.004-1 | CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ LOCALIZACAO DE NECROSE (MINIMO 3 PROJECOES )                | R\$ | 166,47   | R\$ | 33,53  | R\$ | 200,00   |
| 02.08.01.005-0 | CINTILOGRAFIA P/ AVALIACAO DE FLUXO SANGUINEO DE EXTREMIDADES                             | R\$ | 114,02   | R\$ | 22,98  | R\$ | 137,00   |
| 02.08.01.006-8 | CINTILOGRAFIA P/ QUANTIFICACAO DE SHUNT EXTRACARDIACO                                     | R\$ | 142,57   | R\$ | 29,43  | R\$ | 172,00   |
| 02.08.01.007-6 | CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE ESFORCO                    | R\$ | 214,85   | R\$ | 43,15  | R\$ | 258,00   |
| 02.08.01.008-4 | CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA) | R\$ | 176,72   | R\$ | 75,28  | R\$ | 252,00   |
| 02.08.01.009-2 | DETERMINACAO DE FLUXO SANGUINEO REGIONAL                                                  | R\$ | 123,93   | R\$ | 25,07  | R\$ | 149,00   |
| 02.08.02.001-2 | CINTILOGRAFIA DE FIGADO E BACO (MINIMO 5 IMAGENS)                                         | R\$ | 133,26   | R\$ | 56,74  | R\$ | 190,00   |
| 02.08.02.002-0 | CINTILOGRAFIA DE FIGADO E VIAS BILIARES                                                   | R\$ | 187,93   | R\$ | 80,07  | R\$ | 268,00   |
| 02.08.02.003-9 | CINTILOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTIMULO                                    | R\$ | 87,89    | R\$ | 38,11  | R\$ | 126,00   |
| 02.08.02.004-7 | CINTILOGRAFIA DE PANCREAS                                                                 | R\$ | -        | R\$ | 268,00 | R\$ | 268,00   |
| 02.08.02.005-5 | CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (LIQUIDO)                                   | R\$ | 135,38   | R\$ | 57,62  | R\$ | 193,00   |
| 02.08.02.006-3 | CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (SEMI-SOLIDO)                               | R\$ | 135,38   | R\$ | 57,62  | R\$ | 193,00   |
| 02.08.02.007-1 | CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO GASTRICO                                              | R\$ | 144,22   | R\$ | 48,78  | R\$ | 193,00   |
| 02.08.02.008-0 | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL                                      | R\$ | 114,86   | R\$ | 49,14  | R\$ | 164,00   |
| 02.08.02.009-8 | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA                                   | R\$ | 157,23   | R\$ | 66,77  | R\$ | 224,00   |
| 02.08.02.010-1 | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NAO ATIVA                               | R\$ | 310,82   | R\$ | 132,18 | R\$ | 443,00   |
| 02.08.02.011-0 | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO                                     | R\$ | 135,38   | R\$ | 57,62  | R\$ | 193,00   |
| 02.08.02.012-8 | IMUNO-CINTILOGRAFIA (ANTICORPO MONOCLONAL)                                                | R\$ | 1.103,26 | R\$ | 0,74   | R\$ | 1.104,00 |
| 02.08.03.001-8 | CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES                                                            | R\$ | 324,54   | R\$ | 138,46 | R\$ | 463,00   |
| 02.08.03.001-8 | CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES                                                            | R\$ | 324,54   | R\$ | 199,46 | R\$ | 524,00   |
| 02.08.03.002-6 | CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO                                             | R\$ | 77,28    | R\$ | 33,72  | R\$ | 111,00   |
| 02.08.03.003-4 | CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ TESTE DE SUPRESSÃO / ESTIMULO                                | R\$ | 107,30   | R\$ | 21,70  | R\$ | 129,00   |
| 02.08.03.004-2 | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO                                                | R\$ | 338,70   | R\$ | 144,30 | R\$ | 483,00   |
| 02.08.03.005-0 | TESTE DO PERCLORATO C/ RADIOISOTOPO                                                       | R\$ | 107,40   | R\$ | 21,60  | R\$ | 129,00   |
| 02.08.04.002-1 | CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GALIO 67                                                          | R\$ | 457,55   | R\$ | 92,45  | R\$ | 550,00   |
| 02.08.04.003-0 | CINTILOGRAFIA DE TESTICULO E BOLSA ESCROTAL                                               | R\$ | 108,94   | R\$ | 22,06  | R\$ | 131,00   |
| 02.08.04.005-6 | CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)                             | R\$ | 433,03   | R\$ | 429,97 | R\$ | 563,00   |
| 02.08.04.005-6 | CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)                             | R\$ | 133,03   | R\$ | 473,97 | R\$ | 607,00   |
| 02.08.04.006-4 | CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA                                                                 | R\$ | 122,97   | R\$ | 53,03  | R\$ | 176,00   |
| 02.08.04.007-2 | CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA                                                               | R\$ | 144,50   | R\$ | 61,50  | R\$ | 206,00   |
| 02.08.04.008-0 | DETERMINACAO DE FILTRACAO GLOMERULAR                                                      | R\$ | 63,22    | R\$ | 12,78  | R\$ | 76,00    |
| 02.08.04.009-9 | DETERMINACAO DE FLUXO PLASMATICO RENAL                                                    | R\$ | 63,22    | R\$ | 12,78  | R\$ | 76,00    |
| 02.08.04.010-2 | ESTUDO RENAL DINAMICO C/OU S/ DIURETICO                                                   | R\$ | 165,24   | R\$ | 184,76 | R\$ | 350,00   |
| 02.08.04.010-2 | ESTUDO RENAL DINAMICO C/OU S/ DIURETICO                                                   | R\$ | 165,24   | R\$ | 209,76 | R\$ | 375,00   |
| 02.08.05.001-9 | CINTILOGRAFIA DE ARTICULACOES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO                                 | R\$ | 180,32   | R\$ | 36,68  | R\$ | 217,00   |
| 02.08.05.001-9 | CINTILOGRAFIA DE ARTICULACOES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO                                 | R\$ | 180,32   | R\$ | 86,68  | R\$ | 267,00   |
| 02.08.05.003-5 | CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUINEO (CORPO INTEIRO)                         | R\$ | 190,99   | R\$ | 154,33 | R\$ | 345,32   |
| 02.08.05.004-3 | CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO C/ GALIO 67                                               | R\$ | 457,55   | R\$ | 0,45   | R\$ | 458,00   |
| 02.08.06.001-4 | CINTILOGRAFIA DE PERFUSAO CEREBRAL C/ TALIO (SPCTO)                                       | R\$ | 438,01   | R\$ | 185,99 | R\$ | 624,00   |
| 02.08.06.002-2 | CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIACAO DO TRANSITO LIQUORICO)           | R\$ | 205,34   | R\$ | 87,66  | R\$ | 293,00   |
| 02.08.06.003-0 | ESTUDO DE FLUXO SANGUINEO CEREBRAL                                                        | R\$ | 119,16   | R\$ | 23,84  | R\$ | 143,00   |
| 02.08.07.001-0 | CINTILOGRAFIA DE PULMAO C/ GALIO 67                                                       | R\$ | 457,55   | R\$ | 536,45 | R\$ | 994,00   |
| 02.08.07.002-8 | CINTILOGRAFIA DE PULMÃO P/ PESQUISA DE ASPIRAÇÃO                                          | R\$ | 127,51   | R\$ | 26,49  | R\$ | 154,00   |
| 02.08.07.003-6 | CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR INALACAO (MINIMO 2 PROJECOES)                                 | R\$ | 128,12   | R\$ | 25,88  | R\$ | 154,00   |
| 02.08.07.004-4 | CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECOES)                                 | R\$ | 130,50   | R\$ | 98,50  | R\$ | 229,00   |
| 02.08.07.004-4 | CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECOES)                                 | R\$ | 130,50   | R\$ | 98,50  | R\$ | 229,00   |
| 02.08.08.001-5 | CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA OSSEA)                               | R\$ | 112,61   | R\$ | 48,39  | R\$ | 161,00   |
| 02.08.08.002-3 | DEMONSTRACAO DE SEQUESTRO DE HEMACIAS PELO BACO (C/ RADIOISOTOPOS)                        | R\$ | 97,37    | R\$ | 19,63  | R\$ | 117,00   |
| 02.08.08.003-1 | DETERMINACAO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS (C/ RADIOISOTOPOS)                                  | R\$ | 54,36    | R\$ | 11,64  | R\$ | 66,00    |
| 02.08.08.004-0 | LINFOCINTILOGRAFIA                                                                        | R\$ | 141,33   | R\$ | 60,67  | R\$ | 202,00   |
| 02.08.08.004-0 | LINFOCINTILOGRAFIA                                                                        | R\$ | 141,33   | R\$ | 107,67 | R\$ | 249,00   |
| 02.08.09.001-0 | CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS                      | R\$ | 906,80   | R\$ | 182,20 | R\$ | 1.089,00 |
| 02.08.09.002-9 | CINTILOGRAFIA DE GLANDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)                                  | R\$ | 66,23    | R\$ | 28,77  | R\$ | 95,00    |
| 02.08.09.003-7 | CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)                                                         | R\$ | 289,43   | R\$ | 123,57 | R\$ | 413,00   |
| 03.03.12.006-1 | TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO (PLUMMER - ATE 30 MCI)                                     | R\$ | 443,70   | R\$ | 282,30 | R\$ | 726,00   |
| 03.03.12.006-1 | TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO (PLUMMER - ATE 30 MCI)                                     | R\$ | 443,70   | R\$ |        | R\$ | 780,00   |
| 03.03.12.007-0 | TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO GRAVES                                                     | R\$ | 359,70   | R\$ | 152,61 | R\$ | 512,31   |
| 03.03.12.007-0 | TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO GRAVES                                                     | R\$ | 359,70   | R\$ | 274,30 | R\$ | 634,00   |
| 03.04.09.005-0 | IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIREOIDE( 30MCI)                                 | R\$ | 443,70   | R\$ | 186,30 | R\$ | 630,00   |
| 03.04.09.006-9 | IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIREOIDE( 50MCI)                                 | R\$ | 614,70   | R\$ | 130,30 | R\$ | 745,00   |

| DERMATOLOGIA   |                                         |           |      |            |        |           |        |
|----------------|-----------------------------------------|-----------|------|------------|--------|-----------|--------|
| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                            | VALOR SUS |      | VALOR COMP |        | VALOR CIS |        |
| 03.03.08.001-9 | CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES | R\$       | 1,48 | R\$        | 433,52 | R\$       | 435,00 |
| 03.03.08.010-8 | FOTOTERAPIA (POR SESSÃO)                | R\$       | 4,00 | R\$        | 21,00  | R\$       | 25,00  |
| 03.03.08.900-1 | CRIOTERAPIA (ATE 5 LESOES)              | R\$       | -    | R\$        | 100,00 | R\$       | 100,00 |



|                |                                                                                       |     |       |     |        |     |        |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|-----|--------|-----|--------|
| 03.03.08.900-2 | CRIOCIRURGIA                                                                          | R\$ | -     | R\$ | 150,00 | R\$ | 150,00 |
| 04.01.01.004-0 | ELETROCOAGULACAO DE LESAO CUTANEA                                                     | R\$ | 11,84 | R\$ | 128,16 | R\$ | 140,00 |
| 04.01.01.006-6 | EXCISAO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESOES / FERIMENTOS DE PELE / ANEXOS E MUCOSA | R\$ | -     | R\$ | 435,00 | R\$ | 435,00 |
| 04.01.01.007-4 | EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA                            | R\$ | 12,46 | R\$ | 167,54 | R\$ | 180,00 |
| 04.01.01.009-0 | FULGURACAO / CAUTERIZACAO QUIMICA DE LESOES CUTANEAS                                  | R\$ | 11,84 | R\$ | 423,16 | R\$ | 435,00 |
| 04.01.01.010-4 | INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO                                                        | R\$ | 11,84 | R\$ | 13,16  | R\$ | 25,00  |

#### DENSITOMETRIA

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                                                                 | VALOR SUS | VALOR COMP | VALOR CIS  |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|
| 02.04.06.002-8 | DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES E/OU FEMUR) | R\$ 55,10 | R\$ 55,10  | R\$ 110,20 |

#### FISIOTERAPIA

| CODIGO         | PROCEDIMENTO                                                                                                   | VALOR SUS | VALOR COMP | VALOR CIS  |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|
| 02.11.07.035-1 | TESTES VESTIBULARES / OTONEUROLOGICOS                                                                          | R\$ 12,12 | R\$ 95,00  | R\$ 107,12 |
| 03.01.01.903-2 | CONSULTA EM FISIOTERAPIA - AVALIAÇÃO                                                                           | R\$ 6,30  | R\$ 34,00  | R\$ 40,30  |
| 03.01.01.903-2 | CONSULTA EM FISIOTERAPIA - AVALIAÇÃO                                                                           | R\$ 6,30  | R\$ 83,70  | R\$ 90,00  |
| 03.01.05.900-1 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO DOMICILIAR                                                                        | R\$ -     | R\$ 50,00  | R\$ 50,00  |
| 03.01.05.900-2 | FISIOTERAPIA DOMICILIAR AME                                                                                    | R\$ -     | R\$ 110,00 | R\$ 110,00 |
| 03.02.01.900-5 | FISIOTERAPIA PELVICA COM BIOFEEDBACK                                                                           | R\$ -     | R\$ 110,00 | R\$ 110,00 |
| 03.02.01.001-7 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS                                 | R\$ 6,35  | R\$ 23,65  | R\$ 30,00  |
| 03.02.01.002-5 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS                                       | R\$ 4,67  | R\$ 25,33  | R\$ 30,00  |
| 03.02.02.001-2 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS                                               | R\$ 6,35  | R\$ 23,65  | R\$ 30,00  |
| 03.02.02.002-0 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE ONCOLOGICO CLINICO                                                    | R\$ 4,67  | R\$ 25,33  | R\$ 30,00  |
| 03.02.02.003-9 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE NO PRE E POS CIRURGIA ONCOLOGICA                                      | R\$ 6,35  | R\$ 23,65  | R\$ 30,00  |
| 03.02.03.001-8 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTÊMICO    | R\$ 6,35  | R\$ 23,65  | R\$ 30,00  |
| 03.02.03.002-6 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFERICAS                               | R\$ 4,67  | R\$ 25,33  | R\$ 30,00  |
| 03.02.04.001-3 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATORIO COM COMPLICACOES SISTEMICAS               | R\$ 6,35  | R\$ 23,65  | R\$ 30,00  |
| 03.02.04.002-1 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATORIO SEM COMPLICACOES SISTEMICAS               | R\$ 4,67  | R\$ 25,33  | R\$ 30,00  |
| 03.02.04.003-0 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR                                 | R\$ 4,67  | R\$ 25,33  | R\$ 30,00  |
| 03.02.04.005-6 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO NAS DISFUNCoes VASCULARES PERIFERICAS                                             | R\$ 4,67  | R\$ 25,33  | R\$ 30,00  |
| 03.02.05.001-9 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS          | R\$ 6,35  | R\$ 23,65  | R\$ 30,00  |
| 03.02.05.002-7 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO NAS ALTERACOES MOTORAS                                                            | R\$ 4,67  | R\$ 25,33  | R\$ 30,00  |
| 03.02.06.001-4 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS | R\$ 4,67  | R\$ 25,33  | R\$ 30,00  |
| 03.02.06.002-2 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTURBIOS NEURO-CINETICO-FUNCIONAIS COM COMPLICACOES SISTEMICAS | R\$ 6,35  | R\$ 23,65  | R\$ 30,00  |
| 03.02.06.003-0 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR                                      | R\$ 4,67  | R\$ 25,33  | R\$ 30,00  |
| 03.02.06.004-9 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO                                          | R\$ 6,35  | R\$ 23,65  | R\$ 30,00  |
| 03.02.06.005-7 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA                                | R\$ 6,35  | R\$ 23,65  | R\$ 30,00  |
| 03.02.07.001-0 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO                                                        | R\$ 4,67  | R\$ 25,33  | R\$ 30,00  |
| 03.02.07.003-6 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQÜELAS POR QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADOS)               | R\$ 4,67  | R\$ 25,33  | R\$ 30,00  |
| 03.09.05.900-1 | EQUOTERAPIA                                                                                                    | R\$ -     | R\$ 25,00  | R\$ 25,00  |

#### FONOAUDIOLOGIA

| CÓDIGO          | PROCEDIMENTO                                                                          | VALOR SUS | VALOR COMP | VALOR CIS  |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|
| G02.11.07.021-1 | LOGOAUDIOMETRIA (LDV-IRF-LRF)                                                         | R\$ 26,25 | R\$ 8,75   | R\$ 35,00  |
| 02.11.05.011-3  | POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO                                                            | R\$ 4,06  | R\$ 15,94  | R\$ 20,00  |
| 02.11.07.002-5  | AUDIOMETRIA DE REFORCO VISUAL (VIA AEREA / OSSEA)                                     | R\$ 21,00 | R\$ -      | R\$ 21,00  |
| 02.11.07.003-3  | AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE                                                            | R\$ 20,13 | R\$ 13,87  | R\$ 34,00  |
| 02.11.07.004-1  | AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)                                          | R\$ 21,00 | R\$ 15,66  | R\$ 36,66  |
| 02.11.07.005-0  | AVALIACAO AUDITIVA COMPORTAMENTAL                                                     | R\$ 18,00 | R\$ 44,00  | R\$ 62,00  |
| 02.11.07.006-8  | AVALIACAO DE LINGUAGEM ESCRITA / LEITURA                                              | R\$ 4,11  | R\$ 41,96  | R\$ 46,07  |
| 02.11.07.007-6  | AVALIACAO DE LINGUAGEM ORAL                                                           | R\$ 4,11  | R\$ 41,96  | R\$ 46,07  |
| 02.11.07.008-4  | AVALIACAO MIOFUNCIONAL DE SISTEMA ESTOMATOGNATICO                                     | R\$ 4,11  | R\$ 41,96  | R\$ 46,07  |
| 02.11.07.011-4  | AVALIACAO VOCAL                                                                       | R\$ 4,11  | R\$ 41,96  | R\$ 46,07  |
| 02.11.07.013-0  | ELETROGUSTOMETRIA                                                                     | R\$ 1,37  | R\$ 28,31  | R\$ 29,68  |
| 02.11.07.014-9  | EMISSIONES OTOACUSTICAS EVOCADAS PARA TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINHA)           | R\$ 13,51 | R\$ 28,49  | R\$ 42,00  |
| 02.11.07.015-7  | ESTUDO DE EMISSIONES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANSITORIAS E PRODUTOS DE DISTORCAO (EOA) | R\$ 46,88 | R\$ 145,46 | R\$ 192,34 |
| 02.11.07.016-5  | ESTUDO TOPODIAGNOSTICO DA PARALISIA FACIAL                                            | R\$ 8,10  | R\$ 13,30  | R\$ 21,40  |
| 02.11.07.019-0  | GUSTOMETRIA                                                                           | R\$ 1,92  | R\$ 15,88  | R\$ 17,80  |
| 02.11.07.020-3  | IMITANCIONOMETRIA                                                                     | R\$ 23,00 | R\$ 12,00  | R\$ 35,00  |
| 02.11.07.025-4  | PESQUISA DE PARES CRANIANOS                                                           | R\$ 1,37  | R\$ 16,43  | R\$ 17,80  |
| 02.11.07.026-2  | POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA MEDIA E LONGA LATENCIA                            | R\$ 46,88 | R\$ 145,46 | R\$ 192,34 |

|                |                                                                                |     |       |     |        |     |        |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|-----|--------|-----|--------|
| 02.11.07.027-0 | POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO PARA TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINHA)          | R\$ | 13,51 | R\$ | 28,49  | R\$ | 42,00  |
| 02.11.07.031-9 | SELECAO E VERIFICACAO DE BENEFICIO DO AASI                                     | R\$ | 8,75  | R\$ | 53,75  | R\$ | 62,50  |
| 02.11.07.033-5 | TESTES AUDITIVOS SUPRALIMINARES                                                | R\$ | 1,37  | R\$ | 22,63  | R\$ | 24,00  |
| 02.11.07.034-3 | TESTES DE PROCESSAMENTO AUDITIVO                                               | R\$ | 9,36  | R\$ | 182,98 | R\$ | 192,34 |
| 02.11.07.042-4 | EMISSAO OTOACUSTICA EVOCADAS PARA TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINA/RETESTE) | R\$ | 13,51 | R\$ | 2,53   | R\$ | 16,04  |
| 02.11.07.900-1 | EXAME DE VECTOELETRONISTAGMOGRAFIA                                             | R\$ | -     | R\$ | 130,00 | R\$ | 130,00 |
| 03.01.01.903-3 | CONSULTA EM FONOAUDIOLOGIA - AVALIAÇÃO                                         | R\$ | 6,30  | R\$ | 34,00  | R\$ | 40,30  |
| 03.01.01.903-3 | CONSULTA EM FONOAUDIOLOGIA - AVALIAÇÃO                                         | R\$ | 6,30  | R\$ | 83,70  | R\$ | 90,00  |
| 03.01.07.011-3 | TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INDIVIDUAL                                             | R\$ | 10,90 | R\$ | 49,10  | R\$ | 60,00  |
| 03.03.19.900-1 | TERAPIA DE REABILITACAO VESTIBULAR                                             | R\$ | -     | R\$ | 100,00 | R\$ | 100,00 |

#### GASTROENTEROLOGIA/PROCTOLOGIA

| CODIGO         | PROCEDIMENTO                                                       | VALOR SUS  | VALOR COMP | VALOR CIS  |
|----------------|--------------------------------------------------------------------|------------|------------|------------|
| 02.05.02.022-4 | ELASTOGRAFIA HEPATICA ULTRASSONICA                                 | R\$ 24,20  | R\$ 375,80 | R\$ 400,00 |
| 02.09.01.002-9 | COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)                                          | R\$ 112,66 | R\$ 587,34 | R\$ 700,00 |
| 02.09.01.003-7 | ESOFAGOGASTRODUDENOSCOPIA                                          | R\$ 48,16  | R\$ 365,84 | R\$ 414,00 |
| 02.09.01.004-5 | LAPAROSCOPIA                                                       | R\$ 40,37  | R\$ 60,56  | R\$ 100,93 |
| 02.09.01.005-3 | RETOSSIGMOIDOSCOPIA                                                | R\$ 23,13  | R\$ 131,78 | R\$ 154,91 |
| 02.09.01.006-1 | VIDEOLAPAROSCOPIA                                                  | R\$ 95,00  | R\$ 190,00 | R\$ 285,00 |
| 02.09.01.900-1 | PHMETRIA ESOFÁGICA                                                 | R\$ -      | R\$ 350,00 | R\$ 350,00 |
| 02.09.01.900-2 | MANOMETRIA ESOFÁGICA                                               | R\$ -      | R\$ 350,00 | R\$ 350,00 |
| 02.09.04.003-3 | TRAQUEOSCOPIA                                                      | R\$ 348,59 | R\$ 51,41  | R\$ 400,00 |
| 04.07.01.024-6 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIAG       | R\$ 29,84  | R\$ 130,16 | R\$ 160,00 |
| 04.07.01.025-4 | RETIRADA DE POLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA                | R\$ 29,84  | R\$ 290,16 | R\$ 320,00 |
| 04.07.02.039-0 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO / PÓLIPOS DO RETO / COLO SIGMÓIDE       | R\$ 13,63  | R\$ 306,37 | R\$ 320,00 |
| 04.07.02.031-4 | LIGADURA ELASTICA DE HEMORROIDAS (SESSÃO)                          | R\$ 14,77  | R\$ 285,23 | R\$ 300,00 |
| 04.07.02.900-1 | MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA ( INCLUSO MATERIAL COM ALÇAS E INJETORES) | R\$ -      | R\$ 800,00 | R\$ 800,00 |
| 04.17.01.901-1 | ANESTESIA PARA COLONOSCOPIA                                        | R\$ 84,00  | R\$ 100,00 | R\$ 184,00 |

#### GINECOLOGIA

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                                                                | VALOR SUS | VALOR COMP | VALOR CIS  |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|
| 02.11.04.002-9 | COLPOSCOPIA                                                                 | R\$ 3,38  | R\$ 96,62  | R\$ 100,00 |
| 03.09.03.004-8 | CRIOCAUTERIZACAO / ELETROCOAGULACAO DE COLO DE UTERO                        | R\$ 11,26 | R\$ 138,74 | R\$ 150,00 |
| 04.09.06.009-7 | EXERESE DE POLIPO DE UTERO                                                  | R\$ 22,62 | R\$ 127,38 | R\$ 150,00 |
| 04.09.06.017-8 | HISTEROSCOPIA CIRURGICA C/ RESSECTOSCOPIO                                   | R\$ 74,75 | R\$ 75,25  | R\$ 150,00 |
| 04.09.07.012-2 | DRENAGEM DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE                                   | R\$ 12,97 | R\$ 67,03  | R\$ 80,00  |
| 04.09.07.016-5 | EXTIRPACAO DE LESAO DE VULVA / PERINEO (POR ELETROCOAGULACAO OU FULGURACAO) | R\$ 13,54 | R\$ 136,46 | R\$ 150,00 |
| 04.09.07.019-0 | MARSUPIALIZACAO DE GLÂNDULA DE BARTOLIN                                     | R\$ -     | R\$ 200,00 | R\$ 200,00 |

#### MEDICINA HIPERBÁRICA

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                         | VALOR SUS | VALOR COMP | VALOR CIS  |
|----------------|--------------------------------------|-----------|------------|------------|
| 03.01.04.900-9 | SESSAO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBARICA | R\$ -     | R\$ 280,00 | R\$ 280,00 |

#### NEUROLOGIA

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                                                                 | VALOR SUS | VALOR COMP | VALOR CIS  |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|
| 02.11.05.002-4 | ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO-ESTIMULO                       | R\$ 11,34 | R\$ 91,09  | R\$ 102,43 |
| 02.11.05.003-2 | ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG)              | R\$ 25,00 | R\$ 99,00  | R\$ 124,00 |
| 02.11.05.004-0 | ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG) | R\$ 25,00 | R\$ 140,00 | R\$ 165,00 |
| 02.11.05.005-9 | ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG)                         | R\$ 25,00 | R\$ 225,00 | R\$ 250,00 |
| 02.11.05.013-0 | POTENCIAL SOMATO-SENSITIVO                                                   | R\$ 4,06  | R\$ 84,44  | R\$ 88,50  |
| 02.11.05.015-6 | VIDEO-ELETROENCEFALOGRAMA C/ REGISTRO PROLONGADO                             | R\$ 27,00 | R\$ -      | R\$ 27,00  |
| 02.11.05.900-1 | ELETRONEUROMIOGRAFIA DE FACE                                                 | R\$ -     | R\$ 392,00 | R\$ 392,00 |
| 02.11.05.900-1 | ELETRONEUROMIOGRAFIA DE FACE                                                 | R\$ -     | R\$ 470,40 | R\$ 470,40 |
| 02.11.05.900-2 | ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MEMBROS INFERIORES – MI                              | R\$ -     | R\$ 464,80 | R\$ 464,80 |
| 02.11.05.900-2 | ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MEMBROS INFERIORES – MI                              | R\$ -     | R\$ 557,76 | R\$ 557,76 |
| 02.11.05.900-3 | ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MEMBROS INFERIORES E SUPERIORES – MI/MS              | R\$ -     | R\$ 618,24 | R\$ 618,24 |
| 02.11.05.900-3 | ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MEMBROS INFERIORES E SUPERIORES – MI/MS              | R\$ -     | R\$ 803,71 | R\$ 803,71 |
| 02.11.05.900-4 | ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MEMBROS SUPERIORES – MS                              | R\$ -     | R\$ 464,80 | R\$ 464,80 |
| 02.11.05.900-4 | ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MEMBROS SUPERIORES – MS                              | R\$ -     | R\$ 557,76 | R\$ 557,76 |
| 02.11.05.900-7 | TESTE DE ESTIMULACAO REPETITIVA (2 SEGMENTOS)                                | R\$ -     | R\$ 392,00 | R\$ 392,00 |
| 03.03.04.900-1 | APLICACAO DE TOXINA BOTULINICA                                               | R\$ -     | R\$ 450,00 | R\$ 450,00 |

#### NUTRICIONISTA

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                     | VALOR SUS | VALOR COMP | VALOR CIS |
|----------------|----------------------------------|-----------|------------|-----------|
| 03.01.01.903-4 | CONSULTA EM NUTRIÇÃO - AVALIAÇÃO | R\$ 6,30  | R\$ 34,00  | R\$ 40,30 |
| 03.01.01.903-4 | CONSULTA EM NUTRIÇÃO - AVALIAÇÃO | R\$ 6,30  | R\$ 83,70  | R\$ 90,00 |
| 03.09.01.900-1 | TERAPIA EM NUTRICA0              | R\$ -     | R\$ 30,00  | R\$ 30,00 |

#### OTORRINOLARINGOLOGIA

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                                  | VALOR SUS | VALOR COMP | VALOR CIS  |
|----------------|-----------------------------------------------|-----------|------------|------------|
| 04.04.01.009-1 | DUCHA DE POLITZER (UNI / BILATERAL)           | R\$ 11,28 | R\$ 24,34  | R\$ 35,62  |
| 04.04.01.015-6 | INFILTRACAO MEDICAMENTOSA EM CORNETO INFERIOR | R\$ 11,28 | R\$ 36,21  | R\$ 47,49  |
| 02.09.04.002-5 | LARINGOSCOPIA                                 | R\$ 47,14 | R\$ 71,59  | R\$ 118,73 |
| 02.09.04.004-1 | VIDEOLARINGOSCOPIA                            | R\$ 45,50 | R\$ 73,23  | R\$ 118,73 |
| 02.09.04.900-2 | NASOFIBROSCOPIA - VIDEOENDOSCOPIA NASAL       | R\$ -     | R\$ 118,73 | R\$ 118,73 |

**OFTALMOLOGIA**

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                                                          | VALOR SUS    | VALOR COMP | VALOR CIS    |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------|------------|--------------|
| 02.05.02.002-0 | PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA                                              | R\$ 14,81    | R\$ 10,83  | R\$ 25,64    |
| 02.11.06.001-1 | BIOMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR)                                    | R\$ 24,24    | R\$ 26,81  | R\$ 51,05    |
| 02.11.06.003-8 | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO                     | R\$ 40,00    | R\$ 88,23  | R\$ 128,23   |
| 02.11.06.005-4 | CERATOMETRIA                                                          | R\$ 3,37     | R\$ 47,68  | R\$ 51,05    |
| 02.11.06.006-2 | CURVA DIARIA DE PRESSAO OCULAR CDPO (MINIMO 3 MEDIDAS)                | R\$ 10,11    | R\$ 8,74   | R\$ 18,85    |
| 02.11.06.007-0 | ELETRO-OCULOGRAFIA                                                    | R\$ 24,24    | R\$ 25,45  | R\$ 49,69    |
| 02.11.06.008-9 | ELETRORETINOGRAFIA                                                    | R\$ 24,24    | R\$ 25,45  | R\$ 49,69    |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA                                                  | R\$ 24,24    | R\$ 25,45  | R\$ 49,69    |
| 02.11.06.014-3 | MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA                                       | R\$ 24,24    | R\$ 25,45  | R\$ 49,69    |
| 02.11.06.016-0 | POTENCIAL VISUAL EVOCADO                                              | R\$ 24,24    | R\$ 15,82  | R\$ 40,06    |
| 02.11.06.017-8 | RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR                                       | R\$ 24,68    | R\$ 25,32  | R\$ 50,00    |
| 02.11.06.018-6 | RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR                                   | R\$ 64,00    | R\$ 144,37 | R\$ 208,37   |
| 02.11.06.020-8 | TESTE DE PROVOCACAO DE GLAUCOMA                                       | R\$ 6,74     | R\$ 8,26   | R\$ 15,00    |
| 02.11.06.023-2 | TESTE ORTÓPTICO                                                       | R\$ 12,34    | R\$ 13,30  | R\$ 25,64    |
| 02.11.06.024-0 | TESTE P/ ADAPTACAO DE LENTE DE CONTATO                                | R\$ 12,34    | R\$ 13,30  | R\$ 25,64    |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA                                                            | R\$ 3,37     | R\$ 11,63  | R\$ 15,00    |
| 02.11.06.026-7 | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA                                  | R\$ 24,24    | R\$ 35,76  | R\$ 60,00    |
| 02.11.06.028-3 | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA                                        | R\$ 48,00    | R\$ 110,82 | R\$ 158,82   |
| 02.11.06.900-1 | PENTACAM (PTK)                                                        | R\$ -        | R\$ 330,00 | R\$ 330,00   |
| 04.05.01.001-0 | CORRECAO CIRURGICA DE ENTROPIO E ECTROPIO                             | R\$ 203,74   | R\$ 52,72  | R\$ 256,46   |
| 04.05.01.002-8 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E TELECANTO                            | R\$ 278,90   | R\$ 16,40  | R\$ 295,30   |
| 04.05.01.006-0 | EPILAÇÃO DE CÍLIOS                                                    | R\$ 22,93    | R\$ 17,13  | R\$ 40,06    |
| 04.05.01.007-9 | EXÉRESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESOES DA PALPEBRA E SUPERCÍLIOS | R\$ 78,75    | R\$ 4,63   | R\$ 83,38    |
| 04.05.01.010-9 | OCLUSAO DE PONTO LACRIMAL                                             | R\$ 19,14    | R\$ 20,92  | R\$ 40,06    |
| 04.05.01.014-1 | SIMBLEFAROPLASTIA                                                     | R\$ 203,74   | R\$ 43,10  | R\$ 246,84   |
| 04.05.01.015-0 | SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL                        | R\$ 203,73   | R\$ 43,11  | R\$ 246,84   |
| 04.05.01.016-8 | SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS                                            | R\$ 22,93    | R\$ 184,97 | R\$ 207,90   |
| 04.05.01.017-6 | SUTURA DE PALPEBRAS                                                   | R\$ 143,99   | R\$ -      | R\$ 143,99   |
| 04.05.01.018-4 | TRATAMENTO CIRURGICO DE BLEFAROCALASE                                 | R\$ 95,42    | R\$ 204,58 | R\$ 300,00   |
| 04.05.01.019-2 | TRATAMENTO CIRURGICO DE TRIQUIASE C/ OU S/ ENXERTO                    | R\$ 278,90   | R\$ 16,40  | R\$ 295,30   |
| 04.05.03.004-5 | FOTOCOAGULACAO A LASER                                                | R\$ 107,61   | R\$ 242,49 | R\$ 350,10   |
| 04.05.03.009-6 | SUTURA DE ESCLERA                                                     | R\$ 161,19   | R\$ 57,51  | R\$ 218,70   |
| 04.05.03.010-0 | TRATAMENTO CIRURGICO DE DEISCENCIA DE SUTURA DE ESCLERA               | R\$ 159,37   | R\$ 97,09  | R\$ 256,46   |
| 04.05.03.011-8 | TRATAMENTO CIRURGICO DE MIIASE PALPEBRAL                              | R\$ 22,93    | R\$ 17,13  | R\$ 40,06    |
| 04.05.03.012-6 | TRATAMENTO CIRURGICO DE NEOPLASIA DE ESCLERA                          | R\$ 259,20   | R\$ 269,75 | R\$ 528,95   |
| 04.05.03.013-4 | VITRECTOMIA ANTERIOR                                                  | R\$ 381,08   | R\$ 274,15 | R\$ 655,23   |
| 04.05.03.014-2 | VITRECTOMIA POSTERIOR                                                 | R\$ 2.667,29 | R\$ 637,37 | R\$ 3.304,66 |
| 04.05.04.001-6 | CORREÇÃO CIRURGICA DE LAGOFTALMO                                      | R\$ 282,09   | R\$ 16,59  | R\$ 298,68   |
| 04.05.04.013-0 | INJECAO RETROBULBAR / PERIBULBAR                                      | R\$ 22,93    | R\$ 17,13  | R\$ 40,06    |
| 04.05.04.019-9 | TRATAMENTO CIRURGICO DE XANTELASMA                                    | R\$ 116,42   | R\$ 130,42 | R\$ 246,84   |
| 04.05.04.020-2 | TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL                                         | R\$ 449,44   | R\$ 79,51  | R\$ 528,95   |
| 04.05.05.002-0 | CAPSULOTOMIA A YAG LASER                                              | R\$ 112,77   | R\$ 344,77 | R\$ 457,54   |
| 04.05.05.003-8 | CAUTERIZACAO DE CORNEA                                                | R\$ 19,14    | R\$ 20,96  | R\$ 40,10    |
| 04.05.05.004-6 | CICLOCRIOCOAGULAÇÃO / DIATERMIA                                       | R\$ 587,51   | R\$ 34,54  | R\$ 622,05   |
| 04.05.05.005-4 | CICLODIALISE                                                          | R\$ 453,41   | R\$ 72,34  | R\$ 525,75   |
| 04.05.05.006-2 | CORRECAO DE ASTIGMATISMO SECUNDARIO                                   | R\$ 19,14    | R\$ 31,91  | R\$ 51,05    |
| 04.05.05.007-0 | CORRECAO CIRURGICA DE HERNIA DE IRIS                                  | R\$ 259,20   | R\$ 266,55 | R\$ 525,75   |
| 04.05.05.008-9 | EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA                                        | R\$ 82,28    | R\$ 59,47  | R\$ 141,75   |
| 04.05.05.009-7 | FACECTOMIA COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR                         | R\$ 531,60   | R\$ 258,62 | R\$ 790,22   |

|                |                                                               |              |              |              |
|----------------|---------------------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| 04.05.05.010-0 | FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR                  | R\$ 483,60   | R\$ 162,31   | R\$ 645,91   |
| 04.05.05.011-9 | FACDEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA   | R\$ 651,60   | R\$ 302,85   | R\$ 954,45   |
| 04.05.05.014-3 | IMPLANTE INTRA-ESTROMAL                                       | R\$ 1.083,55 | R\$ 1.181,45 | R\$ 2.265,00 |
| 04.05.05.017-8 | IRIDECTOMIA CIRURGICA                                         | R\$ 297,46   | R\$ 348,45   | R\$ 645,91   |
| 04.05.05.019-4 | IRIDOTOMIA A LASER                                            | R\$ 45,00    | R\$ 255,00   | R\$ 300,00   |
| 04.05.05.020-8 | PARACENTESE DE CAMARA ANTERIOR                                | R\$ 82,28    | R\$ 84,42    | R\$ 166,70   |
| 04.05.05.024-0 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CAMARA ANTERIOR DO OLHO         | R\$ 335,72   | R\$ 117,88   | R\$ 453,60   |
| 04.05.05.025-9 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CORNEA                          | R\$ 25,00    | R\$ 8,88     | R\$ 33,88    |
| 04.05.05.029-1 | SUTURA DE CONJUNTIVA                                          | R\$ 82,28    | R\$ 58,12    | R\$ 140,40   |
| 04.05.05.030-5 | SUTURA DE CORNEA                                              | R\$ 164,08   | R\$ 58,67    | R\$ 222,75   |
| 04.05.05.032-1 | TRABECULECTOMIA                                               | R\$ 898,35   | R\$ 52,82    | R\$ 951,17   |
| 04.05.05.036-4 | TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO                              | R\$ 209,55   | R\$ 289,12   | R\$ 498,67   |
| 04.05.05.037-2 | FACDEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL | R\$ 771,60   | R\$ 45,38    | R\$ 816,98   |

#### ORTOPEDIA

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                                                                    | VALOR SUS | VALOR COMP | VALOR CIS  |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|
| 03.03.09.003-0 | INFILTRACAO DE SUBSTANCIAS EM CAVIDADE SINOVIAl (ARTICULACAO, BAINHA TENDINOSA) | R\$ 5,63  | R\$ 114,37 | R\$ 120,00 |

#### OZONIOTERAPIA/ ESTOMATERAPIA

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | VALOR SUS | VALOR COMP | VALOR CIS  |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|
| 03.01.04.900-2 | CURATIVO DE GRANDE PORTE VINCULADO A OZINIOTERAPIA NUTRICA0/ ALIMENTACAO E HIDRATACAO ATIVIDADE FISICA – EXERCICIOS LINFOMI0CINETICOS (ANQUILOSES) LIMPEZA DE FERIDA (DESBRIDAMENTO, HIGIENE E PHMB) LASERTERAPIA DE BAIXA INTENSIDADE COBERTURA ADEQUADA E CUIDADOS PERILESAO (LIPODERMATOFIBROSE, ECZEMA) OZONITERAPIA CONTENCAO (INELASTICA, ELASTICA, MULTICAMADAS, ITB) BAIATAN AG TERAPIA COMPRESSIVA PREVENTIVA APOS ALTA | R\$ -     | R\$ 300,00 | R\$ 300,00 |
| 03.01.04.900-3 | CURATIVO DE MEDIO PORTE VINCULADO A OZONIOTERAPIA NUTRICA0/ ALIMENTACAO E HIDRATACAO ATIVIDADE FISICA – EXERCICIOS LINFOMI0CINETICOS (ANQUILOSES) LIMPEZA DE FERIDA (DESBRIDAMENTO, HIGIENE E PHMB) LASERTERAPIA DE BAIXA INTENSIDADE COBERTURA ADEQUADA E CUIDADOS PERILESAO (LIPODERMATOFIBROSE, ECZEMA) OZONITERAPIA CONTENCAO (INELASTICA, ELASTICA, MULTICAMADAS, ITB) TERAPIA COMPRESSIVA PREVENTIVA APOS ALTA             | R\$ -     | R\$ 250,00 | R\$ 250,00 |
| 03.01.04.900-4 | CURATIVO DE PEQUENO PORTE VINCULADO A OZONIOTERAPIA NUTRICA0/ ALIMENTACAO E HIDRATACAO ATIVIDADE FISICA – EXERCICIOS LINFOMI0CINETICOS (ANQUILOSES) LIMPEZA DE FERIDA (DESBRIDAMENTO, HIGIENE E PHMB) LASERTERAPIA DE BAIXA INTENSIDADE COBERTURA ADEQUADA E CUIDADOS PERILESAO (LIPODERMATOFIBROSE, ECZEMA) CONTENCAO (INELASTICA, ELASTICA, MULTICAMADAS, ITB) TERAPIA COMPRESSIVA PREVENTIVA APOS ALTA                        | R\$ -     | R\$ 160,00 | R\$ 160,00 |
| 03.01.04.900-5 | LASERTERAPIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | R\$ -     | R\$ 80,00  | R\$ 80,00  |
| 03.01.04.900-8 | OZONIOTERAPIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | R\$ -     | R\$ 100,00 | R\$ 100,00 |
| 03.01.04.900-9 | Cuidados em estomaterapia em pacientes com Feridas/Lesões causadas por efeitos secundários do diabetes, incluindo cobertura especial e Laserterapia baixa intensidade                                                                                                                                                                                                                                                            | R\$ -     | R\$ 300,00 | R\$ 300,00 |
| 03.01.04.901-0 | Cuidados em estomaterapia ao paciente queimado (Delimitado a pequena e media queimadura), após alta hospitalar, manejo de queimaduras químicas, elétricas e outros agentes causadores, e Laserterapia de baixa intensidade                                                                                                                                                                                                       | R\$ -     | R\$ 300,00 | R\$ 300,00 |
| 03.01.04.901-1 | Cuidados em estomaterapia ao paciente com Feridas/Lesões Crônicas (Úlceras e suas classificações) incluindo cobertura especial e Laserterapia baixa intensidade                                                                                                                                                                                                                                                                  | R\$ -     | R\$ 300,00 | R\$ 300,00 |
| 03.01.04.901-2 | Cuidados em estomaterapia ao paciente com Feridas/Lesões Oncológicas de difícil manejo, incluindo radiodermites. Com ou sem Laserterapia conforme autorização clínica.                                                                                                                                                                                                                                                           | R\$ -     | R\$ 300,00 | R\$ 300,00 |
| 03.01.04.901-3 | Cuidados em estomaterapia ao paciente com dermatite associada a incontinência, incluindo crianças e Laserterapia Local                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | R\$ -     | R\$ 250,00 | R\$ 250,00 |
| 03.01.04.901-4 | Cuidados em estomaterapia ao paciente com Estomia intestinal e suas complicações, pré e pós operatórias. Demarcação do local e Laserterapia Local                                                                                                                                                                                                                                                                                | R\$ -     | R\$ 300,00 | R\$ 300,00 |

#### PNEUMOLOGIA

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                                                                                   | VALOR SUS  | VALOR COMP   | VALOR CIS    |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|--------------|
| 02.09.04.900-1 | BRONCOFIBROSCOPIA FLEXIVEL COM BI0PSIA                                                         | R\$ 36,02  | R\$ 1.363,98 | R\$ 1.400,00 |
| 02.11.01.004-9 | PLETISMOGRAFIA (POR LATERALIDADE / TERRITORIO)                                                 | R\$ 1,31   | R\$ 248,69   | R\$ 250,00   |
| 02.11.05.010-5 | POLISSONOGRAMIA                                                                                | R\$ 170,00 | R\$ 312,85   | R\$ 482,85   |
| 02.11.05.900-5 | POLISSONOGRAMIA CARDIORRESPIRATORIA DOMICILIAR (COM PELO MENOS QUATRO CANAIS)                  | R\$ -      | R\$ 480,05   | R\$ 480,05   |
| 02.11.05.900-6 | POLISSONOGRAMIA DE TITULACAO DE BIPAP/CPAP COM HOLTER DE OXIMETRIA DOMICILAR OU EM LABORATORIO | R\$ -      | R\$ 480,05   | R\$ 480,05   |
| 02.11.08.001-2 | ESPIROGRAFIA C/ DETERMINACAO DO VOLUME RESIDUAL                                                | R\$ 2,78   | R\$ 77,22    | R\$ 80,00    |
| 02.11.08.005-5 | ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR                          | R\$ 6,36   | R\$ 123,64   | R\$ 130,00   |
| 02.11.08.006-3 | PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR SIMPLES                                                               | R\$ 4,28   | R\$ 49,22    | R\$ 53,50    |
| 02.11.08.008-0 | TESTE DA CAMINHADA DE 6 MINUTOS                                                                | R\$ 2,78   | R\$ 50,67    | R\$ 53,45    |
| 02.11.08.900-1 | PROVA DA FUNCAO PULMONAR COMPLETA (FARMACODINAMICA)                                            | R\$ -      | R\$ 82,75    | R\$ 82,75    |
| 02.11.08.900-2 | PROVA VENTILATORIA COMPLETA                                                                    | R\$ -      | R\$ 127,35   | R\$ 127,35   |
| 02.11.08.900-3 | TESTE ALERGICO PARA ANTIGENO SE ACAROS, FUNGOS E EPI TELIOS                                    | R\$ -      | R\$ 91,85    | R\$ 91,85    |
| 02.11.08.900-4 | TESTE DE BRONCOPROVOCACAO                                                                      | R\$ -      | R\$ 187,60   | R\$ 187,60   |
| 02.11.08.900-6 | RESISTENCIA DAS VIAS AEREAS                                                                    | R\$ -      | R\$ 92,50    | R\$ 92,50    |

|                |                                  |     |       |     |        |     |        |
|----------------|----------------------------------|-----|-------|-----|--------|-----|--------|
| 04.12.05.017-0 | TORACOCENTESE/DRENAGEM DE PLEURA | R\$ | 54,97 | R\$ | 346,53 | R\$ | 401,50 |
|----------------|----------------------------------|-----|-------|-----|--------|-----|--------|

**PSICOLOGIA**

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                                           | VALOR SUS | VALOR COMP | VALOR CIS  |
|----------------|--------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|
| 02.11.10.900-1 | AVALIACAO-NEUROPSICOLOGICA-INFANTIL/ADOLESCENTE/ IDOSO | R\$ -     | R\$ 147,50 | R\$ 147,50 |
| 02.11.10.900-1 | AVALIACAO-NEUROPSICOLOGICA-INFANTIL/ADOLESCENTE/ IDOSO | R\$ -     | R\$ 590,00 | R\$ 590,00 |
| 02.11.10.900-2 | APLICACAO-TESTE WISC (PACOTE)                          | R\$ -     | R\$ 800,00 | R\$ 800,00 |
| 03.01.08.017-8 | ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA                 | R\$ 2,55  | R\$ 37,75  | R\$ 40,30  |

**PSIQUIATRIA**

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                                 | VALOR SUS | VALOR COMP | VALOR CIS  |
|----------------|----------------------------------------------|-----------|------------|------------|
| 03.01.01.902-9 | CONSULTA MEDICA INCLUINDO TERAPIA INDIVIDUAL | R\$ -     | R\$ 150,00 | R\$ 150,00 |

**RADIODIAGNÓSTICO**

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                                                               | VALOR SUS | VALOR COMP | VALOR CIS  |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|
| 02.04.01.003-9 | RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)                   | R\$ 8,38  | R\$ 26,62  | R\$ 35,00  |
| 02.04.01.004-7 | RADIOGRAFIA DE ARCADEA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)                     | R\$ 6,96  | R\$ 28,04  | R\$ 35,00  |
| 02.04.01.005-5 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL                    | R\$ 8,38  | R\$ 26,62  | R\$ 35,00  |
| 02.04.01.006-3 | RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)                                     | R\$ 6,88  | R\$ 28,12  | R\$ 35,00  |
| 02.04.01.007-1 | RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIQUA / BRETTON + HIRTZ)           | R\$ 9,15  | R\$ 25,85  | R\$ 35,00  |
| 02.04.01.008-0 | RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)                                       | R\$ 7,52  | R\$ 27,48  | R\$ 35,00  |
| 02.04.01.009-8 | RADIOGRAFIA DE LARINGE                                                     | R\$ 5,74  | R\$ 29,26  | R\$ 35,00  |
| 02.04.01.010-1 | RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)                             | R\$ 9,03  | R\$ 25,97  | R\$ 35,00  |
| 02.04.01.011-0 | RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)                                      | R\$ 7,20  | R\$ 27,80  | R\$ 35,00  |
| 02.04.01.012-8 | RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)                        | R\$ 8,38  | R\$ 26,62  | R\$ 35,00  |
| 02.04.01.013-6 | RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO)            | R\$ 7,98  | R\$ 27,02  | R\$ 35,00  |
| 02.04.01.014-4 | RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)                   | R\$ 7,32  | R\$ 27,68  | R\$ 35,00  |
| 02.04.01.015-2 | RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)                       | R\$ 7,20  | R\$ 27,80  | R\$ 35,00  |
| 02.04.02.003-4 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)              | R\$ 8,33  | R\$ 26,67  | R\$ 35,00  |
| 02.04.02.004-2 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)                | R\$ 8,19  | R\$ 26,81  | R\$ 35,00  |
| 02.04.02.005-0 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA                        | R\$ 10,29 | R\$ 24,71  | R\$ 35,00  |
| 02.04.02.006-9 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA                                          | R\$ 10,96 | R\$ 24,04  | R\$ 35,00  |
| 02.04.02.007-7 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)                            | R\$ 14,90 | R\$ 25,10  | R\$ 40,00  |
| 02.04.02.009-3 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)                              | R\$ 9,16  | R\$ 25,84  | R\$ 35,00  |
| 02.04.02.010-7 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR                                        | R\$ 9,73  | R\$ 25,27  | R\$ 35,00  |
| 02.04.02.011-5 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA                               | R\$ 15,58 | R\$ 24,42  | R\$ 40,00  |
| 02.04.02.012-3 | RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA                                       | R\$ 7,80  | R\$ 27,20  | R\$ 35,00  |
| 02.04.02.013-1 | RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL- TELESFONDILOGRAFIA ( P/ ESCOLIOSE) | R\$ -     | R\$ 100,00 | R\$ 100,00 |
| 02.04.03.003-0 | MAMOGRAFIA                                                                 | R\$ 22,50 | R\$ 17,50  | R\$ 40,00  |
| 02.04.03.005-6 | RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLIQUA)            | R\$ 14,32 | R\$ 20,68  | R\$ 35,00  |
| 02.04.03.007-2 | RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)                                    | R\$ 8,37  | R\$ 26,63  | R\$ 35,00  |
| 02.04.03.008-0 | RADIOGRAFIA DE ESOFAGO                                                     | R\$ 19,24 | R\$ 15,76  | R\$ 35,00  |
| 02.04.03.009-9 | RADIOGRAFIA DE ESTERNO                                                     | R\$ 7,98  | R\$ 27,02  | R\$ 35,00  |
| 02.04.03.010-2 | RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)                                    | R\$ 8,73  | R\$ 26,27  | R\$ 35,00  |
| 02.04.03.012-9 | RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDOTICA)                                     | R\$ 5,56  | R\$ 29,44  | R\$ 35,00  |
| 02.04.03.013-7 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)               | R\$ 14,32 | R\$ 20,68  | R\$ 35,00  |
| 02.04.03.014-5 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)                              | R\$ 12,02 | R\$ 22,98  | R\$ 35,00  |
| 02.04.03.015-3 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)                                         | R\$ 9,50  | R\$ 25,50  | R\$ 35,00  |
| 02.04.03.017-0 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)                                                  | R\$ 6,88  | R\$ 28,12  | R\$ 35,00  |
| 02.04.03.018-8 | MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO                                     | R\$ 45,00 | R\$ 25,00  | R\$ 70,00  |
| 02.04.04.001-9 | RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO                                                   | R\$ 6,42  | R\$ 28,58  | R\$ 35,00  |
| 02.04.04.002-7 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR                              | R\$ 7,40  | R\$ 27,60  | R\$ 35,00  |
| 02.04.04.003-5 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL                                 | R\$ 7,40  | R\$ 27,60  | R\$ 35,00  |
| 02.04.04.004-3 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR                              | R\$ 7,40  | R\$ 27,60  | R\$ 35,00  |
| 02.04.04.005-1 | RADIOGRAFIA DE BRACO                                                       | R\$ 7,77  | R\$ 27,23  | R\$ 35,00  |
| 02.04.04.006-0 | RADIOGRAFIA DE CLAVICULA                                                   | R\$ 7,40  | R\$ 27,60  | R\$ 35,00  |
| 02.04.04.007-8 | RADIOGRAFIA DE COTOVELO                                                    | R\$ 5,90  | R\$ 29,10  | R\$ 35,00  |
| 02.04.04.008-6 | RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO                                                | R\$ 5,62  | R\$ 29,38  | R\$ 35,00  |
| 02.04.04.009-4 | RADIOGRAFIA DE MAO                                                         | R\$ 6,30  | R\$ 28,70  | R\$ 35,00  |
| 02.04.04.010-8 | RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)                | R\$ 6,00  | R\$ 29,00  | R\$ 35,00  |
| 02.04.04.011-6 | RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)                              | R\$ 7,98  | R\$ 27,02  | R\$ 35,00  |

|                |                                                        |     |       |     |        |     |        |
|----------------|--------------------------------------------------------|-----|-------|-----|--------|-----|--------|
| 02.04.04.012-4 | RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)          | R\$ | 6,91  | R\$ | 28,09  | R\$ | 35,00  |
| 02.04.05.001-4 | CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE                       | R\$ | 47,76 | R\$ | 542,24 | R\$ | 590,00 |
| 02.04.05.003-0 | COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA                          | R\$ | 32,61 | R\$ | 67,39  | R\$ | 100,00 |
| 02.04.05.004-9 | DUODENOGRAFIA HIPOTONICA                               | R\$ | 34,52 | R\$ | 31,48  | R\$ | 66,00  |
| 02.04.05.011-1 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)     | R\$ | 10,73 | R\$ | 24,27  | R\$ | 35,00  |
| 02.04.05.012-0 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS) | R\$ | 15,30 | R\$ | 19,70  | R\$ | 35,00  |
| 02.04.05.013-8 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)                    | R\$ | 7,17  | R\$ | 27,83  | R\$ | 35,00  |
| 02.04.05.014-6 | RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO                      | R\$ | 35,22 | R\$ | 44,78  | R\$ | 80,00  |
| 02.04.05.015-4 | RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)            | R\$ | 47,59 | R\$ | 32,41  | R\$ | 80,00  |
| 02.04.05.018-9 | UROGRAFIA VENOSA                                       | R\$ | 57,40 | R\$ | 62,60  | R\$ | 120,00 |
| 02.04.06.003-6 | ESCANOMETRIA                                           | R\$ | 7,77  | R\$ | 27,23  | R\$ | 35,00  |
| 02.04.06.006-0 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL                | R\$ | 7,77  | R\$ | 27,23  | R\$ | 35,00  |
| 02.04.06.007-9 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA                | R\$ | 7,77  | R\$ | 27,23  | R\$ | 35,00  |
| 02.04.06.008-7 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA               | R\$ | 6,50  | R\$ | 28,50  | R\$ | 35,00  |
| 02.04.06.009-5 | RADIOGRAFIA DE BACIA                                   | R\$ | 7,77  | R\$ | 27,23  | R\$ | 35,00  |
| 02.04.06.010-9 | RADIOGRAFIA DE CALCANEIO                               | R\$ | 6,50  | R\$ | 28,50  | R\$ | 35,00  |
| 02.04.06.011-7 | RADIOGRAFIA DE COXA                                    | R\$ | 8,94  | R\$ | 26,06  | R\$ | 35,00  |
| 02.04.06.012-5 | RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)                   | R\$ | 6,78  | R\$ | 28,22  | R\$ | 35,00  |
| 02.04.06.013-3 | RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL) | R\$ | 7,16  | R\$ | 27,84  | R\$ | 35,00  |
| 02.04.06.015-0 | RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE                        | R\$ | 6,78  | R\$ | 28,22  | R\$ | 35,00  |
| 02.04.06.016-8 | RADIOGRAFIA DE PERNA                                   | R\$ | 8,94  | R\$ | 26,06  | R\$ | 35,00  |

#### RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                                                                                                             | VALOR SUS  | VALOR COMP   | VALOR CIS    |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|--------------|
| 02.07.01.001-3 | ANGIORESSONANCIA CEREBRAL                                                                                                | R\$ 268,75 | R\$ 31,25    | R\$ 300,00   |
| 02.07.01.002-1 | RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)                                                      | R\$ 268,75 | R\$ 31,25    | R\$ 300,00   |
| 02.07.01.003-0 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOCO                                                                         | R\$ 268,75 | R\$ 31,25    | R\$ 300,00   |
| 02.07.01.004-8 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA                                                                              | R\$ 268,75 | R\$ 31,25    | R\$ 300,00   |
| 02.07.01.005-6 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA                                                                                 | R\$ 268,75 | R\$ 31,25    | R\$ 300,00   |
| 02.07.01.006-4 | RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO                                                                                          | R\$ 268,75 | R\$ 31,25    | R\$ 300,00   |
| 02.07.01.007-2 | RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA                                                                                    | R\$ 268,75 | R\$ 31,25    | R\$ 300,00   |
| 02.07.01.900-1 | RESSONANCIA MAGNETICA COM SEDACAO (SEDACAO COM CONSULTA PRE- ANESTESICA, EXAME, TAXA DE SALA, CONTRASTE (SE NECESSARIO)) | R\$ -      | R\$ 1.500,00 | R\$ 1.500,00 |
| 02.07.01.900-2 | CONTRASTE PARA RESSONANCIA                                                                                               | R\$ -      | R\$ 150,00   | R\$ 150,00   |
| 02.07.01.900-8 | CONTRASTE PRIMOVIST                                                                                                      | R\$ -      | R\$ 550,00   | R\$ 550,00   |
| 02.07.01.900-3 | ANGIORESSONANCIA DE CRANIO/PESCOCO – ARTERIAL E/OU VENOSA                                                                | R\$ -      | R\$ 420,00   | R\$ 420,00   |
| 02.07.02.001-9 | RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE                                                                         | R\$ 268,75 | R\$ 1.081,25 | R\$ 1.350,00 |
| 02.07.02.002-7 | RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)                                                                    | R\$ 268,75 | R\$ 31,25    | R\$ 300,00   |
| 02.07.02.006-0 | RESSONANCIA MAGNETICA DA MAMA                                                                                            | R\$ 268,75 | R\$ 31,25    | R\$ 300,00   |
| 02.07.02.003-5 | RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX                                                                                           | R\$ 268,75 | R\$ 31,25    | R\$ 300,00   |
| 02.07.02.900-1 | ANGIORESSONANCIA DE CORONARIA DE TORAX                                                                                   | R\$ -      | R\$ 420,00   | R\$ 420,00   |
| 02.07.02.900-2 | ANGIORESSONANCIA DE TORAX – ARTERIAL E/OU VENOSA                                                                         | R\$ -      | R\$ 420,00   | R\$ 420,00   |
| 02.07.02.900-3 | ANGIORESSONANCIA DE AORTA TORÁCICA                                                                                       | R\$ -      | R\$ 420,00   | R\$ 420,00   |
| 02.07.03.001-4 | RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR                                                                                | R\$ 268,75 | R\$ 31,25    | R\$ 300,00   |
| 02.07.03.002-2 | RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR                                                                | R\$ 268,75 | R\$ 31,25    | R\$ 300,00   |
| 02.07.03.003-0 | RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)                                                                    | R\$ 268,75 | R\$ 31,25    | R\$ 300,00   |
| 02.07.03.004-9 | RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA                                                              | R\$ 268,75 | R\$ 31,25    | R\$ 300,00   |
| 02.07.03.005-7 | RESSONANCIA MAGNETICA MULTIPARAMETRICA DA PROSTATA                                                                       | R\$ 268,75 | R\$ 51,25    | R\$ 320,00   |
| 02.07.03.900-1 | ANGIORESSONANCIA DE ABDOMEN TOTAL                                                                                        | R\$ -      | R\$ 420,00   | R\$ 420,00   |
| 02.07.03.900-2 | ANGIORESSONANCIA DE ABDOMEN/PELVE – ARTERIAL E/OU VENOSA                                                                 | R\$ -      | R\$ 420,00   | R\$ 420,00   |
| 02.07.03.900-4 | ANGIORESSONANCIA DE ABDOMEN SUPERIOR - ARTERIAL E/OU VENOSA                                                              | R\$ -      | R\$ 420,00   | R\$ 420,00   |
| 02.07.03.900-5 | ANGIORESSONANCIA DE AORTA ABDOMINAL                                                                                      | R\$ -      | R\$ 420,00   | R\$ 420,00   |
| 02.07.03.900-6 | ANGIORESSONANCIA DE ILIACAS - ARTERIAL E/OU VENOSA                                                                       | R\$ -      | R\$ 420,00   | R\$ 420,00   |
| 03.07.02.900-1 | ANGIORESSONANCIA DE MEMBROS SUPERIORES                                                                                   | R\$ -      | R\$ 420,00   | R\$ 420,00   |
| 03.07.03.900-1 | ANGIORESSONANCIA DE MEMBROS INFERIORES                                                                                   | R\$ -      | R\$ 420,00   | R\$ 420,00   |

#### REUMATOLOGIA

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                                                   | VALOR SUS | VALOR COMP | VALOR CIS  |
|----------------|----------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|
| 06.01.21.900-1 | INFUSAO INTRAVENOSA DE MEDICAMENTO IMUNOBIOLOGICO TOCILIZUMABE | R\$ -     | R\$ 220,00 | R\$ 220,00 |
| 06.01.21.900-3 | INFUSAO INTRAVENOSA DE MEDICAMENTO ACIDO ZOLEDRONICO           | R\$ -     | R\$ 220,00 | R\$ 220,00 |



|                |                                                               |     |   |     |        |     |        |
|----------------|---------------------------------------------------------------|-----|---|-----|--------|-----|--------|
| 06.01.21.900-4 | INFUSAO INTRAVENOSA DE MEDICAMENTO IMUNOBIOLOGICO INFLIXIMABE | R\$ | - | R\$ | 220,00 | R\$ | 220,00 |
|----------------|---------------------------------------------------------------|-----|---|-----|--------|-----|--------|

**TERAPIA OCUPACIONAL**

| CODIGO         | PROCEDIMENTO                                | VALOR SUS | VALOR COMP | VALOR CIS  |
|----------------|---------------------------------------------|-----------|------------|------------|
| 03.01.01.903-5 | CONSULTA EM TERAPIA OCUPACIONAL - AVALIAÇÃO | R\$ 6,30  | R\$ 34,00  | R\$ 40,30  |
| 03.01.04.900-1 | TERAPIA INDIVIDUAL DE TERAPEUTA OCUPACIONAL | R\$ 2,81  | R\$ 144,19 | R\$ 147,00 |

**TOMOGRAFIAS**

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                                                                                                | VALOR SUS  | VALOR COMP   | VALOR CIS    |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|--------------|
| 02.06.01.004-4 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES                      | R\$ 86,75  | R\$ 73,25    | R\$ 160,00   |
| 02.06.01.005-2 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO                                                                       | R\$ 86,75  | R\$ 73,25    | R\$ 160,00   |
| 02.06.01.006-0 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA                                                                  | R\$ 97,44  | R\$ 62,56    | R\$ 160,00   |
| 02.06.01.007-9 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO                                                                        | R\$ 97,44  | R\$ 62,56    | R\$ 160,00   |
| 02.06.01.900-1 | CONTRASTE PARA TOMOGRAFIA                                                                                   | R\$ -      | R\$ 150,00   | R\$ 150,00   |
| 02.06.01.900-2 | ANGIOTOMOGRAFIA DE CRANIO INCLUINDO VASOS VENOSOS E/OU ARTERIAIS                                            | R\$ -      | R\$ 420,00   | R\$ 420,00   |
| 02.06.01.900-3 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL                                                               | R\$ 86,76  | R\$ 73,24    | R\$ 160,00   |
| 02.06.01.900-4 | TOMOGRAFIA COM SEDACAO (SEDACAO COM CONSULTA PRE-ANESTESICA, EXAME, TAXA DE SALA, CONTRASTE (SE NECESSARIO) | R\$ -      | R\$ 1.500,00 | R\$ 1.500,00 |
| 02.06.01.900-5 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA                                                            | R\$ 101,10 | R\$ 58,90    | R\$ 160,00   |
| 02.06.01.900-6 | ANGIOTOMOGRAFIA DE PESCOCO, INCLUINDO VASOS VENOSOS E/OU ARTERIAIS                                          | R\$ -      | R\$ 420,00   | R\$ 420,00   |
| 02.06.01.900-7 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA                                                               | R\$ 86,76  | R\$ 73,24    | R\$ 160,00   |
| 02.06.02.001-5 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR                                               | R\$ 86,75  | R\$ 73,25    | R\$ 160,00   |
| 02.06.02.002-3 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)            | R\$ 86,75  | R\$ 73,25    | R\$ 160,00   |
| 02.06.02.003-1 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX                                                                         | R\$ 136,41 | R\$ 23,59    | R\$ 160,00   |
| 02.06.02.900-1 | ANGIOTOMOGRAFIA DE CORONARIAS                                                                               | R\$ -      | R\$ 950,00   | R\$ 950,00   |
| 02.06.02.900-2 | ANGIOTOMOGRAFIA DE MEMBROS SUPERIORES, VASOS VENOSOS E/OU ARTERIAIS                                         | R\$ -      | R\$ 420,00   | R\$ 420,00   |
| 02.06.02.900-3 | ANGIOTOMOGRAFIA DE TORAX, VASOS VENOSOS E/OU ARTERIAIS                                                      | R\$ -      | R\$ 420,00   | R\$ 420,00   |
| 02.06.02.900-4 | ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORACICA                                                                           | R\$ -      | R\$ 420,00   | R\$ 420,00   |
| 02.06.02.900-5 | ANGIOTOMOGRAFIA DE ARCO AORTICO                                                                             | R\$ -      | R\$ 420,00   | R\$ 420,00   |
| 02.06.03.001-0 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR                                                              | R\$ 138,63 | R\$ 21,37    | R\$ 160,00   |
| 02.06.03.002-9 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR                                               | R\$ 86,75  | R\$ 73,25    | R\$ 160,00   |
| 02.06.03.003-7 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR                                              | R\$ 138,63 | R\$ 21,37    | R\$ 160,00   |
| 02.06.03.900-1 | TOMOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL                                                                                 | R\$ -      | R\$ 280,00   | R\$ 280,00   |
| 02.06.03.900-2 | UROTOMOGRAFIA                                                                                               | R\$ -      | R\$ 348,00   | R\$ 348,00   |
| 02.06.03.900-3 | ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDOMEN INCLUINDO VASOS VENOSOS E/OU ARTERIAIS, COMPREENDENDO VASOS ILIACOS;             | R\$ -      | R\$ 520,00   | R\$ 520,00   |
| 02.06.03.900-4 | ANGIOTOMOGRAFIA DE MEMBROS INFERIORES, VASOS VENOSOS E/OU ARTERIAIS                                         | R\$ -      | R\$ 420,00   | R\$ 420,00   |
| 02.06.03.900-5 | ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL                                                                          | R\$ -      | R\$ 420,00   | R\$ 420,00   |
| 02.06.03.900-6 | ANGIOTOMOGRAFIA DE PELVE (ARTERIAL OU VENOSA)                                                               | R\$ -      | R\$ 420,00   | R\$ 420,00   |
| 02.06.03.900-7 | ANGIOTOMOGRAFIA DE ILÍACAS (ARTERIAL OU VENOSA)                                                             | R\$ -      | R\$ 420,00   | R\$ 420,00   |
| 02.06.01.901-6 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX PARA PESQUISA DE ESCORE DE CALCIO                                       | R\$ -      | R\$ 280,00   | R\$ 280,00   |
|                |                                                                                                             |            |              |              |
|                |                                                                                                             |            |              |              |

**ULTRASSONOGRAFIAS**

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                                               | VALOR SUS | VALOR COMP | VALOR CIS  |
|----------------|------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|
| 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS                 | R\$ 39,60 | R\$ 140,40 | R\$ 180,00 |
| 02.05.01.005-9 | ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO               | R\$ 42,90 | R\$ 77,10  | R\$ 120,00 |
| 02.05.01.900-2 | DOPPLER ARTERIAL RENAL                                     | R\$ -     | R\$ 180,00 | R\$ 180,00 |
| 02.05.01.900-3 | DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR/UNILATERAL    | R\$ -     | R\$ 180,00 | R\$ 180,00 |
| 02.05.01.900-4 | DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO INFERIOR/ UNILATERAL     | R\$ -     | R\$ 180,00 | R\$ 180,00 |
| 02.05.01.900-5 | DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR/ UNILATERAL     | R\$ -     | R\$ 180,00 | R\$ 180,00 |
| 02.05.01.900-6 | DOPPLER DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS BILATERAL (CAROTIDAS) | R\$ -     | R\$ 180,00 | R\$ 180,00 |
| 02.05.01.900-7 | DOPPLER VASOS CERVICAIS VENOSO BILATERAL                   | R\$ -     | R\$ 180,00 | R\$ 180,00 |
| 02.05.01.900-8 | DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR/ UNILATERAL   | R\$ -     | R\$ 180,00 | R\$ 180,00 |
| 02.05.01.900-9 | DOPPLER AORTA E ILIACA                                     | R\$ -     | R\$ 180,00 | R\$ 180,00 |
| 02.05.02.003-8 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR                       | R\$ 24,20 | R\$ 65,80  | R\$ 90,00  |
| 02.05.02.004-6 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL                          | R\$ 37,95 | R\$ 72,05  | R\$ 110,00 |
| 02.05.02.005-4 | ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO                      | R\$ 24,20 | R\$ 65,80  | R\$ 90,00  |
| 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO                            | R\$ 24,20 | R\$ 65,80  | R\$ 90,00  |

|                |                                                           |     |       |     |        |     |        |
|----------------|-----------------------------------------------------------|-----|-------|-----|--------|-----|--------|
| 02.05.02.007-0 | ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL                        | R\$ | 24,20 | R\$ | 65,80  | R\$ | 90,00  |
| 02.05.02.008-9 | ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)     | R\$ | 24,20 | R\$ | 65,80  | R\$ | 90,00  |
| 02.05.02.009-7 | ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL                        | R\$ | 24,20 | R\$ | 65,80  | R\$ | 90,00  |
| 02.05.02.010-0 | ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL            | R\$ | 24,20 | R\$ | 65,80  | R\$ | 90,00  |
| 02.05.02.011-9 | ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)             | R\$ | 24,20 | R\$ | 85,80  | R\$ | 110,00 |
| 02.05.02.012-7 | ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE                              | R\$ | 24,20 | R\$ | 65,80  | R\$ | 90,00  |
| 02.05.02.014-3 | ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA                               | R\$ | 24,20 | R\$ | 65,80  | R\$ | 90,00  |
| 02.05.02.015-1 | ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO | R\$ | 39,60 | R\$ | 80,40  | R\$ | 120,00 |
| 02.05.02.016-0 | ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)                   | R\$ | 24,20 | R\$ | 65,80  | R\$ | 90,00  |
| 02.05.02.017-8 | ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA                           | R\$ | 24,20 | R\$ | 85,80  | R\$ | 110,00 |
| 02.05.02.018-6 | ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL                             | R\$ | 24,20 | R\$ | 65,80  | R\$ | 90,00  |
| 02.05.02.900-1 | ECODOPPLER DE BOLSA ESCROTAL                              | R\$ | -     | R\$ | 180,00 | R\$ | 180,00 |
| 02.05.02.900-2 | ECODOPPLER DE TIREOIDE                                    | R\$ | -     | R\$ | 180,00 | R\$ | 180,00 |
| 02.05.02.900-3 | ECODOPPLER ORGAOS OU ESTRUTURAS SUPERFICIAIS              | R\$ | -     | R\$ | 180,00 | R\$ | 180,00 |
| 02.05.02.900-4 | ECODOPPLER TRANSVAGINAL                                   | R\$ | -     | R\$ | 180,00 | R\$ | 180,00 |
| 02.05.02.900-5 | ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL       | R\$ | -     | R\$ | 112,14 | R\$ | 112,14 |
| 02.05.02.900-6 | ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL                      | R\$ | -     | R\$ | 90,00  | R\$ | 90,00  |
| 02.05.02.900-7 | ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES                          | R\$ | -     | R\$ | 95,31  | R\$ | 95,31  |
| 02.05.02.900-8 | ULTRASSONOGRAFIA DE REGIAO INGUINAL                       | R\$ | -     | R\$ | 90,00  | R\$ | 90,00  |
| 02.05.02.900-9 | ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA MORFOLOGICA                   | R\$ | -     | R\$ | 260,00 | R\$ | 260,00 |
| 02.05.02.905-0 | ULTRASSONOGRAFIA PARA PESQUISA DE ENDOMETRIOSE            | R\$ | -     | R\$ | 350,00 | R\$ | 350,00 |
|                |                                                           |     |       |     |        |     |        |

#### UROLOGIA

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                   | VALOR SUS | VALOR COMP | VALOR CIS  |
|----------------|--------------------------------|-----------|------------|------------|
| 02.11.09.001-8 | AVALIACAO URODINAMICA COMPLETA | R\$ 7,62  | R\$ 392,38 | R\$ 400,00 |
| 02.11.09.004-2 | CISTOMETRIA SIMPLES            | R\$ 8,82  | R\$ 331,18 | R\$ 340,00 |
| 02.04.05.017-0 | URETROCISTOGRAFIA              | R\$ 52,11 | R\$ 297,89 | R\$ 350,00 |
| 02.11.09.007-7 | UROFLUXOMETRIA                 | R\$ 8,82  | R\$ 171,18 | R\$ 180,00 |

#### INTERNAÇÃO PSIQUIATRICA

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                                                                                                      | VALOR SUS | VALOR COMP | VALOR CIS  |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|
| 03.03.17.020-4 | TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA POR DIA (COM DURAÇÃO SUPERIOR A 90 DIAS DE INTERNAÇÃO OU REINTERNAÇÃO ANTES DE 30 DIAS) | R\$ 26,91 | R\$ 193,09 | R\$ 220,00 |

#### ANALISES CLÍNICAS

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                                                           | VALOR SUS | VALOR COMP | VALOR CIS |
|----------------|------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|-----------|
| 02.02.01.001-5 | CLEARANCE OSMOLAR                                                      | R\$ 3,51  | R\$ -      | R\$ 3,51  |
| 02.02.01.002-3 | DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO                         | R\$ 2,01  | R\$ 0,86   | R\$ 2,87  |
| 02.02.01.003-1 | DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS                           | R\$ 15,65 | R\$ -      | R\$ 15,65 |
| 02.02.01.004-0 | DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)                           | R\$ 3,63  | R\$ 1,56   | R\$ 5,19  |
| 02.02.01.005-8 | DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA ( 5 DOSAGENS) | R\$ 6,55  | R\$ -      | R\$ 6,55  |
| 02.02.01.006-6 | DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)  | R\$ 3,68  | R\$ -      | R\$ 3,68  |
| 02.02.01.007-4 | DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)                  | R\$ 10,00 | R\$ -      | R\$ 10,00 |
| 02.02.01.008-2 | DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE                                           | R\$ 3,51  | R\$ -      | R\$ 3,51  |
| 02.02.01.009-0 | DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE                                              | R\$ 3,51  | R\$ -      | R\$ 3,51  |
| 02.02.01.010-4 | DOSAGEM DE ACETONA                                                     | R\$ 1,85  | R\$ -      | R\$ 1,85  |
| 02.02.01.011-2 | DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO                                             | R\$ 2,01  | R\$ -      | R\$ 2,01  |
| 02.02.01.012-0 | DOSAGEM DE ACIDO URICO                                                 | R\$ 1,85  | R\$ 2,15   | R\$ 4,00  |
| 02.02.01.013-9 | DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO                                        | R\$ 9,00  | R\$ 1,35   | R\$ 10,35 |
| 02.02.01.014-7 | DOSAGEM DE ALDOLASE                                                    | R\$ 3,68  | R\$ -      | R\$ 3,68  |
| 02.02.01.015-5 | DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA                                         | R\$ 3,68  | R\$ -      | R\$ 3,68  |
| 02.02.01.016-3 | DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA                                  | R\$ 3,68  | R\$ 1,59   | R\$ 5,27  |
| 02.02.01.017-1 | DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA                                       | R\$ 3,68  | R\$ -      | R\$ 3,68  |
| 02.02.01.018-0 | DOSAGEM DE AMILASE                                                     | R\$ 2,25  | R\$ 1,75   | R\$ 4,00  |
| 02.02.01.019-8 | DOSAGEM DE AMONIA                                                      | R\$ 3,51  | R\$ 0,53   | R\$ 4,04  |
| 02.02.01.020-1 | DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES                                 | R\$ 2,01  | R\$ 1,99   | R\$ 4,00  |
| 02.02.01.021-0 | DOSAGEM DE CALCIO                                                      | R\$ 1,85  | R\$ 2,15   | R\$ 4,00  |
| 02.02.01.022-8 | DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL                                            | R\$ 3,51  | R\$ 1,51   | R\$ 5,02  |
| 02.02.01.023-6 | DOSAGEM DE CAROTENO                                                    | R\$ 2,01  | R\$ -      | R\$ 2,01  |

|                |                                                                    |     |       |     |        |     |        |
|----------------|--------------------------------------------------------------------|-----|-------|-----|--------|-----|--------|
| 02.02.01.025-2 | DOSAGEM DE CERULOPLASMINA                                          | R\$ | 3,68  | R\$ | -      | R\$ | 3,68   |
| 02.02.01.026-0 | DOSAGEM DE CLORETO                                                 | R\$ | 1,85  | R\$ | 2,15   | R\$ | 4,00   |
| 02.02.01.027-9 | DOSAGEM DE COLESTEROL HDL                                          | R\$ | 3,51  | R\$ | 5,19   | R\$ | 8,70   |
| 02.02.01.028-7 | DOSAGEM DE COLESTEROL LDL                                          | R\$ | 3,51  | R\$ | 7,99   | R\$ | 11,50  |
| 02.02.01.029-5 | DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL                                        | R\$ | 1,85  | R\$ | 2,15   | R\$ | 4,00   |
| 02.02.01.030-9 | DOSAGEM DE COLINESTERASE                                           | R\$ | 3,68  | R\$ | 0,55   | R\$ | 4,23   |
| 02.02.01.031-7 | DOSAGEM DE CREATININA                                              | R\$ | 1,85  | R\$ | 2,15   | R\$ | 4,00   |
| 02.02.01.032-5 | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)                              | R\$ | 3,68  | R\$ | 0,55   | R\$ | 4,23   |
| 02.02.01.033-3 | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB                          | R\$ | 4,12  | R\$ | 0,11   | R\$ | 4,23   |
| 02.02.01.034-1 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA                      | R\$ | 3,51  | R\$ | -      | R\$ | 3,51   |
| 02.02.01.035-0 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA                                 | R\$ | 3,51  | R\$ | -      | R\$ | 3,51   |
| 02.02.01.036-8 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA                                    | R\$ | 3,68  | R\$ | 0,55   | R\$ | 4,23   |
| 02.02.01.037-6 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)           | R\$ | 3,68  | R\$ | 2,51   | R\$ | 6,19   |
| 02.02.01.038-4 | DOSAGEM DE FERRITINA                                               | R\$ | 15,59 | R\$ | -      | R\$ | 15,59  |
| 02.02.01.039-2 | DOSAGEM DE FERRO SERICO                                            | R\$ | 3,51  | R\$ | 0,49   | R\$ | 4,00   |
| 02.02.01.040-6 | DOSAGEM DE FOLATO                                                  | R\$ | 15,65 | R\$ | 2,35   | R\$ | 18,00  |
| 02.02.01.041-4 | DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL                                   | R\$ | 2,01  | R\$ | -      | R\$ | 2,01   |
| 02.02.01.042-2 | DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA                                      | R\$ | 2,01  | R\$ | 0,30   | R\$ | 2,31   |
| 02.02.01.043-0 | DOSAGEM DE FOSFORO                                                 | R\$ | 1,85  | R\$ | 2,15   | R\$ | 4,00   |
| 02.02.01.044-9 | DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA                    | R\$ | 2,01  | R\$ | 0,30   | R\$ | 2,31   |
| 02.02.01.045-7 | DOSAGEM DE GALACTOSE                                               | R\$ | 3,51  | R\$ | -      | R\$ | 3,51   |
| 02.02.01.046-5 | DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)                     | R\$ | 3,51  | R\$ | 0,53   | R\$ | 4,04   |
| 02.02.01.047-3 | DOSAGEM DE GLICOSE                                                 | R\$ | 1,85  | R\$ | 2,15   | R\$ | 4,00   |
| 02.02.01.048-1 | DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE                         | R\$ | 3,68  | R\$ | 0,55   | R\$ | 4,23   |
| 02.02.01.049-0 | DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA                                            | R\$ | 3,68  | R\$ | -      | R\$ | 3,68   |
| 02.02.01.050-3 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA                                 | R\$ | 7,86  | R\$ | 0,46   | R\$ | 8,32   |
| 02.02.01.051-1 | DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA                                          | R\$ | 3,68  | R\$ | -      | R\$ | 3,68   |
| 02.02.01.052-0 | DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE                                   | R\$ | 3,51  | R\$ | -      | R\$ | 3,51   |
| 02.02.01.053-8 | DOSAGEM DE LACTATO                                                 | R\$ | 3,68  | R\$ | 0,55   | R\$ | 4,23   |
| 02.02.01.054-6 | DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE                                  | R\$ | 3,51  | R\$ | -      | R\$ | 3,51   |
| 02.02.01.055-4 | DOSAGEM DE LIPASE                                                  | R\$ | 2,25  | R\$ | 3,55   | R\$ | 5,80   |
| 02.02.01.056-2 | DOSAGEM DE MAGNESIO                                                | R\$ | 2,01  | R\$ | 0,86   | R\$ | 2,87   |
| 02.02.01.057-0 | DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS                                          | R\$ | 2,01  | R\$ | 0,30   | R\$ | 2,31   |
| 02.02.01.058-9 | DOSAGEM DE PIRUVATO                                                | R\$ | 3,68  | R\$ | -      | R\$ | 3,68   |
| 02.02.01.059-7 | DOSAGEM DE PORFIRINAS                                              | R\$ | 3,51  | R\$ | -      | R\$ | 3,51   |
| 02.02.01.060-0 | DOSAGEM DE POTASSIO                                                | R\$ | 1,85  | R\$ | 2,15   | R\$ | 4,00   |
| 02.02.01.061-9 | DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS                                        | R\$ | 1,40  | R\$ | 0,21   | R\$ | 1,61   |
| 02.02.01.062-7 | DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES                              | R\$ | 1,85  | R\$ | 2,15   | R\$ | 4,00   |
| 02.02.01.063-5 | DOSAGEM DE SODIO                                                   | R\$ | 1,85  | R\$ | 2,15   | R\$ | 4,00   |
| 02.02.01.064-3 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)                | R\$ | 2,01  | R\$ | 1,99   | R\$ | 4,00   |
| 02.02.01.065-1 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)                   | R\$ | 2,01  | R\$ | 1,99   | R\$ | 4,00   |
| 02.02.01.066-0 | DOSAGEM DE TRANSFERRINA                                            | R\$ | 4,12  | R\$ | 1,77   | R\$ | 5,89   |
| 02.02.01.067-8 | DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS                                          | R\$ | 3,51  | R\$ | 2,29   | R\$ | 5,80   |
| 02.02.01.068-6 | DOSAGEM DE TRIPTOFANO                                              | R\$ | 3,51  | R\$ | -      | R\$ | 3,51   |
| 02.02.01.069-4 | DOSAGEM DE UREIA                                                   | R\$ | 1,85  | R\$ | 2,15   | R\$ | 4,00   |
| 02.02.01.070-8 | DOSAGEM DE VITAMINA B12                                            | R\$ | 15,24 | R\$ | 2,76   | R\$ | 18,00  |
| 02.02.01.071-6 | ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS                                      | R\$ | 3,68  | R\$ | 0,55   | R\$ | 4,23   |
| 02.02.01.072-4 | ELETROFORESE DE PROTEINAS                                          | R\$ | 4,42  | R\$ | 1,90   | R\$ | 6,32   |
| 02.02.01.073-2 | GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE ) | R\$ | 15,65 | R\$ | 59,35  | R\$ | 75,00  |
| 02.02.01.074-0 | PROVA DA D-XILOSE                                                  | R\$ | 3,68  | R\$ | -      | R\$ | 3,68   |
| 02.02.01.075-9 | TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS            | R\$ | 6,55  | R\$ | -      | R\$ | 6,55   |
| 02.02.01.076-7 | DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D                                    | R\$ | 15,24 | R\$ | 15,00  | R\$ | 30,24  |
| 02.02.01.077-5 | DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO             | R\$ | 1,53  | R\$ | 2,17   | R\$ | 3,70   |
| 02.02.01.078-3 | ACIDEZ TITULAVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)                          | R\$ | 3,04  | R\$ | 2,02   | R\$ | 5,06   |
| 02.02.01.900-1 | DOSAGEM DE PSA LIVRE E TOTAL                                       | R\$ | -     | R\$ | 18,53  | R\$ | 18,53  |
| 02.02.01.900-2 | CA 19-9                                                            | R\$ | -     | R\$ | 30,00  | R\$ | 30,00  |
| 02.02.01.900-3 | TESTE DE TOLERANCIA (ABSORÇÃO) A LACTOSE                           | R\$ | -     | R\$ | 60,00  | R\$ | 60,00  |
| 02.02.01.900-4 | DEFICIENCIA DE LACTOSE CONGENITA MOLECULAR                         | R\$ | -     | R\$ | 160,00 | R\$ | 160,00 |

|                |                                                                                                                                                                                        |           |            |            |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|
| 02.02.01.900-5 | HLA-B27- DETECÇÃO POR PCR                                                                                                                                                              | R\$ -     | R\$ 65,00  | R\$ 65,00  |
| 02.02.01.900-6 | FRUTOSAMINA                                                                                                                                                                            | R\$ -     | R\$ 20,00  | R\$ 20,00  |
| 02.02.01.900-7 | CREATINA QUINASE - MB ATIVIDADE (CPKMB)                                                                                                                                                | R\$ -     | R\$ 20,00  | R\$ 20,00  |
| 02.02.01.900-8 | INDICE DE SATURAÇÃO DE TRANSFERRINA - IST                                                                                                                                              | R\$ -     | R\$ 19,00  | R\$ 19,00  |
| 02.02.01.900-9 | DOSAGEM DE ACIDO FOLICO                                                                                                                                                                | R\$ -     | R\$ 25,00  | R\$ 25,00  |
| 02.02.01.901-0 | HOMOCISTEINA                                                                                                                                                                           | R\$ -     | R\$ 40,00  | R\$ 40,00  |
| 02.02.01.901-1 | PROTOPORFIRINA ZINCO                                                                                                                                                                   | R\$ -     | R\$ 50,00  | R\$ 50,00  |
| 02.02.01.901-2 | VITAMINA B1                                                                                                                                                                            | R\$ -     | R\$ 99,00  | R\$ 99,00  |
| 02.02.01.901-3 | DOSAGEM DE CROMO SERICO                                                                                                                                                                | R\$ -     | R\$ 28,00  | R\$ 28,00  |
| 02.02.01.901-4 | DOSAGEM DE SELENIO SERICO                                                                                                                                                              | R\$ -     | R\$ 38,00  | R\$ 38,00  |
| 02.02.01.901-5 | FOSFATASE ALCALINA - FRAÇÃO OSSEA                                                                                                                                                      | R\$ -     | R\$ 100,00 | R\$ 100,00 |
| 02.02.01.901-6 | HELICOBACTER PYLORI- IGG                                                                                                                                                               | R\$ -     | R\$ 28,00  | R\$ 28,00  |
| 02.02.01.901-7 | FOSFORO - URINA 24 HORAS                                                                                                                                                               | R\$ -     | R\$ 11,00  | R\$ 11,00  |
| 02.02.01.901-8 | CAPACIDADE TOTAL DE LIGAÇÃO DE FERRO                                                                                                                                                   | R\$ -     | R\$ 20,00  | R\$ 20,00  |
| 02.02.01.901-9 | CAPACIDADE LATENTE DE LIGAÇÃO DE FERRO                                                                                                                                                 | R\$ -     | R\$ 20,00  | R\$ 20,00  |
| 02.02.01.902-0 | IGE ESPECÍFICO (alimentos grão de soja- leite- ovo- trigo-glúten - lactose-clara de ovo- gema de ovo- cacau- caseína- alfa-lactoal- fungos- árvores- poeira- gramíneas, etc...) (CADA) | R\$ -     | R\$ 25,00  | R\$ 25,00  |
| 02.02.02.001-0 | CITOQUIMICA HEMATOLOGICA                                                                                                                                                               | R\$ 6,48  | R\$ -      | R\$ 6,48   |
| 02.02.02.002-9 | CONTAGEM DE PLAQUETAS                                                                                                                                                                  | R\$ 2,73  | R\$ 1,18   | R\$ 3,91   |
| 02.02.02.003-7 | CONTAGEM DE RETICULOCITOS                                                                                                                                                              | R\$ 2,73  | R\$ -      | R\$ 2,73   |
| 02.02.02.004-5 | CONTAGEM DE RETICULOCITOS                                                                                                                                                              | R\$ 2,73  | R\$ -      | R\$ 2,73   |
| 02.02.02.005-3 | DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)                                                                                                                                          | R\$ 2,73  | R\$ -      | R\$ 2,73   |
| 02.02.02.006-1 | DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMOGLOBINA                                                                                                                                                      | R\$ 2,73  | R\$ 0,41   | R\$ 3,14   |
| 02.02.02.007-0 | DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO                                                                                                                                                    | R\$ 2,73  | R\$ 1,18   | R\$ 3,91   |
| 02.02.02.008-8 | DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA                                                                                                                                           | R\$ 2,73  | R\$ -      | R\$ 2,73   |
| 02.02.02.009-6 | DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE                                                                                                                                             | R\$ 2,73  | R\$ 1,18   | R\$ 3,91   |
| 02.02.02.010-0 | DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY                                                                                                                                            | R\$ 9,00  | R\$ -      | R\$ 9,00   |
| 02.02.02.011-8 | DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS                                                                                                                                         | R\$ 5,79  | R\$ -      | R\$ 5,79   |
| 02.02.02.012-6 | DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA                                                                                                                                                      | R\$ 2,85  | R\$ 1,23   | R\$ 4,08   |
| 02.02.02.013-4 | DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)                                                                                                                  | R\$ 5,77  | R\$ 2,17   | R\$ 7,94   |
| 02.02.02.014-2 | DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)                                                                                                                                 | R\$ 2,73  | R\$ 1,27   | R\$ 4,00   |
| 02.02.02.015-0 | DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTAÇÃO (VHS)                                                                                                                                 | R\$ 2,73  | R\$ 1,27   | R\$ 4,00   |
| 02.02.02.016-9 | DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE                                                                                                                                                   | R\$ 4,11  | R\$ 0,62   | R\$ 4,73   |
| 02.02.02.017-7 | DOSAGEM DE ANTITROMBINA III                                                                                                                                                            | R\$ -     | R\$ 38,00  | R\$ 38,00  |
| 02.02.02.018-5 | DOSAGEM DE FATOR II                                                                                                                                                                    | R\$ 5,31  | R\$ -      | R\$ 5,31   |
| 02.02.02.019-3 | DOSAGEM DE FATOR IX                                                                                                                                                                    | R\$ 7,61  | R\$ -      | R\$ 7,61   |
| 02.02.02.020-7 | DOSAGEM DE FATOR V                                                                                                                                                                     | R\$ 4,73  | R\$ -      | R\$ 4,73   |
| 02.02.02.021-5 | DOSAGEM DE FATOR VII                                                                                                                                                                   | R\$ 8,09  | R\$ -      | R\$ 8,09   |
| 02.02.02.022-3 | DOSAGEM DE FATOR VIII                                                                                                                                                                  | R\$ 6,63  | R\$ -      | R\$ 6,63   |
| 02.02.02.023-1 | DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)                                                                                                                                                       | R\$ 15,00 | R\$ -      | R\$ 15,00  |
| 02.02.02.024-0 | DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)                                                                                                                                             | R\$ 18,91 | R\$ -      | R\$ 18,91  |
| 02.02.02.025-8 | DOSAGEM DE FATOR X                                                                                                                                                                     | R\$ 6,66  | R\$ -      | R\$ 6,66   |
| 02.02.02.026-6 | DOSAGEM DE FATOR XI                                                                                                                                                                    | R\$ 9,11  | R\$ -      | R\$ 9,11   |
| 02.02.02.027-4 | DOSAGEM DE FATOR XII                                                                                                                                                                   | R\$ 10,51 | R\$ -      | R\$ 10,51  |
| 02.02.02.028-2 | DOSAGEM DE FATOR XIII                                                                                                                                                                  | R\$ 6,66  | R\$ -      | R\$ 6,66   |
| 02.02.02.029-0 | DOSAGEM DE FIBRINOGENIO                                                                                                                                                                | R\$ 4,60  | R\$ 1,98   | R\$ 6,58   |
| 02.02.02.030-4 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA                                                                                                                                                                 | R\$ 1,53  | R\$ 0,23   | R\$ 1,76   |
| 02.02.02.031-2 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC                                                                                                                                          | R\$ 2,73  | R\$ 0,41   | R\$ 3,14   |
| 02.02.02.032-0 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL                                                                                                                                                           | R\$ 2,73  | R\$ 0,00   | R\$ 2,73   |
| 02.02.02.033-9 | DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA                                                                                                                                                               | R\$ 2,73  | R\$ 0,41   | R\$ 3,14   |
| 02.02.02.034-7 | DOSAGEM DE PLASMINOGENIO                                                                                                                                                               | R\$ 4,11  | R\$ 0,62   | R\$ 4,73   |
| 02.02.02.035-5 | ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA                                                                                                                                                            | R\$ 5,41  | R\$ 2,32   | R\$ 7,73   |
| 02.02.02.036-3 | ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)                                                                                                                                    | R\$ 2,73  | R\$ 0,41   | R\$ 3,14   |
| 02.02.02.037-1 | HEMATOCRITO                                                                                                                                                                            | R\$ 1,53  | R\$ 1,61   | R\$ 3,14   |

|                |                                                 |     |       |     |      |     |       |
|----------------|-------------------------------------------------|-----|-------|-----|------|-----|-------|
| 02.02.02.038-0 | HEMOGRAMA COMPLETO                              | R\$ | 4,11  | R\$ | 7,39 | R\$ | 11,50 |
| 02.02.02.039-8 | LEUCOGRAMA                                      | R\$ | 2,73  | R\$ | 2,73 | R\$ | 5,46  |
| 02.02.02.040-1 | PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA | R\$ | 25,00 | R\$ | -    | R\$ | 25,00 |
| 02.02.02.041-0 | PESQUISA DE CELULAS LE                          | R\$ | 4,11  | R\$ | 1,77 | R\$ | 5,88  |

|                |                                                                  |     |        |     |       |     |        |
|----------------|------------------------------------------------------------------|-----|--------|-----|-------|-----|--------|
| 02.02.02.042-8 | PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ                                 | R\$ | 2,73   | R\$ | 0,41  | R\$ | 3,14   |
| 02.02.02.043-6 | PESQUISA DE FILARIA                                              | R\$ | 2,73   | R\$ | 0,41  | R\$ | 3,14   |
| 02.02.02.044-4 | PESQUISA DE HEMOGLOBINA S                                        | R\$ | 2,73   | R\$ | 0,41  | R\$ | 3,14   |
| 02.02.02.046-0 | PESQUISA DE TRIPANOSSOMA                                         | R\$ | 2,73   | R\$ | -     | R\$ | 2,73   |
| 02.02.02.048-7 | PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA                                  | R\$ | 4,11   | R\$ | 0,62  | R\$ | 4,73   |
| 02.02.02.049-5 | PROVA DE RETRACAO DO COAGULO                                     | R\$ | 2,73   | R\$ | 0,41  | R\$ | 3,14   |
| 02.02.02.050-9 | PROVA DO LACO                                                    | R\$ | 2,73   | R\$ | 0,41  | R\$ | 3,14   |
| 02.02.02.051-7 | RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS                | R\$ | 2,73   | R\$ | -     | R\$ | 2,73   |
| 02.02.02.052-5 | TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS                                  | R\$ | 12,00  | R\$ | -     | R\$ | 12,00  |
| 02.02.02.053-3 | TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)                                    | R\$ | 2,73   | R\$ | -     | R\$ | 2,73   |
| 02.02.02.054-1 | TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)                       | R\$ | 2,73   | R\$ | 2,97  | R\$ | 5,70   |
| 02.02.02.055-0 | DOSAGEM DE PROTEINA C FUNCIONAL                                  | R\$ | -      | R\$ | 75,00 | R\$ | 75,00  |
| 02.02.02.057-6 | PESQUISA DE ANTICOAGULANTE LUPICO                                | R\$ | -      | R\$ | 35,00 | R\$ | 35,00  |
| 02.02.03.001-6 | CONTAGEM DE LINFOCITOS B                                         | R\$ | 15,00  | R\$ | -     | R\$ | 15,00  |
| 02.02.03.002-4 | CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8                                   | R\$ | 15,00  | R\$ | -     | R\$ | 15,00  |
| 02.02.03.003-2 | CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS                                  | R\$ | 15,00  | R\$ | -     | R\$ | 15,00  |
| 02.02.03.004-0 | DETECCAO DE ACIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO)              | R\$ | 65,00  | R\$ | -     | R\$ | 65,00  |
| 02.02.03.005-9 | DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)             | R\$ | 96,00  | R\$ | -     | R\$ | 96,00  |
| 02.02.03.006-7 | DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)                               | R\$ | 9,25   | R\$ | 3,99  | R\$ | 13,24  |
| 02.02.03.007-5 | DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE                                 | R\$ | 2,83   | R\$ | 2,92  | R\$ | 5,75   |
| 02.02.03.008-3 | DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA                  | R\$ | 9,25   | R\$ | 1,39  | R\$ | 10,64  |
| 02.02.03.009-1 | DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA                                     | R\$ | 15,06  | R\$ | -     | R\$ | 15,06  |
| 02.02.03.010-5 | DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)                  | R\$ | 16,42  | R\$ | 18,58 | R\$ | 35,00  |
| 02.02.03.011-3 | DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA                                 | R\$ | 13,55  | R\$ | -     | R\$ | 13,55  |
| 02.02.03.012-1 | DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3                                        | R\$ | 17,16  | R\$ | -     | R\$ | 17,16  |
| 02.02.03.013-0 | DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4                                        | R\$ | 17,16  | R\$ | -     | R\$ | 17,16  |
| 02.02.03.014-8 | DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA                                        | R\$ | 2,83   | R\$ | 0,42  | R\$ | 3,25   |
| 02.02.03.015-6 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)                                | R\$ | 17,16  | R\$ | 2,57  | R\$ | 19,73  |
| 02.02.03.016-4 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)                                | R\$ | 9,25   | R\$ | 2,36  | R\$ | 11,61  |
| 02.02.03.018-0 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)                                | R\$ | 17,16  | R\$ | -     | R\$ | 17,16  |
| 02.02.03.019-9 | DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE                               | R\$ | 9,25   | R\$ | -     | R\$ | 9,25   |
| 02.02.03.020-2 | DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA                                    | R\$ | 2,83   | R\$ | 1,17  | R\$ | 4,00   |
| 02.02.03.021-0 | CENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C                               | R\$ | 298,48 | R\$ | -     | R\$ | 298,48 |
| 02.02.03.022-9 | IMUNOELETOFORESE DE PROTEINAS                                    | R\$ | 17,16  | R\$ | -     | R\$ | 17,16  |
| 02.02.03.023-7 | IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)           | R\$ | 80,00  | R\$ | -     | R\$ | 80,00  |
| 02.02.03.025-3 | PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA                       | R\$ | 10,00  | R\$ | 1,50  | R\$ | 11,50  |
| 02.02.03.026-1 | PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA                       | R\$ | 10,00  | R\$ | -     | R\$ | 10,00  |
| 02.02.03.027-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA                                  | R\$ | 8,67   | R\$ | 3,74  | R\$ | 12,41  |
| 02.02.03.028-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI                  | R\$ | 17,16  | R\$ | 2,58  | R\$ | 19,74  |
| 02.02.03.029-6 | TESTE CONFIRMATORIO COM PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1+HTLV2 | R\$ | 85,00  | R\$ | -     | R\$ | 85,00  |
| 02.02.03.030-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)                | R\$ | 10,00  | R\$ | 27,50 | R\$ | 37,50  |
| 02.02.03.031-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2                      | R\$ | 18,55  | R\$ | 2,78  | R\$ | 21,33  |
| 02.02.03.032-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)             | R\$ | 17,16  | R\$ | -     | R\$ | 17,16  |
| 02.02.03.033-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS                         | R\$ | 5,74   | R\$ | -     | R\$ | 5,74   |
| 02.02.03.034-2 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM                                   | R\$ | 17,16  | R\$ | 3,39  | R\$ | 20,55  |
| 02.02.03.035-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)                            | R\$ | 18,55  | R\$ | 2,78  | R\$ | 21,33  |
| 02.02.03.036-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)                            | R\$ | 18,55  | R\$ | 2,78  | R\$ | 21,33  |
| 02.02.03.037-7 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS                            | R\$ | 9,25   | R\$ | -     | R\$ | 9,25   |
| 02.02.03.038-5 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAAMEBAS                               | R\$ | 10,00  | R\$ | -     | R\$ | 10,00  |
| 02.02.03.039-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS                           | R\$ | 9,25   | R\$ | -     | R\$ | 9,25   |
| 02.02.03.040-7 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS                              | R\$ | 3,70   | R\$ | 1,02  | R\$ | 4,72   |
| 02.02.03.041-5 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO                            | R\$ | 5,83   | R\$ | -     | R\$ | 5,83   |
| 02.02.03.042-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLOURESCENCIA)     | R\$ | 10,00  | R\$ | 9,73  | R\$ | 19,73  |
| 02.02.03.043-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL                     | R\$ | 17,16  | R\$ | -     | R\$ | 17,16  |
| 02.02.03.044-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS                           | R\$ | 9,25   | R\$ | -     | R\$ | 9,25   |
| 02.02.03.045-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)                 | R\$ | 10,00  | R\$ | 4,32  | R\$ | 14,32  |
| 02.02.03.046-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES                       | R\$ | 9,70   | R\$ | 7,80  | R\$ | 17,50  |
| 02.02.03.047-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTISTREPTOLISINA O (ASLO)                | R\$ | 2,83   | R\$ | 2,92  | R\$ | 5,75   |



|                |                                                                                                  |     |       |     |      |     |       |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|-----|------|-----|-------|
| 02.02.03.048-2 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO                                                                | R\$ | 10,00 | R\$ | -    | R\$ | 10,00 |
| 02.02.03.050-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO                                                             | R\$ | 10,00 | R\$ | -    | R\$ | 10,00 |
| 02.02.03.051-2 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS                                                  | R\$ | 10,00 | R\$ | -    | R\$ | 10,00 |
| 02.02.03.052-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA                                                              | R\$ | 17,16 | R\$ | -    | R\$ | 17,16 |
| 02.02.03.053-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS                                                           | R\$ | 4,10  | R\$ | 0,62 | R\$ | 4,72  |
| 02.02.03.054-7 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA                                                              | R\$ | 5,50  | R\$ | -    | R\$ | 5,50  |
| 02.02.03.055-5 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS                                                           | R\$ | 17,16 | R\$ | 2,57 | R\$ | 19,73 |
| 02.02.03.056-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA                                                           | R\$ | 17,16 | R\$ | -    | R\$ | 17,16 |
| 02.02.03.057-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO                                                      | R\$ | 17,16 | R\$ | 2,57 | R\$ | 19,73 |
| 02.02.03.058-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO                                                          | R\$ | 17,16 | R\$ | -    | R\$ | 17,16 |
| 02.02.03.059-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO                                                                | R\$ | 17,16 | R\$ | 7,39 | R\$ | 24,55 |
| 02.02.03.060-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS                                                             | R\$ | 17,16 | R\$ | -    | R\$ | 17,16 |
| 02.02.03.061-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS                                                            | R\$ | 10,00 | R\$ | -    | R\$ | 10,00 |
| 02.02.03.062-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA                                                        | R\$ | 17,16 | R\$ | 2,57 | R\$ | 19,73 |
| 02.02.03.063-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)           | R\$ | 18,55 | R\$ | 2,78 | R\$ | 21,33 |
| 02.02.03.064-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)                       | R\$ | 18,55 | R\$ | 2,78 | R\$ | 21,33 |
| 02.02.03.065-2 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA                                                        | R\$ | 7,78  | R\$ | -    | R\$ | 7,78  |
| 02.02.03.066-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII                                               | R\$ | 9,71  | R\$ | -    | R\$ | 9,71  |
| 02.02.03.067-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)                                   | R\$ | 18,55 | R\$ | 2,79 | R\$ | 21,34 |
| 02.02.03.068-7 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)                                   | R\$ | 18,55 | R\$ | -    | R\$ | 18,55 |
| 02.02.03.069-5 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO                                                 | R\$ | 9,25  | R\$ | -    | R\$ | 9,25  |
| 02.02.03.070-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS                                      | R\$ | 4,10  | R\$ | -    | R\$ | 4,10  |
| 02.02.03.071-7 | PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO                             | R\$ | 18,55 | R\$ | -    | R\$ | 18,55 |
| 02.02.03.072-5 | PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA                                                          | R\$ | 17,16 | R\$ | -    | R\$ | 17,16 |
| 02.02.03.073-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTA O VIRUS EPSTEIN-BARR                                    | R\$ | 2,83  | R\$ | 0,42 | R\$ | 3,25  |
| 02.02.03.074-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS                                                   | R\$ | 11,00 | R\$ | 3,74 | R\$ | 14,74 |
| 02.02.03.075-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS                                                       | R\$ | 9,25  | R\$ | -    | R\$ | 9,25  |
| 02.02.03.076-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA                                                        | R\$ | 16,97 | R\$ | 4,36 | R\$ | 21,33 |
| 02.02.03.077-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI                                                 | R\$ | 9,25  | R\$ | -    | R\$ | 9,25  |
| 02.02.03.078-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL) | R\$ | 18,55 | R\$ | 2,78 | R\$ | 21,33 |
| 02.02.03.079-2 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS                                                      | R\$ | 30,00 | R\$ | -    | R\$ | 30,00 |
| 02.02.03.080-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (ANTI HAV-IGG)                           | R\$ | 18,55 | R\$ | 2,78 | R\$ | 21,33 |
| 02.02.03.081-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA                                             | R\$ | 17,16 | R\$ | 2,57 | R\$ | 19,73 |
| 02.02.03.082-2 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER                              | R\$ | 17,16 | R\$ | -    | R\$ | 17,16 |
| 02.02.03.083-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR                                           | R\$ | 17,16 | R\$ | -    | R\$ | 17,16 |
| 02.02.03.084-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS                                         | R\$ | 17,16 | R\$ | 2,57 | R\$ | 19,73 |
| 02.02.03.085-7 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS                                                   | R\$ | 11,61 | R\$ | 3,00 | R\$ | 14,61 |
| 02.02.03.086-5 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS                                                       | R\$ | 10,00 | R\$ | -    | R\$ | 10,00 |
| 02.02.03.087-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA                                                        | R\$ | 18,55 | R\$ | 2,78 | R\$ | 21,33 |
| 02.02.03.088-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI                                                 | R\$ | 9,25  | R\$ | -    | R\$ | 9,25  |
| 02.02.03.089-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)         | R\$ | 18,55 | R\$ | 2,78 | R\$ | 21,33 |
| 02.02.03.090-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS                                                      | R\$ | 20,00 | R\$ | -    | R\$ | 20,00 |
| 02.02.03.091-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (ANTI HAV-IGM)                           | R\$ | 18,55 | R\$ | 2,78 | R\$ | 21,33 |
| 02.02.03.092-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA                                             | R\$ | 17,16 | R\$ | 2,57 | R\$ | 19,73 |
| 02.02.03.093-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER                              | R\$ | 17,16 | R\$ | -    | R\$ | 17,16 |
| 02.02.03.094-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR                                           | R\$ | 17,16 | R\$ | -    | R\$ | 17,16 |
| 02.02.03.095-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS                                         | R\$ | 17,16 | R\$ | 2,57 | R\$ | 19,73 |
| 02.02.03.096-2 | PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)                                                    | R\$ | 13,35 | R\$ | 2,00 | R\$ | 15,35 |
| 02.02.03.097-0 | PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAC)                                | R\$ | 18,55 | R\$ | 2,78 | R\$ | 21,33 |
| 02.02.03.098-9 | PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAC)                                            | R\$ | 18,55 | R\$ | 2,78 | R\$ | 21,33 |
| 02.02.03.099-7 | DETECÇÃO DE CLAMÍDIA E GONOCOCO POR BIOLOGIA MOLECULAR                                           | R\$ | 60,00 | R\$ | -    | R\$ | 60,00 |
| 02.02.03.100-4 | PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS                                                                       | R\$ | 2,83  | R\$ | 0,42 | R\$ | 3,25  |
| 02.02.03.101-2 | PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)                                                       | R\$ | 4,10  | R\$ | 0,62 | R\$ | 4,72  |
| 02.02.03.102-0 | PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA                                                         | R\$ | 10,00 | R\$ | -    | R\$ | 10,00 |
| 02.02.03.103-9 | PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA                                           | R\$ | 9,25  | R\$ | -    | R\$ | 9,25  |
| 02.02.03.104-7 | PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)                                           | R\$ | 10,00 | R\$ | 1,50 | R\$ | 11,50 |
| 02.02.03.105-5 | PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)                                                                 | R\$ | 1,77  | R\$ | -    | R\$ | 1,77  |
| 02.02.03.106-3 | PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS                                                               | R\$ | 1,77  | R\$ | -    | R\$ | 1,77  |

|                |                                                                     |     |        |     |        |     |        |
|----------------|---------------------------------------------------------------------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|
| 02.02.03.107-1 | QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1                                       | R\$ | 18,00  | R\$ | -      | R\$ | 18,00  |
| 02.02.03.108-0 | QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C                         | R\$ | 168,48 | R\$ | -      | R\$ | 168,48 |
| 02.02.03.109-8 | TESTE TREPONEMICO P/ DETECCAO DE SIFILIS                            | R\$ | 4,10   | R\$ | 0,62   | R\$ | 4,72   |
| 02.02.03.110-1 | REACAO DE MONTENEGRO ID                                             | R\$ | 2,83   | R\$ | 0,42   | R\$ | 3,25   |
| 02.02.03.111-0 | TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS                        | R\$ | 2,83   | R\$ | 2,97   | R\$ | 5,80   |
| 02.02.03.114-4 | TESTES ALERGICOS DE CONTATO                                         | R\$ | 1,77   | R\$ | -      | R\$ | 1,77   |
| 02.02.03.115-2 | TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA                                 | R\$ | 1,77   | R\$ | -      | R\$ | 1,77   |
| 02.02.03.117-9 | TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES           | R\$ | 2,83   | R\$ | -      | R\$ | 2,83   |
| 02.02.03.118-7 | DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE RECOMBINANTE HUMANO IGA  | R\$ | 18,55  | R\$ | -      | R\$ | 18,55  |
| 02.02.03.119-5 | DOSAGEM DA FRACAO CIQ DO COMPLEMENTO                                | R\$ | 17,16  | R\$ | -      | R\$ | 17,16  |
| 02.02.03.120-9 | DOSAGEM DE TROPONINA                                                | R\$ | 9,00   | R\$ | -      | R\$ | 9,00   |
| 02.02.03.121-7 | DOSAGEM DO ANTIGENO CA 125                                          | R\$ | 13,35  | R\$ | -      | R\$ | 13,35  |
| 02.02.03.122-5 | EXAME LABORATORIAL PARA DOENCA DE GAUCHER I                         | R\$ | 80,00  | R\$ | -      | R\$ | 80,00  |
| 02.02.03.123-3 | EXAME LABORATORIAL PARA DOENCA DE GAUCHER II                        | R\$ | 120,00 | R\$ | -      | R\$ | 120,00 |
| 02.02.03.125-0 | DETECCAO DE RNA DO HTLV-1                                           | R\$ | 65,00  | R\$ | -      | R\$ | 65,00  |
| 02.02.03.126-8 | TESTE CONFIRMATORIO COM PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2 | R\$ | 85,00  | R\$ | -      | R\$ | 85,00  |
| 02.02.03.902-7 | ANTICORPOS ANTI-HIV I - HIV II (ELETROQUIMIOLUMINESCENCIA)          | R\$ | -      | R\$ | 20,00  | R\$ | 20,00  |
| 02.02.03.900-5 | CAPTURA HIBRIDA PARA HPV (ALTO E BAIXO RISCO)                       | R\$ | -      | R\$ | 190,00 | R\$ | 190,00 |
| 02.02.03.900-6 | CAPTURA HIBRIDA PARA HPV (ALTO RISCO)                               | R\$ | -      | R\$ | 150,00 | R\$ | 150,00 |
| 02.02.03.900-7 | ANTI-GLIADINA - IGA                                                 | R\$ | -      | R\$ | 25,00  | R\$ | 25,00  |
| 02.02.03.900-8 | ANTI-GLIADINA - IGG                                                 | R\$ | -      | R\$ | 25,00  | R\$ | 25,00  |
| 02.02.03.900-9 | ANTI-TRANSGLUTAMINASE IGA                                           | R\$ | -      | R\$ | 52,00  | R\$ | 52,00  |
| 02.02.03.901-0 | ANTI-TRANSGLUTAMINASE IGG                                           | R\$ | -      | R\$ | 52,00  | R\$ | 52,00  |
| 02.02.03.901-1 | ANTI-TPO ANTICORPOS                                                 | R\$ | -      | R\$ | 27,00  | R\$ | 27,00  |
| 02.02.03.901-2 | ANTI-CITOPLASMA DE NEUTROFILOS (ANCA)                               | R\$ | -      | R\$ | 52,00  | R\$ | 52,00  |
| 02.02.03.901-3 | ANTI-DNA (DUPLA HÉLICE) OU NATIVO                                   | R\$ | -      | R\$ | 23,00  | R\$ | 23,00  |
| 02.02.03.901-4 | ANTI-ENDOMISIO - ANTICORPOS IGA                                     | R\$ | -      | R\$ | 50,00  | R\$ | 50,00  |
| 02.02.03.901-5 | ANTI-ENDOMISIO - ANTICORPOS IGG                                     | R\$ | -      | R\$ | 31,00  | R\$ | 31,00  |
| 02.02.03.901-6 | CHLAMYDIA TRACHOMATIS IGG (IFI)                                     | R\$ | -      | R\$ | 35,00  | R\$ | 35,00  |
| 02.02.03.901-7 | CHLAMYDIA TRACHOMATIS IGM (IFI)                                     | R\$ | -      | R\$ | 35,00  | R\$ | 35,00  |
| 02.02.03.901-8 | DOSAGEM DO ANTIGENO CA 15-3                                         | R\$ | -      | R\$ | 33,00  | R\$ | 33,00  |
| 02.02.03.901-9 | HISTOPLASMOSE - ANTICORPOS                                          | R\$ | -      | R\$ | 53,00  | R\$ | 53,00  |
| 02.02.03.902-0 | MONONUCLEOSE - ANTICORPOS HETEROFILOS                               | R\$ | -      | R\$ | 20,00  | R\$ | 20,00  |
| 02.02.03.902-1 | CAXUMBA - ANTICORPOS IGG                                            | R\$ | -      | R\$ | 26,00  | R\$ | 26,00  |
| 02.02.03.902-2 | CAXUMBA - ANTICORPOS IGM                                            | R\$ | -      | R\$ | 26,00  | R\$ | 26,00  |
| 02.02.03.902-3 | CHAGAS - ANTICORPOS IGG                                             | R\$ | -      | R\$ | 25,00  | R\$ | 25,00  |
| 02.02.03.902-4 | CHAGAS - ANTICORPOS IGM                                             | R\$ | -      | R\$ | 25,00  | R\$ | 25,00  |
| 02.02.03.902-5 | ANTICORPOS IGG ANTI-GIARDIA LAMBLIA                                 | R\$ | -      | R\$ | 80,00  | R\$ | 80,00  |
| 02.02.03.902-6 | ANTICORPOS IGM ANTI-GIARDIA LAMBLIA                                 | R\$ | -      | R\$ | 98,00  | R\$ | 98,00  |
| 02.02.04.001-1 | DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL                                 | R\$ | 1,65   | R\$ | 0,25   | R\$ | 1,90   |
| 02.02.04.002-0 | DOSAGEM DE GORDURA FECAL                                            | R\$ | 3,04   | R\$ | -      | R\$ | 3,04   |
| 02.02.04.003-8 | EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL                                         | R\$ | 3,04   | R\$ | -      | R\$ | 3,04   |
| 02.02.04.004-6 | IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS                            | R\$ | 1,65   | R\$ | 0,25   | R\$ | 1,90   |
| 02.02.04.005-4 | PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)                | R\$ | 1,65   | R\$ | 2,35   | R\$ | 4,00   |
| 02.02.04.006-2 | PESQUISA DE EOSINOFILOS                                             | R\$ | 1,65   | R\$ | 0,25   | R\$ | 1,90   |
| 02.02.04.007-0 | PESQUISA DE GORDURA FECAL                                           | R\$ | 1,65   | R\$ | 0,25   | R\$ | 1,90   |
| 02.02.04.008-9 | PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES                                        | R\$ | 1,65   | R\$ | 1,35   | R\$ | 3,00   |
| 02.02.04.009-7 | PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES                                    | R\$ | 1,65   | R\$ | 1,35   | R\$ | 3,00   |
| 02.02.04.010-0 | PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES                                     | R\$ | 1,65   | R\$ | 1,25   | R\$ | 2,90   |

|                |                                                           |     |       |     |      |     |       |
|----------------|-----------------------------------------------------------|-----|-------|-----|------|-----|-------|
| 02.02.04.011-9 | PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA) | R\$ | 1,65  | R\$ | -    | R\$ | 1,65  |
| 02.02.04.012-7 | PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS                    | R\$ | 1,65  | R\$ | 4,15 | R\$ | 5,80  |
| 02.02.04.013-5 | PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES                           | R\$ | 10,25 | R\$ | 1,53 | R\$ | 11,78 |
| 02.02.04.014-3 | PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES                       | R\$ | 1,65  | R\$ | 2,35 | R\$ | 4,00  |
| 02.02.04.900-1 | EXAME IMUNOLOGICO FEZES                                   | R\$ | -     | R\$ | 5,00 | R\$ | 5,00  |
| 02.02.04.015-1 | PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES               | R\$ | 1,65  | R\$ | -    | R\$ | 1,65  |
| 02.02.04.016-0 | PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES                            | R\$ | 1,65  | R\$ | 0,25 | R\$ | 1,90  |
| 02.02.04.017-8 | PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES                         | R\$ | 1,65  | R\$ | 0,25 | R\$ | 1,90  |
| 02.02.04.900-1 | PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES                         | R\$ | -     | R\$ | 5,00 | R\$ | 5,00  |

|                |                                                                         |     |       |     |       |     |       |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|
| 02.02.05.001-7 | ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA           | R\$ | 3,70  | R\$ | 1,60  | R\$ | 5,30  |
| 02.02.05.002-5 | CLEARANCE DE CREATININA                                                 | R\$ | 3,51  | R\$ | 1,51  | R\$ | 5,02  |
| 02.02.05.003-3 | CLEARANCE DE FOSFATO                                                    | R\$ | 3,51  | R\$ | -     | R\$ | 3,51  |
| 02.02.05.004-1 | CLEARANCE DE UREIA                                                      | R\$ | 3,51  | R\$ | -     | R\$ | 3,51  |
| 02.02.05.005-0 | CONTAGEM DE ADDIS                                                       | R\$ | 2,04  | R\$ | 0,31  | R\$ | 2,35  |
| 02.02.05.006-8 | DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE                                            | R\$ | 3,70  | R\$ | -     | R\$ | 3,70  |
| 02.02.05.007-6 | IDENTIFICAÇÃO DE GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA) | R\$ | 3,70  | R\$ | -     | R\$ | 3,70  |
| 02.02.05.008-4 | DOSAGEM DE CITRATO                                                      | R\$ | 2,01  | R\$ | 9,15  | R\$ | 11,16 |
| 02.02.05.009-2 | DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA                                       | R\$ | 8,12  | R\$ | 3,50  | R\$ | 11,62 |
| 02.02.05.010-6 | DOSAGEM DE OXALATO                                                      | R\$ | 3,68  | R\$ | -     | R\$ | 3,68  |
| 02.02.05.011-4 | DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)                                | R\$ | 2,04  | R\$ | 0,96  | R\$ | 3,00  |
| 02.02.05.012-2 | DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS                          | R\$ | 3,04  | R\$ | -     | R\$ | 3,04  |
| 02.02.05.013-0 | EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS                                 | R\$ | 3,70  | R\$ | 0,56  | R\$ | 4,26  |
| 02.02.05.014-9 | PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)                   | R\$ | 3,70  | R\$ | -     | R\$ | 3,70  |
| 02.02.05.015-7 | PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA                                          | R\$ | 2,04  | R\$ | 0,31  | R\$ | 2,35  |
| 02.02.05.016-5 | PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA                                        | R\$ | 3,70  | R\$ | -     | R\$ | 3,70  |
| 02.02.05.017-3 | PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA                         | R\$ | 2,04  | R\$ | 0,31  | R\$ | 2,35  |
| 02.02.05.018-1 | PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA                                | R\$ | 2,40  | R\$ | -     | R\$ | 2,40  |
| 02.02.05.019-0 | PESQUISA DE CISTINA NA URINA                                            | R\$ | 2,04  | R\$ | 0,31  | R\$ | 2,35  |
| 02.02.05.020-3 | PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA                                     | R\$ | 2,04  | R\$ | 0,31  | R\$ | 2,35  |
| 02.02.05.021-1 | PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA                        | R\$ | 3,70  | R\$ | -     | R\$ | 3,70  |
| 02.02.05.022-0 | PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA                                       | R\$ | 2,04  | R\$ | 0,31  | R\$ | 2,35  |
| 02.02.05.023-8 | PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA                                            | R\$ | 2,04  | R\$ | 0,31  | R\$ | 2,35  |
| 02.02.05.024-6 | PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA                                          | R\$ | 3,36  | R\$ | -     | R\$ | 3,36  |
| 02.02.05.026-2 | PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA                                        | R\$ | 2,04  | R\$ | 0,31  | R\$ | 2,35  |
| 02.02.05.027-0 | PESQUISA DE LACTOSE NA URINA                                            | R\$ | 2,04  | R\$ | 0,31  | R\$ | 2,35  |
| 02.02.05.028-9 | PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA                                | R\$ | 3,70  | R\$ | -     | R\$ | 3,70  |
| 02.02.05.029-7 | PESQUISA DE PORFIBILINOGENIO NA URINA                                   | R\$ | 2,04  | R\$ | 0,31  | R\$ | 2,35  |
| 02.02.05.030-0 | PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)                      | R\$ | 4,44  | R\$ | -     | R\$ | 4,44  |
| 02.02.05.031-9 | PESQUISA DE TIROSINA NA URINA                                           | R\$ | 2,04  | R\$ | 0,31  | R\$ | 2,35  |
| 02.02.05.032-7 | PROVA DE DILUICAO (URINA)                                               | R\$ | 2,04  | R\$ | 0,31  | R\$ | 2,35  |
| 02.02.05.900-1 | CALCIO URINA 24HRS                                                      | R\$ | -     | R\$ | 15,00 | R\$ | 15,00 |
| 02.02.05.900-2 | PROTEINURIA                                                             | R\$ | -     | R\$ | 2,04  | R\$ | 2,04  |
| 02.02.05.900-3 | ALBUMINA                                                                | R\$ | -     | R\$ | 12,00 | R\$ | 12,00 |
| 02.02.05.900-4 | MICROALBUMINURIA                                                        | R\$ | -     | R\$ | 20,00 | R\$ | 20,00 |
| 02.02.06.001-2 | DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE                                | R\$ | 12,54 | R\$ | -     | R\$ | 12,54 |
| 02.02.06.002-0 | DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3                                          | R\$ | 12,54 | R\$ | -     | R\$ | 12,54 |
| 02.02.06.003-9 | DETERMINACAO DE T3 REVERSO                                              | R\$ | 14,69 | R\$ | -     | R\$ | 14,69 |
| 02.02.06.004-7 | DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA                                  | R\$ | 10,20 | R\$ | 0,15  | R\$ | 10,35 |
| 02.02.06.005-5 | DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS                                      | R\$ | 6,72  | R\$ | 0,31  | R\$ | 7,03  |
| 02.02.06.006-3 | DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES                                   | R\$ | 6,72  | R\$ | 0,31  | R\$ | 7,03  |
| 02.02.06.007-1 | DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)                   | R\$ | 6,72  | R\$ | 0,31  | R\$ | 7,03  |
| 02.02.06.008-0 | DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)                                  | R\$ | 14,12 | R\$ | 1,23  | R\$ | 15,35 |
| 02.02.06.009-8 | DOSAGEM DE ALDOSTERONA                                                  | R\$ | 11,89 | R\$ | -     | R\$ | 11,89 |
| 02.02.06.010-1 | DOSAGEM DE AMP CICLICO                                                  | R\$ | 12,01 | R\$ | -     | R\$ | 12,01 |
| 02.02.06.011-0 | DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA                                              | R\$ | 11,53 | R\$ | 2,82  | R\$ | 14,35 |
| 02.02.06.012-8 | DOSAGEM DE CALCITONINA                                                  | R\$ | 14,38 | R\$ | 3,51  | R\$ | 17,89 |
| 02.02.06.013-6 | DOSAGEM DE CORTISOL                                                     | R\$ | 9,86  | R\$ | 3,25  | R\$ | 13,11 |
| 02.02.06.014-4 | DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)                                | R\$ | 11,25 | R\$ | 2,75  | R\$ | 14,00 |
| 02.02.06.015-2 | DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)                                     | R\$ | 11,71 | R\$ | -     | R\$ | 11,71 |
| 02.02.06.016-0 | DOSAGEM DE ESTRADIOL                                                    | R\$ | 10,15 | R\$ | -     | R\$ | 10,15 |
| 02.02.06.017-9 | DOSAGEM DE ESTRIOL                                                      | R\$ | 11,55 | R\$ | 1,08  | R\$ | 12,63 |
| 02.02.06.018-7 | DOSAGEM DE ESTRONA                                                      | R\$ | 11,12 | R\$ | -     | R\$ | 11,12 |
| 02.02.06.019-5 | DOSAGEM DE GASTRINA                                                     | R\$ | 14,15 | R\$ | -     | R\$ | 14,15 |
| 02.02.06.020-9 | DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA                         | R\$ | 15,35 | R\$ | -     | R\$ | 15,35 |
| 02.02.06.021-7 | DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)               | R\$ | 7,85  | R\$ | 9,65  | R\$ | 17,50 |
| 02.02.06.022-5 | DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)                                | R\$ | 10,21 | R\$ | 2,49  | R\$ | 12,70 |
| 02.02.06.023-3 | DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)                          | R\$ | 7,89  | R\$ | 1,93  | R\$ | 9,82  |

|                |                                                    |     |       |     |       |     |       |
|----------------|----------------------------------------------------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|
| 02.02.06.024-1 | DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)              | R\$ | 8,97  | R\$ | 2,19  | R\$ | 11,16 |
| 02.02.06.025-0 | DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)         | R\$ | 8,96  | R\$ | 2,19  | R\$ | 11,15 |
| 02.02.06.026-8 | DOSAGEM DE INSULINA                                | R\$ | 10,17 | R\$ | 2,49  | R\$ | 12,66 |
| 02.02.06.027-6 | DOSAGEM DE PARATORMONIO                            | R\$ | 43,13 | R\$ | -     | R\$ | 43,13 |
| 02.02.06.028-4 | DOSAGEM DE PEPTIDEO C                              | R\$ | 15,35 | R\$ | -     | R\$ | 15,35 |
| 02.02.06.029-2 | DOSAGEM DE PROGESTERONA                            | R\$ | 10,22 | R\$ | 2,89  | R\$ | 13,11 |
| 02.02.06.030-6 | DOSAGEM DE PROLACTINA                              | R\$ | 10,15 | R\$ | 2,48  | R\$ | 12,63 |
| 02.02.06.031-4 | DOSAGEM DE RENINA                                  | R\$ | 13,19 | R\$ | -     | R\$ | 13,19 |
| 02.02.06.032-2 | DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)                   | R\$ | 15,35 | R\$ | 2,75  | R\$ | 18,10 |
| 02.02.06.033-0 | DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS) | R\$ | 13,11 | R\$ | 3,20  | R\$ | 16,31 |
| 02.02.06.034-9 | DOSAGEM DE TESTOSTERONA                            | R\$ | 10,43 | R\$ | 2,55  | R\$ | 12,98 |
| 02.02.06.035-7 | DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE                      | R\$ | 13,11 | R\$ | 3,20  | R\$ | 16,31 |
| 02.02.06.036-5 | DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA                          | R\$ | 15,35 | R\$ | 2,75  | R\$ | 18,10 |
| 02.02.06.037-3 | DOSAGEM DE TIROXINA (T4)                           | R\$ | 8,76  | R\$ | 2,14  | R\$ | 10,90 |
| 02.02.06.038-1 | DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)               | R\$ | 11,60 | R\$ | 2,00  | R\$ | 13,60 |
| 02.02.06.039-0 | DOSAGEM DE TRIODOTIRONINA (T3)                     | R\$ | 8,71  | R\$ | 2,13  | R\$ | 10,84 |
| 02.02.06.040-3 | TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH     | R\$ | 12,01 | R\$ | -     | R\$ | 12,01 |
| 02.02.06.041-1 | TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA | R\$ | 12,01 | R\$ | -     | R\$ | 12,01 |
| 02.02.06.042-0 | TESTE DE ESTIMULO COM GNRH OU COM AGONISTA GNRH    | R\$ | 12,01 | R\$ | -     | R\$ | 12,01 |
| 02.02.06.043-8 | TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON             | R\$ | 12,01 | R\$ | -     | R\$ | 12,01 |
| 02.02.06.044-6 | TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA   | R\$ | 12,01 | R\$ | -     | R\$ | 12,01 |
| 02.02.06.045-4 | TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE             | R\$ | 12,01 | R\$ | -     | R\$ | 12,01 |
| 02.02.06.046-2 | TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS        | R\$ | 8,43  | R\$ | 1,92  | R\$ | 10,35 |
| 02.02.06.047-0 | PESQUISA DE MACROPROLACTINA                        | R\$ | 12,15 | R\$ | -     | R\$ | 12,15 |
| 02.02.06.900-1 | DOSAGEM DE T3 LIVRE                                | R\$ | -     | R\$ | 8,71  | R\$ | 8,71  |
| 02.02.06.900-2 | TRAB - ANTICORPO ANTI-RECEPTOR DE TSH              | R\$ | -     | R\$ | 38,00 | R\$ | 38,00 |
| 02.02.06.900-3 | DOSAGEM DE ESTRADIOL - 17 BETA                     | R\$ | -     | R\$ | 20,00 | R\$ | 20,00 |
| 02.02.06.900-4 | DOSAGEM DE PROLACTINA POOL                         | R\$ | -     | R\$ | 20,00 | R\$ | 20,00 |
| 02.02.06.900-5 | CORTISOL - URINA 24 HORAS                          | R\$ | -     | R\$ | 20,00 | R\$ | 20,00 |
| 02.02.06.900-6 | GLOBULINA LIGADORA DE HORMONIOS SEXUAIS            | R\$ | -     | R\$ | 24,00 | R\$ | 24,00 |
| 02.02.07.001-8 | DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO             | R\$ | 2,06  | R\$ | 0,29  | R\$ | 2,35  |
| 02.02.07.002-6 | DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO                          | R\$ | 2,23  | R\$ | 0,12  | R\$ | 2,35  |
| 02.02.07.003-4 | DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO                         | R\$ | 3,68  | R\$ | -     | R\$ | 3,68  |
| 02.02.07.004-2 | DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO                    | R\$ | 2,04  | R\$ | 0,31  | R\$ | 2,35  |
| 02.02.07.005-0 | DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO                         | R\$ | 15,65 | R\$ | 2,35  | R\$ | 18,00 |
| 02.02.07.006-9 | DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE                         | R\$ | 3,51  | R\$ | -     | R\$ | 3,51  |
| 02.02.07.007-7 | DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO                          | R\$ | 2,01  | R\$ | -     | R\$ | 2,01  |
| 02.02.07.008-5 | DOSAGEM DE ALUMINIO                                | R\$ | 27,50 | R\$ | 0,50  | R\$ | 28,00 |
| 02.02.07.009-3 | DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS                        | R\$ | 10,00 | R\$ | -     | R\$ | 10,00 |
| 02.02.07.010-7 | DOSAGEM DE ANFETAMINAS                             | R\$ | 10,00 | R\$ | -     | R\$ | 10,00 |
| 02.02.07.011-5 | DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS             | R\$ | 10,00 | R\$ | -     | R\$ | 10,00 |
| 02.02.07.012-3 | DOSAGEM DE BARBITURATOS                            | R\$ | 13,13 | R\$ | 4,87  | R\$ | 18,00 |
| 02.02.07.013-1 | DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS                       | R\$ | 13,48 | R\$ | 4,52  | R\$ | 18,00 |
| 02.02.07.014-0 | DOSAGEM DE CADMIO                                  | R\$ | 6,55  | R\$ | -     | R\$ | 6,55  |
| 02.02.07.015-8 | DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA                           | R\$ | 17,53 | R\$ | 2,63  | R\$ | 20,16 |
| 02.02.07.016-6 | DOSAGEM DE CARBOXY-HEMOGLOBINA                     | R\$ | 4,11  | R\$ | 0,62  | R\$ | 4,73  |
| 02.02.07.017-4 | DOSAGEM DE CHUMBO                                  | R\$ | 8,83  | R\$ | -     | R\$ | 8,83  |
| 02.02.07.018-2 | DOSAGEM DE CICLOSPORINA                            | R\$ | 58,61 | R\$ | -     | R\$ | 58,61 |
| 02.02.07.019-0 | DOSAGEM DE COBRE                                   | R\$ | 3,51  | R\$ | -     | R\$ | 3,51  |
| 02.02.07.020-4 | DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)      | R\$ | 8,97  | R\$ | -     | R\$ | 8,97  |
| 02.02.07.021-2 | DOSAGEM DE ETOSUXIMIDA                             | R\$ | 15,65 | R\$ | -     | R\$ | 15,65 |
| 02.02.07.022-0 | DOSAGEM DE FENITOINA                               | R\$ | 35,22 | R\$ | -     | R\$ | 35,22 |
| 02.02.07.023-9 | DOSAGEM DE FENOL                                   | R\$ | 2,05  | R\$ | 0,30  | R\$ | 2,35  |
| 02.02.07.024-7 | DOSAGEM DE FORMALDEIDO                             | R\$ | 3,51  | R\$ | -     | R\$ | 3,51  |
| 02.02.07.025-5 | DOSAGEM DE LITIO                                   | R\$ | 2,25  | R\$ | 0,96  | R\$ | 3,21  |
| 02.02.07.026-3 | DOSAGEM DE MERCURIO                                | R\$ | 2,04  | R\$ | 0,31  | R\$ | 2,35  |
| 02.02.07.027-1 | DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA                        | R\$ | 4,11  | R\$ | 0,62  | R\$ | 4,73  |
| 02.02.07.028-0 | DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA                  | R\$ | 10,00 | R\$ | -     | R\$ | 10,00 |

|                |                                                                                     |     |       |     |       |     |       |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|
| 02.02.07.029-8 | DOSAGEM DE METOTREXATO                                                              | R\$ | 10,00 | R\$ | -     | R\$ | 10,00 |
| 02.02.07.030-1 | DOSAGEM DE QUINIDINA                                                                | R\$ | 10,00 | R\$ | -     | R\$ | 10,00 |
| 02.02.07.031-0 | DOSAGEM DE SALICILATOS                                                              | R\$ | 2,01  | R\$ | -     | R\$ | 2,01  |
| 02.02.07.032-8 | DOSAGEM DE SULFATOS                                                                 | R\$ | 3,51  | R\$ | -     | R\$ | 3,51  |
| 02.02.07.033-6 | DOSAGEM DE TEOFILINA                                                                | R\$ | 15,65 | R\$ | -     | R\$ | 15,65 |
| 02.02.07.034-4 | DOSAGEM DE TIOCIANATO                                                               | R\$ | 3,68  | R\$ | -     | R\$ | 3,68  |
| 02.02.07.035-2 | DOSAGEM DE ZINCO                                                                    | R\$ | 15,65 | R\$ | -     | R\$ | 15,65 |
| 02.02.08.001-3 | ANTIBIOGRAMA                                                                        | R\$ | 4,98  | R\$ | 1,15  | R\$ | 6,13  |
| 02.02.08.002-1 | ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA                                      | R\$ | 13,33 | R\$ | -     | R\$ | 13,33 |
| 02.02.08.003-0 | TESTE DE SENSIBILIDADE EM MEIO SOLIDO PARA FARMACOS CONTRA MICOBACTERIAS            | R\$ | 13,33 | R\$ | -     | R\$ | 13,33 |
| 02.02.08.004-8 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNOSTICA)                               | R\$ | 4,20  | R\$ | 1,81  | R\$ | 6,01  |
| 02.02.08.005-6 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)                                            | R\$ | 4,20  | R\$ | -     | R\$ | 4,20  |
| 02.02.08.006-4 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)                                   | R\$ | 4,20  | R\$ | -     | R\$ | 4,20  |
| 02.02.08.007-2 | BACTERIOSCOPIA (GRAM)                                                               | R\$ | 2,80  | R\$ | 5,20  | R\$ | 8,00  |
| 02.02.08.008-0 | CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO                                               | R\$ | 5,62  | R\$ | 2,42  | R\$ | 8,04  |
| 02.02.08.009-9 | CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO)                                         | R\$ | 5,62  | R\$ | -     | R\$ | 5,62  |
| 02.02.08.010-2 | CULTURA P/ HERPESVIRUS                                                              | R\$ | 4,33  | R\$ | 0,65  | R\$ | 4,98  |
| 02.02.08.011-0 | CULTURA SOLIDA PARA MICOBACTERIAS                                                   | R\$ | 5,63  | R\$ | 11,87 | R\$ | 17,50 |
| 02.02.08.012-9 | CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS                                                  | R\$ | 10,25 | R\$ | -     | R\$ | 10,25 |
| 02.02.08.013-7 | CULTURA PARA IDENTIFICACAO MORFOLOGICA DE FUNGOS                                    | R\$ | 4,19  | R\$ | 13,31 | R\$ | 17,50 |
| 02.02.08.014-5 | EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)                                              | R\$ | 2,80  | R\$ | 5,20  | R\$ | 8,00  |
| 02.02.08.015-3 | HEMOCULTURA                                                                         | R\$ | 11,49 | R\$ | -     | R\$ | 11,49 |
| 02.02.08.016-1 | IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS                                       | R\$ | 5,63  | R\$ | -     | R\$ | 5,63  |
| 02.02.08.017-0 | PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI                                                       | R\$ | 4,33  | R\$ | -     | R\$ | 4,33  |
| 02.02.08.018-8 | PESQUISA DE BACILO DIFTERICO                                                        | R\$ | 2,80  | R\$ | 0,42  | R\$ | 3,22  |
| 02.02.08.019-6 | PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A                               | R\$ | 4,33  | R\$ | 0,65  | R\$ | 4,98  |
| 02.02.08.020-0 | PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY                                                      | R\$ | 2,80  | R\$ | 0,42  | R\$ | 3,22  |
| 02.02.08.021-8 | PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI                                                     | R\$ | 4,33  | R\$ | -     | R\$ | 4,33  |
| 02.02.08.022-6 | PESQUISA DE LEPTOSPIRAS                                                             | R\$ | 2,80  | R\$ | 0,42  | R\$ | 3,22  |
| 02.02.08.023-4 | EXAMES DIRETO PARA PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM                                   | R\$ | 5,04  | R\$ | -     | R\$ | 5,04  |
| 02.02.08.024-2 | PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES                      | R\$ | 5,62  | R\$ | -     | R\$ | 5,62  |
| 02.02.08.025-0 | EXAME MICOLOGICO DIRETO                                                             | R\$ | -     | R\$ | 10,00 | R\$ | 10,00 |
| 02.02.08.900-1 | CULTURA - SECREÇÃO VAGINAL                                                          | R\$ | -     | R\$ | 19,00 | R\$ | 19,00 |
| 02.02.08.900-2 | COPROPORFIRINA - FEZES                                                              | R\$ | -     | R\$ | 75,00 | R\$ | 75,00 |
| 02.02.09.001-9 | ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES                                          | R\$ | 1,89  | R\$ | -     | R\$ | 1,89  |
| 02.02.09.002-7 | ADENOGRAMA                                                                          | R\$ | 5,79  | R\$ | -     | R\$ | 5,79  |
| 02.02.09.003-5 | CITOLOGIA P/ CLAMIDIA                                                               | R\$ | 4,33  | R\$ | -     | R\$ | 4,33  |
| 02.02.09.004-3 | CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS                                                            | R\$ | 4,33  | R\$ | -     | R\$ | 4,33  |
| 02.02.09.005-1 | CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR                                            | R\$ | 1,89  | R\$ | -     | R\$ | 1,89  |
| 02.02.09.006-0 | CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR                                                | R\$ | 1,89  | R\$ | -     | R\$ | 1,89  |
| 02.02.09.007-8 | DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECTINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO | R\$ | 6,56  | R\$ | -     | R\$ | 6,56  |
| 02.02.09.008-6 | DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO                                          | R\$ | 1,89  | R\$ | -     | R\$ | 1,89  |
| 02.02.09.009-4 | DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA                                            | R\$ | 2,01  | R\$ | 9,15  | R\$ | 11,16 |
| 02.02.09.010-8 | DOSAGEM DE FRUTOSE                                                                  | R\$ | 2,01  | R\$ | -     | R\$ | 2,01  |
| 02.02.09.011-6 | DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA                                                       | R\$ | 2,01  | R\$ | 9,15  | R\$ | 11,16 |
| 02.02.09.012-4 | DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES                                   | R\$ | 1,89  | R\$ | -     | R\$ | 1,89  |
| 02.02.09.013-2 | DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES                                 | R\$ | 1,89  | R\$ | -     | R\$ | 1,89  |
| 02.02.09.015-9 | ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR                                 | R\$ | 5,23  | R\$ | -     | R\$ | 5,23  |
| 02.02.09.016-7 | ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO                                             | R\$ | 6,56  | R\$ | -     | R\$ | 6,56  |
| 02.02.09.017-5 | ESPLENOGRAMA                                                                        | R\$ | 5,79  | R\$ | -     | R\$ | 5,79  |
| 02.02.09.018-3 | EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS                 | R\$ | 1,89  | R\$ | -     | R\$ | 1,89  |
| 02.02.09.019-1 | MIELOGRAMA                                                                          | R\$ | 5,79  | R\$ | -     | R\$ | 5,79  |
| 02.02.09.021-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES ( ELISA )                                | R\$ | 9,70  | R\$ | -     | R\$ | 9,70  |
| 02.02.09.022-1 | DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA NO ESPERMA                                               | R\$ | 2,01  | R\$ | 9,15  | R\$ | 11,16 |
| 02.02.09.023-0 | PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR                                            | R\$ | 1,89  | R\$ | -     | R\$ | 1,89  |
| 02.02.09.024-8 | PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS                                                    | R\$ | 1,89  | R\$ | -     | R\$ | 1,89  |
| 02.02.09.025-6 | PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA                                              | R\$ | 1,89  | R\$ | -     | R\$ | 1,89  |
| 02.02.09.026-4 | PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)                                       | R\$ | 4,80  | R\$ | 6,36  | R\$ | 11,16 |



|                |                                                                                                                                                        |     |        |     |        |     |        |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|
| 02.02.09.027-2 | PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES                                                                                                   | R\$ | 1,89   | R\$ | -      | R\$ | 1,89   |
| 02.02.09.028-0 | PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)                                                                                                                 | R\$ | 9,70   | R\$ | 1,46   | R\$ | 11,16  |
| 02.02.09.029-9 | PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)                                        | R\$ | 1,89   | R\$ | -      | R\$ | 1,89   |
| 02.02.09.030-2 | PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE                                                                                                         | R\$ | 1,89   | R\$ | -      | R\$ | 1,89   |
| 02.02.09.031-0 | REACAO DE PANDY                                                                                                                                        | R\$ | 1,89   | R\$ | -      | R\$ | 1,89   |
| 02.02.09.032-9 | REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES                                                                                                       | R\$ | 1,89   | R\$ | -      | R\$ | 1,89   |
| 02.02.09.033-7 | TESTE DE CLEMENTS                                                                                                                                      | R\$ | 1,89   | R\$ | -      | R\$ | 1,89   |
| 02.02.10.001-4 | DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)                                                                           | R\$ | 180,00 | R\$ | -      | R\$ | 180,00 |
| 02.02.10.002-2 | DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)                                                              | R\$ | 160,00 | R\$ | -      | R\$ | 160,00 |
| 02.02.10.003-0 | DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)                                                                                  | R\$ | 160,00 | R\$ | -      | R\$ | 160,00 |
| 02.02.10.004-9 | QUANTIFICAÇÃO/AMPLIFICAÇÃO DO HER-2                                                                                                                    | R\$ | 120,00 | R\$ | -      | R\$ | 120,00 |
| 02.02.11.001-0 | DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)                                                                                              | R\$ | 8,80   | R\$ | -      | R\$ | 8,80   |
| 02.02.11.002-8 | DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)                                                                                     | R\$ | 66,00  | R\$ | -      | R\$ | 66,00  |
| 02.02.11.003-6 | DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)                                                                                                  | R\$ | 66,00  | R\$ | -      | R\$ | 66,00  |
| 02.02.11.004-4 | DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)                                                                                                | R\$ | 5,50   | R\$ | -      | R\$ | 5,50   |
| 02.02.11.005-2 | DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4                                                                                                                    | R\$ | 12,10  | R\$ | -      | R\$ | 12,10  |
| 02.02.11.006-0 | DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)                                               | R\$ | 20,90  | R\$ | -      | R\$ | 20,90  |
| 02.02.11.007-9 | DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)                                                                                     | R\$ | 5,50   | R\$ | -      | R\$ | 5,50   |
| 02.02.11.008-7 | DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)                                                                                              | R\$ | 13,20  | R\$ | -      | R\$ | 13,20  |
| 02.02.11.009-5 | DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)                                                                 | R\$ | 8,00   | R\$ | -      | R\$ | 8,00   |
| 02.02.11.010-9 | DOSAGEM DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)                                          | R\$ | 5,50   | R\$ | -      | R\$ | 5,50   |
| 02.02.11.011-7 | DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO                                                                                   | R\$ | 137,00 | R\$ | -      | R\$ | 137,00 |
| 02.02.11.012-5 | DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA                                                                                         | R\$ | 66,00  | R\$ | -      | R\$ | 66,00  |
| 02.02.11.013-3 | DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE                                                                                            | R\$ | 66,00  | R\$ | -      | R\$ | 66,00  |
| 02.02.11.014-1 | DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR                                                                                                                             | R\$ | 150,00 | R\$ | -      | R\$ | 150,00 |
| 02.02.12.001-5 | DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS                                                                                                            | R\$ | 10,65  | R\$ | -      | R\$ | 10,65  |
| 02.02.12.002-3 | DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO                                                                                                             | R\$ | 1,37   | R\$ | 1,59   | R\$ | 2,96   |
| 02.02.12.003-1 | FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR                                                                                                                         | R\$ | 10,65  | R\$ | -      | R\$ | 10,65  |
| 02.02.12.004-0 | IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS                                                                                  | R\$ | 10,65  | R\$ | -      | R\$ | 10,65  |
| 02.02.12.005-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO                                                                                              | R\$ | 5,79   | R\$ | -      | R\$ | 5,79   |
| 02.02.12.006-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC                                                                                                        | R\$ | 5,79   | R\$ | -      | R\$ | 5,79   |
| 02.02.12.007-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO                                                                                                      | R\$ | 5,79   | R\$ | -      | R\$ | 5,79   |
| 02.02.12.008-2 | PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)                                                                                                                  | R\$ | 1,37   | R\$ | 5,63   | R\$ | 7,00   |
| 02.02.12.009-0 | TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)                                                                                                           | R\$ | 2,73   | R\$ | 7,27   | R\$ | 10,00  |
| 02.02.12.010-4 | TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B                                                                                                             | R\$ | 5,79   | R\$ | -      | R\$ | 5,79   |
| 02.02.12.010-4 | TESTE MOLECULAR PARA DETECCAO DE HIV-2                                                                                                                 | R\$ | -      | R\$ | 15,00  | R\$ | 15,00  |
| 02.13.01.078-0 | DETECCAO RAPIDA DA CARGA VIRAL DO HIV                                                                                                                  | R\$ | -      | R\$ | 15,00  | R\$ | 15,00  |
| 02.13.01.079-8 | DETECCAO RAPIDA DA CARGA VIRAL DO HBV                                                                                                                  | R\$ | -      | R\$ | 15,00  | R\$ | 15,00  |
| 02.13.01.080-1 | DETECCAO RAPIDA DA CARGA VIRAL DO HCV                                                                                                                  | R\$ | -      | R\$ | 15,00  | R\$ | 15,00  |
| 02.13.01.081-0 | CONTAGEM RAPIDA DE LINFOCITOS CD4                                                                                                                      | R\$ | -      | R\$ | 15,00  | R\$ | 15,00  |
| 02.13.01.082-8 | CULTURA LIQUIDA AUTOMATIZADA PARA MICROBACTERIAS                                                                                                       | R\$ | -      | R\$ | 10,00  | R\$ | 10,00  |
| 02.13.01.900-1 | IDENTIFICACAO DO VIRUS DA HEPATITE B POR PCR (QUANTITATIVO)                                                                                            | R\$ | -      | R\$ | 350,00 | R\$ | 350,00 |
| 02.13.01.900-2 | TOXOPLASMOSE AVIDEZ ANTICORPOS IGG                                                                                                                     | R\$ | -      | R\$ | 35,00  | R\$ | 35,00  |
| 02.13.02.900-1 | BRUCELOSE SOROGLUTINAÇÃO                                                                                                                               | R\$ | -      | R\$ | 15,00  | R\$ | 15,00  |
| 02.13.02.900-2 | WIDAL - REAÇÃO                                                                                                                                         | R\$ | -      | R\$ | 15,00  | R\$ | 15,00  |
| 02.14.01.021-0 | TESTE RAPIDO CRAG PARA CRIPTOCOCOSE                                                                                                                    | R\$ | -      | R\$ | 10,00  | R\$ | 10,00  |
| 02.02.03.138-1 | TESTE TREPONÊMICO LABORATORIAL PARA DETECÇÃO DE SÍFILIS PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA)                                   | R\$ | 9,10   | R\$ | 2,78   | R\$ | 11,88  |
| 02.02.03.139-0 | TESTE TREPONÊMICO LABORATORIAL P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTE                                                                                      | R\$ | 9,10   | R\$ | 2,78   | R\$ | 11,88  |
| 02.02.03.140-3 | TESTE TREPONÊMICO LABORATORIAL P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS EM PARCEIRO OU PARCERIA DE GESTANTE                                                              | R\$ | 9,10   | R\$ | 2,78   | R\$ | 11,88  |
| 02.02.03.141-1 | TESTE FTA-ABS TOTAL PARA DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA)                                           | R\$ | 20,00  | R\$ | 2,78   | R\$ | 22,78  |
| 02.02.03.142-0 | TESTE FTA-ABS TOTAL PARA DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS EM GESTANTE                                                                                            | R\$ | 20,00  | R\$ | 2,78   | R\$ | 22,78  |
| 02.02.03.143-8 | TESTE FTA-ABS TOTAL PARA DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS EM PARCEIRO OU PARCERIA DE GESTANTE                                                                    | R\$ | 20,00  | R\$ | 2,78   | R\$ | 22,78  |
| 02.14.01.022-8 | TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DO ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B - HBV (HBSAG) PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA) | R\$ | -      | R\$ | 10,00  | R\$ | 10,00  |
| 02.14.01.023-6 | TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DO ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B - HBV (HBSAG) EM GESTANTE                                                  | R\$ | -      | R\$ | 10,00  | R\$ | 10,00  |
| 02.14.01.024-4 | TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DO ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBV) (HBSAG) EM PARCEIRO OU PARCERIA DE GESTANTE                          | R\$ | -      | R\$ | 10,00  | R\$ | 10,00  |
| 02.14.01.025-2 | TESTE RÁPIDO TREPONÊMICO (SÍFILIS) EM GESTANTE                                                                                                         | R\$ | -      | R\$ | 10,00  | R\$ | 10,00  |
| 02.14.01.026-0 | TESTE RÁPIDO TREPONÊMICO (SÍFILIS) EM PARCEIRO OU PARCERIA DE GESTANTE                                                                                 | R\$ | -      | R\$ | 10,00  | R\$ | 10,00  |

|                 |                                                                                                                                                 |     |       |     |       |     |       |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|
| 02.14.01.027-9  | TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV EM GESTANTE                                                                                   | R\$ | 1,00  | R\$ | 10,00 | R\$ | 11,00 |
| 02.14.01.028-7  | TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV EM PARCEIRO OU PARCERIA DE GESTANTE                                                           | R\$ | 1,00  | R\$ | 10,00 | R\$ | 11,00 |
| 02.02.03.144-6  | PESQUISA LABORATORIAL DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBSAG) PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA)     | R\$ | 18,55 | R\$ | 2,78  | R\$ | 21,33 |
| 02.02.03.145-4  | PESQUISA LABORATORIAL DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBSAG) EM GESTANTE                                                      | R\$ | 18,55 | R\$ | 2,78  | R\$ | 21,33 |
| 02.02.03.146-2  | PESQUISA LABORATORIAL DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBSAG) EM PARCEIRO OU PARCERIA DE GESTANTE                              | R\$ | 18,55 | R\$ | 2,78  | R\$ | 21,33 |
| 02.14.01.029-5  | TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE C PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA)              | R\$ | 18,55 | R\$ | 2,78  | R\$ | 21,33 |
| 02.14.01.030-9  | TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE C EM GESTANTE                                                               | R\$ | 18,55 | R\$ | 2,78  | R\$ | 21,33 |
| 02.14.01.031-7  | TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE C EM PARCEIRO OU PARCERIA DE GESTANTE                                       | R\$ | 18,55 | R\$ | 2,78  | R\$ | 21,33 |
| 02.02.03.147-0  | PESQUISA LABORATORIAL DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV) PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA)        | R\$ | 18,55 | R\$ | 2,78  | R\$ | 21,33 |
| 02.02.03.148-9  | PESQUISA LABORATORIAL DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV) EM GESTANTE                                                         | R\$ | 18,55 | R\$ | 2,78  | R\$ | 21,33 |
| 02.02.03.149-7  | PESQUISA LABORATORIAL DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV) EM PARCEIRO OU PARCERIA DE GESTANTE                                 | R\$ | 18,55 | R\$ | 2,78  | R\$ | 21,33 |
| 02.02.03.150-0  | PESQUISA LABORATORIAL DE ANTÍGENOS DE HIV E/OU ANTICORPOS ANTI-HIV-1 OU ANTI-HIV-2 PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA) | R\$ | 10,00 | R\$ | 2,78  | R\$ | 12,78 |
| 02.02.03.151-9  | PESQUISA LABORATORIAL DE ANTÍGENOS DE HIV OU ANTICORPOS ANTI-HIV-1 OU ANTI-HIV-2 EM GESTANTE                                                    | R\$ | 10,00 | R\$ | 2,78  | R\$ | 12,78 |
| 02.02.03.152-7  | PESQUISA LABORATORIAL DE ANTÍGENOS DE HIV OU ANTICORPOS ANTI-HIV-1 OU ANTI-HIV-2 EM PARCEIRO E PARCERIA DE GESTANTE                             | R\$ | 10,00 | R\$ | 2,78  | R\$ | 12,78 |
| 02.02.03.153-5  | PESQUISA LABORATORIAL DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2 PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA)                           | R\$ | 18,55 | R\$ | 2,78  | R\$ | 21,33 |
| 02.02.03.154-3  | PESQUISA LABORATORIAL DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2 EM GESTANTE                                                                            | R\$ | 18,55 | R\$ | 2,78  | R\$ | 21,33 |
| 02.02.03.155-1  | PESQUISA LABORATORIAL DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2 EM PARCEIRO OU PARCERIA DE GESTANTE                                                    | R\$ | 18,55 | R\$ | 2,78  | R\$ | 21,33 |
| 02.02.03.156-0  | DETECÇÃO DE DNA PROVIRAL DO HTLV-1 E DO HTLV-2 PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA)                                     | R\$ | 65,00 | R\$ | -     | R\$ | 65,00 |
| 02.02.03.157-8  | DETECÇÃO DE DNA PROVIRAL DO HTLV-1 E DO HTLV-2 EM GESTANTE                                                                                      | R\$ | 65,00 | R\$ | -     | R\$ | 65,00 |
| 02.02.03.158-6  | DETECÇÃO DE DNA PROVIRAL DO HTLV-1 E DO HTLV-2 EM PARCEIRO OU PARCERIA DE GESTANTE                                                              | R\$ | 65,00 | R\$ | -     | R\$ | 65,00 |
| 02.02.03.160-8  | TESTE CONFIRMATÓRIO COM PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + ANTI-HTLV-2 EM GESTANTE                                                            | R\$ | 85,00 | R\$ | -     | R\$ | 85,00 |
| 02.02.03.161-6  | TESTE CONFIRMATÓRIO COM PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + ANTI-HTLV-2 EM PARCEIRO OU PARCERIA DE GESTANTE                                    | R\$ | 85,00 | R\$ | -     | R\$ | 85,00 |
| 02.02.03.159-4  | TESTE CONFIRMATÓRIO COM PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + ANTI-HTLV-2 PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA)           | R\$ | 85,00 | R\$ | -     | R\$ | 85,00 |
| 02.02.08. 019-6 | PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLÍTICOS                                                                                                      | R\$ | 4,33  | R\$ | 5,67  | R\$ | 10,00 |
| 02.13.01.083-6  | DETECÇÃO RÁPIDA DE CLAMÍDIA E GONOCOCO                                                                                                          | R\$ | -     | R\$ | 15,00 | R\$ | 15,00 |

**EXAMES DENGUE/ CHIKUNGUNYA/ COVID-19**

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                                                     | VALOR SUS | VALOR COMP | VALOR CIS  |
|----------------|------------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|
| 02.02.03.900-2 | TESTE RAPIDO PARA VIRUS SARS-COV-2 IGG/IGM (COVID-19)            | R\$ -     | R\$ 160,00 | R\$ 160,00 |
| 02.02.03.900-3 | TESTE MOLECULAR (RT- PCR) PARA DETECAAO DO SARS-COV-2 (COVID-19) | R\$ -     | R\$ 260,00 | R\$ 260,00 |
| 02.02.03.900-1 | ANTIGENO NS1 - TESTE RAPIDO DA DENGUE                            | R\$ -     | R\$ 50,00  | R\$ 50,00  |
| 02.02.03.900-1 | TESTE RAPIDO PARA CHIKUNGUNYA                                    | R\$ -     | R\$ 50,00  | R\$ 50,00  |
| 02.14.01.012-0 | TESTE RAPIDO PARA DENGUE IGG/IGM                                 | R\$ -     | R\$ 25,00  | R\$ 25,00  |

**ODONTOLOGIA**

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                                                            | VALOR SUS | VALOR COMP | VALOR CIS  |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|
| 02.04.01.900-1 | RADIOGRAFIA PERIAPICAL                                                  | R\$ -     | R\$ 20,00  | R\$ 20,00  |
| 02.04.01.900-2 | RADIOGRAFIA PANORAMICA                                                  | R\$ -     | R\$ 90,00  | R\$ 90,00  |
| 03.01.01.903-6 | CONSULTA INICIAL PARA AVALIACAO                                         | R\$ -     | R\$ 25,00  | R\$ 25,00  |
| 03.01.06.900-1 | URGENCIAS EM ENDODONTIA (PULPECTOMIA)                                   | R\$ -     | R\$ 140,00 | R\$ 140,00 |
| 03.07.01.900-1 | RESTAURACAO EM RESINA I E V (VALOR POR DENTE)                           | R\$ -     | R\$ 270,00 | R\$ 270,00 |
| 03.07.01.900-2 | RESTAURACAO EM RESINA II E IV (VALOR POR DENTE)                         | R\$ -     | R\$ 270,00 | R\$ 270,00 |
| 03.07.01.900-3 | RESTAURACAO EM RESINA III (VALOR POR DENTE)                             | R\$ -     | R\$ 270,00 | R\$ 270,00 |
| 03.07.01.900-4 | RESTAURACAO PROVISORIA DE IONOMERO DE VIDRO (VALOR POR DENTE)           | R\$ -     | R\$ 120,00 | R\$ 120,00 |
| 03.07.01.900-5 | RESTAURACOES EM AMALGAMA (VALOR POR DENTE)                              | R\$ -     | R\$ 190,00 | R\$ 190,00 |
| 03.07.02.900-2 | RETRATAMENTO ENDODONTICO INCISIVOS/CANINO (ANTERIORES MONORRADICULARES) | R\$ -     | R\$ 260,00 | R\$ 260,00 |
| 03.07.02.900-3 | RETRATAMENTO ENDODONTICO MOLARES                                        | R\$ -     | R\$ 280,00 | R\$ 280,00 |
| 03.07.02.900-4 | RETRATAMENTO ENDODONTICO PRE-MOLARES                                    | R\$ -     | R\$ 260,00 | R\$ 260,00 |
| 03.07.02.900-5 | TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTES COM RIZOGENESE INCOMPLETA              | R\$ -     | R\$ 260,00 | R\$ 260,00 |
| 03.07.02.900-6 | TRATAMENTO ENDODONTICO INCISIVOS/CANINOS (ANTERIORES MONORRADICULARES)  | R\$ -     | R\$ 260,00 | R\$ 260,00 |
| 03.07.02.900-7 | TRATAMENTO ENDODONTICO MOLARES                                          | R\$ -     | R\$ 280,00 | R\$ 280,00 |
| 03.07.02.900-8 | TRATAMENTO ENDODONTICO PRE-MOLARES                                      | R\$ -     | R\$ 260,00 | R\$ 260,00 |
| 03.07.02.900-9 | TRAUMATISMOS DENTARIOS                                                  | R\$ -     | R\$ 100,00 | R\$ 100,00 |
| 03.07.03.900-2 | PROFILAXIA TOTAL (DUAS ARCADAS)                                         | R\$ -     | R\$ 120,00 | R\$ 120,00 |

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |        |     |        |     |        |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|
| 03.07.03.900-4  | RASPAGEM SUPRAGENGIVAL (VALOR POR ARCADE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | R\$ | -      | R\$ | 95,00  | R\$ | 95,00  |
| 03.07.04.900-1  | IN-LAY, ON-LAY DE PORCELANA (VALOR POR ELEMENTO)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | R\$ | -      | R\$ | 600,00 | R\$ | 600,00 |
| 03.07.04.900-2  | IN-LAY, ON-LAY DE RESINA VITA (VALOR POR ELEMENTO)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | R\$ | -      | R\$ | 430,00 | R\$ | 430,00 |
| 03.07.04.900-3  | PLACA MIORELAXANTE ACETATO (VALOR POR ARCADE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | R\$ | -      | R\$ | 450,00 | R\$ | 450,00 |
| 03.07.04.900-4  | PLACA MIORELAXANTE ACRILICO (VALOR POR ARCADE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | R\$ | -      | R\$ | 380,00 | R\$ | 380,00 |
| 03.07.04.900-5  | PROVISORIOS PRENSADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | R\$ | -      | R\$ | 230,00 | R\$ | 230,00 |
| 03.07.04.900-6  | CIMENTACAO DE COROA E PINO (UNIDADE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | R\$ | -      | R\$ | 200,00 | R\$ | 200,00 |
| 03.07.04.900-7  | CONCERTO DE PROTESE DENTÁRIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | R\$ | -      | R\$ | 120,00 | R\$ | 120,00 |
| 04.14.02.041- 3 | TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | R\$ | 328,34 | R\$ | 300,00 | R\$ | 628,34 |
| 04.14.02.900-1  | EXODONTIA DE 3º MOLAR ERUPCIONADO (POR DENTE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | R\$ | -      | R\$ | 340,00 | R\$ | 340,00 |
| 04.14.02.900-2  | EXODONTIA DE 3º MOLAR SEMI-INCLUSO OU INCLUSO (POR DENTE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | R\$ | -      | R\$ | 340,00 | R\$ | 340,00 |
| 04.14.02.900-3  | EXODONTIA DE DENTE INCLUSO (SUPRANUMERARIO) (POR DENTE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | R\$ | -      | R\$ | 390,00 | R\$ | 390,00 |
| 04.14.02.900-4  | EXODONTIA RADICULAR (POR DENTE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | R\$ | -      | R\$ | 260,00 | R\$ | 260,00 |
| 04.14.02.900-5  | EXODONTIA SIMPLES (POR DENTE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | R\$ | -      | R\$ | 260,00 | R\$ | 260,00 |
| 04.14.02.900-6  | GENGIVECTOMIA (VALOR POR ARCADE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | R\$ | -      | R\$ | 250,00 | R\$ | 250,00 |
| 04.14.02.900-7  | GENGIVOPLASTIA (VALOR POR ARCADE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | R\$ | -      | R\$ | 250,00 | R\$ | 250,00 |
| 07.01.07.900-1  | PINO INTRACANAL (METALICO) (VALOR POR ELEMENTO)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | R\$ | -      | R\$ | 375,00 | R\$ | 375,00 |
| 07.01.07.900-2  | PINO INTRACANAL DE FIBRA DE VIDRO (VALOR POR ELEMENTO)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | R\$ | -      | R\$ | 375,00 | R\$ | 375,00 |
| 07.01.07.900-3  | PRÓTESE TOTAL (PT) ACRILIZADA: CONFECCIONADA EM ACRÍLICO TERMO-POLIMERIZÁVEL DE ALTA RESISTÊNCIA COM DENTES COM AS SEGUINTE CARACTERÍSTICAS: DUPLA PRENSAGEM (CORPO E ESMALTE), ALTA RESISTÊNCIA MECÂNICA, QUÍMICA E À ABRASÃO. AUSÊNCIA TOTAL DE BOLHAS OU POROSIDADES. FLUORESCÊNCIA NATURAL. CERTIFICAÇÃO ISSO. INCLUI: PLACA DE MORDIDA, MONTAGEM, CEROPLASTIA, PRENSAGEM, ACRILIZAÇÃO, COM MOLDAGEM                                            | R\$ | -      | R\$ | 600,00 | R\$ | 600,00 |
| 07.01.07.900-4  | PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (PPR) ESTRUTUTA METÁLICA FUNDIDA EM CROMO-COBALTO, ACRILIZADA EM ACRÍLICO TERMO-POLIMERIZÁVEL DE ALTA RESISTÊNCIA COM DENTES COM AS SEGUINTE CARACTERÍSTICAS: DUPLA PRENSAGEM (CORPO E ESMALTE), ALTA RESISTÊNCIA MECÂNICA, QUÍMICA E À ABRASÃO. AUSÊNCIA TOTAL DE BOLHAS OU POROSIDADES. FLUORESCÊNCIA NATURAL. CERTIFICAÇÃO ISSO. INCLUI: PLACA DE MORDIDA, MONTAGEM, CEROPLASTIA, PRENSAGEM, ACRILIZAÇÃO, COM MOLDAGEM | R\$ | -      | R\$ | 700,00 | R\$ | 700,00 |
| 07.01.07.900-5  | PRÓTESE TOTAL (PT) ACRILIZADA: CONFECCIONADA EM ACRÍLICO TERMO-POLIMERIZÁVEL DE ALTA RESISTÊNCIA COM AS SEGUINTE CARACTERÍSTICAS: DUPLA PRENSAGEM (CORPO E ESMALTE), ALTA RESISTÊNCIA MECÂNICA, QUÍMICA E À ABRASÃO. AUSÊNCIA TOTAL DE BOLHAS OU POROSIDADES. FLUORESCÊNCIA NATURAL. CERTIFICAÇÃO ISSO. INCLUI: PLACA DE MORDIDA, MONTAGEM, CEROPLASTIA, PRENSAGEM, ACRILIZAÇÃO, SEM MOLDAGEM                                                       | R\$ | -      | R\$ | 500,00 | R\$ | 500,00 |
| 07.01.07.900-6  | PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (PPR) ESTRUTUTA METÁLICA FUNDIDA EM CROMO-COBALTO, ACRILIZADA EM ACRÍLICO TERMO-POLIMERIZÁVEL DE ALTA RESISTÊNCIA COM DENTES COM AS SEGUINTE CARACTERÍSTICAS: DUPLA PRENSAGEM (CORPO E ESMALTE), ALTA RESISTÊNCIA MECÂNICA, QUÍMICA E À ABRASÃO. AUSÊNCIA TOTAL DE BOLHAS OU POROSIDADES. FLUORESCÊNCIA NATURAL. CERTIFICAÇÃO ISSO. INCLUI: PLACA DE MORDIDA, MONTAGEM, CEROPLASTIA, PRENSAGEM, ACRILIZAÇÃO, SEM MOLDAGEM | R\$ | -      | R\$ | 600,00 | R\$ | 600,00 |
| 07.01.07.901-3  | REEMBASAMENTO DE PRÓTESE DENTÁRIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | R\$ | -      | R\$ | 120,00 | R\$ | 120,00 |
| 07.01.07.901-4  | REFORCO FUNDIDO SISTEMA THOMAS GOMES (VALOR POR ARCADE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | R\$ | -      | R\$ | 250,00 | R\$ | 250,00 |
| 07.01.07.901-5  | PALATO INCOLOR (VALOR POR ARCADE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | R\$ | -      | R\$ | 220,00 | R\$ | 220,00 |
| 07.01.07.901-6  | CARACTERIZACAO SISTEMA THOMAS GOMES (VALOR POR ARCADE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | R\$ | -      | R\$ | 350,00 | R\$ | 350,00 |
| 01.01.02.900-1  | APLICACAO DE SELANTE (VALOR POR ARCADE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | R\$ | -      | R\$ | 105,00 | R\$ | 105,00 |
| 01.01.02.900-2  | APLICACAO TOPICA DE FLUOR (VALOR POR ARCADE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | R\$ | -      | R\$ | 95,00  | R\$ | 95,00  |

**ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPM's)**

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                                                                                                 | VALOR SUS    | VALOR COMP | VALOR CIS    |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|--------------|
| 02.11.07.024-6 | PESQUISA DE GANHO DE INSERCAO                                                                                | R\$ 12,00    | R\$ -      | R\$ 12,00    |
| 03.01.07.003-2 | ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE P/ ADAPTACAO DE APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) UNI / BILATERAL | R\$ 21,68    | R\$ -      | R\$ 21,68    |
| 07.01.03.001-1 | APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO DE CONDUCAO OSSEA CONVENCIONAL TIPO A              | R\$ 500,00   | R\$ -      | R\$ 500,00   |
| 07.01.03.002-0 | APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO DE CONDUCAO OSSEA RETROAURICULAR TIPO A            | R\$ 500,00   | R\$ -      | R\$ 500,00   |
| 07.01.03.003-8 | APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO A                             | R\$ 525,00   | R\$ -      | R\$ 525,00   |
| 07.01.03.004-6 | APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO B                             | R\$ 700,00   | R\$ -      | R\$ 700,00   |
| 07.01.03.005-4 | APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO C                             | R\$ 1.100,00 | R\$ -      | R\$ 1.100,00 |
| 07.01.03.006-2 | APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRACANAL TIPO A                                  | R\$ 525,00   | R\$ -      | R\$ 525,00   |
| 07.01.03.007-0 | APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRACANAL TIPO B                                  | R\$ 700,00   | R\$ -      | R\$ 700,00   |
| 07.01.03.008-9 | APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRACANAL TIPO C                                  | R\$ 1.100,00 | R\$ -      | R\$ 1.100,00 |
| 07.01.03.009-7 | APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO MICROCANAL TIPO A                                  | R\$ 525,00   | R\$ -      | R\$ 525,00   |
| 07.01.03.010-0 | APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO MICROCANAL TIPO B                                  | R\$ 700,00   | R\$ -      | R\$ 700,00   |
| 07.01.03.011-9 | APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO MICROCANAL TIPO C                                  | R\$ 1.100,00 | R\$ -      | R\$ 1.100,00 |
| 07.01.03.012-7 | APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO RETRO-AURICULAR TIPO A                             | R\$ 525,00   | R\$ -      | R\$ 525,00   |
| 07.01.03.013-5 | APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO RETRO-AURICULAR TIPO B                             | R\$ 700,00   | R\$ -      | R\$ 700,00   |

|                 |                                                                                  |     |          |     |        |     |          |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----|----------|-----|--------|-----|----------|
| 07.01.03.014-3  | APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO RETRO-AURICULAR TIPO C | R\$ | 1.100,00 | R\$ | -      | R\$ | 1.100,00 |
| 07.01.03.015-1  | MOLDE AURICULAR (REPOSICAO)                                                      | R\$ | 8,75     | R\$ | -      | R\$ | 8,75     |
| 07.01.03.016-0  | REPOSICAO DE AASI EXTERNO DE CONDUCAO OSSEA CONVENCIONAL TIPO A                  | R\$ | 500,00   | R\$ | -      | R\$ | 500,00   |
| 07.01.03.017-8  | REPOSICAO DE AASI EXTERNO DE CONDUCAO OSSEA RETROAURICULAR TIPO A                | R\$ | 500,00   | R\$ | -      | R\$ | 500,00   |
| 07.01.03.018-6  | REPOSICAO DE AASI EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO A                                 | R\$ | 525,00   | R\$ | -      | R\$ | 525,00   |
| 07.01.03.019-4  | REPOSICAO DE AASI EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO B                                 | R\$ | 700,00   | R\$ | -      | R\$ | 700,00   |
| 07.01.03.020-8  | REPOSICAO DE AASI EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO C                                 | R\$ | 1.100,00 | R\$ | -      | R\$ | 1.100,00 |
| 07.01.03.021-6  | REPOSICAO DE AASI EXTERNO INTRA-CANAL TIPO A                                     | R\$ | 525,00   | R\$ | -      | R\$ | 525,00   |
| 07.01.03.022-4  | REPOSICAO DE AASI EXTERNO INTRA-CANAL TIPO B                                     | R\$ | 700,00   | R\$ | -      | R\$ | 700,00   |
| 07.01.03.023-2  | REPOSICAO DE AASI EXTERNO INTRA-CANAL TIPO C                                     | R\$ | 1.100,00 | R\$ | -      | R\$ | 1.100,00 |
| 07.01.03.024-0  | REPOSICAO DE AASI EXTERNO MICRO-CANAL TIPO A                                     | R\$ | 525,00   | R\$ | -      | R\$ | 525,00   |
| 07.01.03.025-8  | REPOSICAO DE AASI EXTERNO MICRO CANAL TIPO B                                     | R\$ | 700,00   | R\$ | -      | R\$ | 700,00   |
| 07.01.03.026-7  | REPOSICAO DE AASI EXTERNO MICRO-CANAL TIPO C                                     | R\$ | 1.100,00 | R\$ | -      | R\$ | 1.100,00 |
| 07.01.03.027-5  | REPOSICAO DE AASI EXTERNO RETROAURICULAR TIPO A                                  | R\$ | 525,00   | R\$ | -      | R\$ | 525,00   |
| 07.01.03.028-3  | REPOSICAO DE AASI EXTERNO RETROAURICULAR TIPO B                                  | R\$ | 700,00   | R\$ | -      | R\$ | 700,00   |
| 07.01.03.029-1  | REPOSICAO DE AASI EXTERNO RETROAURICULAR TIPO C                                  | R\$ | 1.100,00 | R\$ | -      | R\$ | 1.100,00 |
| 07.01.03.030-5  | MANUTENCAO/ ADAPTACAO DE OPM AUDITIVA                                            | R\$ | -        |     |        | R\$ | -        |
| 07.01.03.032-1  | SISTEMA DE FREQUENCIA MODULADA PESSOAL                                           | R\$ | 4.500,00 | R\$ | -      | R\$ | 4.500,00 |
| 07.01.03.900-1  | Manutenção OPM's Fonoaudiologia - Desumidificador                                | R\$ | -        | R\$ | 45,00  | R\$ | 45,00    |
| 07.01.03.900-2  | Manutenção OPM's Fonoaudiologia - Domo (olivas)                                  | R\$ | -        | R\$ | 40,00  | R\$ | 40,00    |
| 07.01.03.900-3  | Manutenção OP M's Fonoaudiologia - Filtros                                       | R\$ | -        | R\$ | 20,00  | R\$ | 20,00    |
| 07.01.03.900-4  | Manutenção OPM's Fonoaudiologia - Grip Trip                                      | R\$ | -        | R\$ | 60,00  | R\$ | 60,00    |
| 07.01.03.900 -5 | Manutenção OPM's Fonoaudiologia - Pilhas                                         | R\$ | -        | R\$ | 20,00  | R\$ | 20,00    |
| 07.01.03.900-6  | Manutenção OPM's Fonoaudiologia - Receptores orelha esquerda                     | R\$ | -        | R\$ | 260,00 | R\$ | 260,00   |
| 07.01.03.900-7  | Manutenção OPM's Fonoaudiologia - Receptores orelha direita                      | R\$ | -        | R\$ | 260,00 | R\$ | 260,00   |
| 07.01.03.900-8  | Manutenção OPM's Fonoaudiologia - Tubos orelha esquerda                          | R\$ | -        | R\$ | 60,00  | R\$ | 60,00    |
| 07.01.03.900-9  | Manutenção OPM's Fonoaudiologia - Tubos orelha direita                           | R\$ | -        | R\$ | 60,00  | R\$ | 60,00    |
| 07.01.03.901-0  | Manutenção OPM's Fonoaudiologia - Manguerinha de Molde esquerda                  | R\$ | -        | R\$ | 20,00  | R\$ | 20,00    |
| 07.01.03.901-1  | Manutenção OPM's Fonoaudiologia - Manguerinha de Molde direita                   | R\$ | -        | R\$ | 20,00  | R\$ | 20,00    |
| 07.01.03.901-2  | Manutenção OPM's Fonoaudiologia - Fio de limpeza                                 | R\$ | -        | R\$ | 15,00  | R\$ | 15,00    |
| 07.01.03.901-3  | Manutenção OPM's Fonoaudiologia - Bombinha de Limpeza                            | R\$ | -        | R\$ | 30,00  | R\$ | 30,00    |
| 07.01.03.901-4  | Manutenção OPM's Fonoaudiologia -Pastilha de Limpeza                             | R\$ | -        | R\$ | 20,00  | R\$ | 20,00    |

**PRÓTESES OCULARES**

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO   | VALOR SUS  | VALOR COMP | VALOR CIS  |
|----------------|----------------|------------|------------|------------|
| 07.01.04.006-8 | PRÓTESE OCULAR | R\$ 238,03 | R\$ 511,97 | R\$ 750,00 |

**OCULOS**

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                                                                       | VALOR SUS | VALOR COMP | VALOR CIS  |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|
| 07.01.04.900-1 | OCULOS DE LENTES DE VISAO SIMPLES EM ALTO INDICE                                   | R\$ -     | R\$ 190,00 | R\$ 190,00 |
| 07.01.04.900-2 | OCULOS PARA VISAO SIMPLES                                                          | R\$ -     | R\$ 99,00  | R\$ 99,00  |
| 07.01.04.900-3 | OCULOS PARA VISAO SIMPLES EM POLICARBONATO (ESPECIFICO PARA CRIANCA ATE OITO ANOS) | R\$ -     | R\$ 120,00 | R\$ 120,00 |

**DIÁRIAS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                                                  | VALOR      | COMPLEXIDADE  |
|----------------|---------------------------------------------------------------|------------|---------------|
| 08.02.01.010-5 | DIARIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTO (UTI I)      | R\$ 139,00 | NÃO SE APLICA |
| 08.02.01.008-3 | DIARIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTO (UTI II)     | R\$ 600,00 | NÃO SE APLICA |
| 08.02.01.009-1 | DIARIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTO (UTI III)    | R\$ 700,00 | NÃO SE APLICA |
| 08.02.01.014-8 | DIARIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM PEDIATRIA (UTI I)   | R\$ 139,00 | NÃO SE APLICA |
| 08.02.01.015-6 | DIARIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM PEDIATRIA (UTI II)  | R\$ 600,00 | NÃO SE APLICA |
| 08.02.01.007-5 | DIARIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM PEDIATRIA (UTI III) | R\$ 700,00 | NÃO SE APLICA |

**ANESTESIOLOGIA**

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO       | VALOR      | COMPLEXIDADE |
|----------------|--------------------|------------|--------------|
| 04.17.01.005-2 | ANESTESIA REGIONAL | R\$ 210,00 | MÉDIA        |

**BUCOMAXILOFACIAL**

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                                                      | VALOR        | COMPLEXIDADE |
|----------------|-------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|
| 04.14.02.041-3 | TRATAMENTO ODONTOLOGICO PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS | R\$ 1.610,70 | MEDIA        |

**SUB-GRUPO: CIRURGIA DAS VIAS AEREAS SUPERIORES, DA FACE, DA CABEÇA E DO PESCOÇO**

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                                                                        | VALOR        | COMPLEXIDADE |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|
| 04.04.01.001-6 | ADENOIDECTOMIA                                                                      | R\$ 2.158,20 | MÉDIA        |
| 04.04.03.008-4 | ALVEOLOPLASTIA COM ENXERTO OSSEO EM PACIENTE COM ANOMALIA CRANIOFACIAL              | R\$ 2.006,20 | MÉDIA        |
| 04.04.01.002-4 | AMIGDALECTOMIA                                                                      | R\$ 2.146,00 | MÉDIA        |
| 04.04.01.003-2 | AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA                                                   | R\$ 2.367,62 | MÉDIA        |
| 04.04.02.056-9 | ARTROPLASTIA DA ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (RECIDIVANTE OU NAO)                 | R\$ 1.453,32 | MÉDIA        |
| 04.04.02.003-8 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORO-NASAL / ORO-SINUSAL                               | R\$ 431,58   | MÉDIA        |
| 04.04.02.005-4 | DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS                                               | R\$ 35,18    | MÉDIA        |
| 04.04.02.071-2 | ELEVACAO DO ASSOALHO DO SEIO MAXILAR                                                | R\$ 1.025,76 | ALTA         |
| 04.04.01.010-5 | ESTAPEDECTOMIA                                                                      | R\$ 2.028,78 | MÉDIA        |
| 04.04.02.008-9 | EXCISAO DE RANULA OU FENOMENO DE RETENCAO SALIVAR                                   | R\$ 1.093,19 | MÉDIA        |
| 04.04.02.009-7 | EXCISAO E SUTURA DE LESAO NA BOCA                                                   | R\$ 70,00    | MÉDIA        |
| 04.04.02.010-0 | EXCISAO EM CUNHA DE LABIO                                                           | R\$ 74,65    | MÉDIA        |
| 04.04.01.012-1 | EXERESE DE TUMOR DE VIAS AEREAS SUPERIORES, FACE E PESCOCO                          | R\$ 1.434,32 | MÉDIA        |
| 04.04.02.014-3 | GLOSSECTOMIA PARCIAL                                                                | R\$ 2.154,30 | MÉDIA        |
| 04.04.03.022-0 | IMPLANTE OSTEOINTEGRADO EXTRA-ORAL BUCO-MAXILO-FACIAL                               | R\$ 2.400,00 | ALTA         |
| 04.04.03.012-2 | LABIOPLASTIA SECUNDARIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRANIO E BUCOMAXILOFACIAL          | R\$ 2.187,38 | ALTA         |
| 04.04.01.021-0 | MASTOIDECTOMIA RADICAL                                                              | R\$ 2.271,39 | MÉDIA        |
| 04.04.01.022-9 | MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL                                                             | R\$ 1.934,20 | MÉDIA        |
| 04.04.02.017-8 | MAXILECTOMIA PARCIAL                                                                | R\$ 1.683,76 | MÉDIA        |
| 04.04.03.004-1 | MICROCIRURGIA OTOLOGICA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRANIO E BUCOMAXILOFACIAL          | R\$ 1.462,83 | ALTA         |
| 04.04.03.032-7 | OSTEOPLASTIA FRONTO - ORBITAL                                                       | R\$ 1.873,23 | ALTA         |
| 04.04.02.050-0 | OSTEOSSINTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDIBULA                                      | R\$ 1.767,39 | MÉDIA        |
| 04.04.02.070-4 | OSTEOSSINTESE DA FRATURA DO OSSO ZIGOMATICO                                         | R\$ 1.227,20 | MÉDIA        |
| 04.04.02.072-0 | OSTEOSSINTESE DE FRATURA BILATERAL DO CONDILO MANDIBULAR                            | R\$ 1.514,28 | ALTA         |
| 04.04.02.051-8 | OSTEOSSINTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA                                         | R\$ 1.881,99 | MÉDIA        |
| 04.04.02.052-6 | OSTEOSSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ORBITO-ZIGOMATICO-MAXILAR                      | R\$ 1.472,64 | MÉDIA        |
| 04.04.02.053-4 | OSTEOSSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO NASO-ORBITO-ETMOIDAL                           | R\$ 1.191,98 | MÉDIA        |
| 04.04.02.055-0 | OSTEOSSINTESE DE FRATURA SIMPLES DE MANDIBULA                                       | R\$ 1.509,57 | MÉDIA        |
| 04.04.02.049-6 | OSTEOSSINTESE DE FRATURA UNILATERAL DO CONDILO MANDIBULAR                           | R\$ 1.154,18 | MÉDIA        |
| 04.04.03.029-7 | OSTEOTOMIA CRANIOFACIAL COMPLEXA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRANIO E BUCOMAXILOFACIAL | R\$ 5.626,20 | ALTA         |
| 04.04.02.046-1 | OSTEOTOMIA DA MANDIBULA                                                             | R\$ 1.977,09 | ALTA         |
| 04.04.02.045-3 | OSTEOTOMIA DA MAXILA                                                                | R\$ 1.977,09 | ALTA         |
| 04.04.02.048-8 | OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLO-DENTÁRIAS                                           | R\$ 130,00   | MÉDIA        |
| 04.04.03.010-6 | PALATOPLASTIA PRIMÁRIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRANIO E BUCOMAXILOFACIAL           | R\$ 2.851,68 | ALTA         |
| 04.04.03.026-2 | PALATOPLASTIA SECUNDÁRIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL         | R\$ 2.851,68 | ALTA         |
| 04.04.02.047-0 | RECONSTRUÇÃO DO SULCO GENGIVO-LABIAL                                                | R\$ 1.196,96 | MÉDIA        |
| 04.04.02.073-9 | RECONSTRUCAO PARCIAL DE MANDIBULA / MAXILA                                          | R\$ 1.469,68 | ALTA         |
| 04.04.02.067-4 | RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO                                          | R\$ 47,95    | MÉDIA        |
| 04.04.02.022-4 | RECONSTRUCAO TOTAL DE CAVIDADE ORBITARIA                                            | R\$ 1.662,12 | ALTA         |
| 04.04.02.078-0 | RECONSTRUÇÃO TOTAL DE MANDÍBULA/MAXILA                                              | R\$ 1.662,12 | ALTA         |
| 04.04.02.023-2 | RECONSTRUCAO TOTAL OU PARCIAL DE LABIO                                              | R\$ 1.589,52 | MÉDIA        |
| 04.04.02.024-0 | RECONSTRUCAO TOTAL OU PARCIAL DE NARIZ                                              | R\$ 1.589,52 | ALTA         |
| 04.04.02.054-2 | REDUÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA DOS OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ                            | R\$ 631,00   | MÉDIA        |
| 04.04.02.057-7 | REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE                               | R\$ 307,68   | MÉDIA        |
| 04.04.02.060-7 | REDUCAO DE FRATURA DA MANDÍBULA SEM OSTEOSSÍNTESE.                                  | R\$ 911,35   | MÉDIA        |
| 04.04.02.058-5 | REDUCAO DE FRATURA DA MAXILA - LE FORT I SEM OSTEOSSINTESE.                         | R\$ 911,38   | MÉDIA        |
| 04.04.02.059-3 | REDUCAO DE FRATURA DA MAXILA - LE FORT II, SEM OSTEOSSINTESE                        | R\$ 1.598,96 | MÉDIA        |
| 04.04.02.061-5 | REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR                                               | R\$ 82,53    | MÉDIA        |
| 04.04.03.030-0 | REMODELACAO CRANIOFACIAL EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL         | R\$ 5.860,63 | ALTA         |
| 04.04.02.007-0 | RESSECÇÃO DE GLÂNDULA SALIVAR                                                       | R\$ 1.217,28 | MÉDIA        |
| 04.04.02.077-1 | RESSECÇÃO DE LESÃO DA BOCA                                                          | R\$ 1.365,20 | MÉDIA        |
| 04.04.02.029-1 | RESSECÇÃO DO CÔNDILO MANDIBULAR COM OU SEM RECONSTRUÇÃO                             | R\$ 935,83   | MÉDIA        |
| 04.04.01.031-8 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO / FARINGE / LARINGE / NARIZ                    | R\$ 1.181,55 | MÉDIA        |
| 04.04.02.031-3 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE                                        | R\$ 1.096,38 | MÉDIA        |
| 04.04.02.062-3 | RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE OSSEA / DENTÁRIA                                    | R\$ 120,60   | MÉDIA        |
| 04.04.02.063-1 | RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MAXILO-MANDIBULAR                                      | R\$ 55,28    | MÉDIA        |
| 04.04.02.032-1 | RINOPLASTIA PARA DEFEITOS PÓS-TRAUMÁTICOS                                           | R\$ 1.776,80 | MÉDIA        |

|                |                                                                                               |     |          |       |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------|-------|
| 04.04.01.048-2 | SEPTOPLASTIA PARA CORRECAO DE DESVIO                                                          | R\$ | 1.979,68 | MÉDIA |
| 04.04.01.032-6 | SINUSOTOMIA BILATERAL                                                                         | R\$ | 2.374,82 | MÉDIA |
| 04.04.01.036-9 | TIMPANOTOMIA P/ TUBO DE VENTILACAO                                                            | R\$ | 568,40   | MÉDIA |
| 04.04.01.035-0 | TIMPANOPLASTIA (UNI / BILATERAL)                                                              | R\$ | 3.708,90 | MÉDIA |
| 04.04.01.037-7 | TRAQUEOSTOMIA                                                                                 | R\$ | 1.566,99 | MÉDIA |
| 04.04.02.064-0 | TRATAMENTO CIRURGICO DE ANQUILOSE DA ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR                           | R\$ | 1.566,99 | ALTA  |
| 04.04.01.038-5 | TRATAMENTO CIRURGICO DE ESTENOSE DO CONDUTO AUDITIVO                                          | R\$ | 1.733,88 | MÉDIA |
| 04.04.02.035-6 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA E CISTOS ORO-MAXILARES                                        | R\$ | 1.158,90 | MÉDIA |
| 04.04.03.024-6 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA OROSINUSAL EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL | R\$ | 1.361,85 | ALTA  |
| 04.04.03.025-4 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULAS ORONASAIS EM PACIENTE COM ANOMALIA CRANIO E BUCOMAXILOFACIAL | R\$ | 1.634,52 | ALTA  |
| 04.04.02.066-6 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO OSSO ZIGOMATICO SEM OSTEOSINTESE                           | R\$ | 1.227,20 | MÉDIA |
| 04.04.03.031-9 | TRATAMENTO CIRURGICO DE MACROSTOMIA /MICROSTOMIA POR ANOMALIA CRANIOFACIAL                    | R\$ | 1.572,60 | MÉDIA |
| 04.04.02.065-8 | TRATAMENTO CIRURGICO DE OSTEOMA, ODONTOMA /OUTRAS LESOES ESPECIFICADAS                        | R\$ | 1.364,80 | MÉDIA |
| 04.04.02.038-0 | TRATAMENTO CIRURGICO DE OSTEOMIELITE DE OSSOS DA FACE                                         | R\$ | 1.583,49 | MÉDIA |
| 04.04.02.039-9 | TRATAMENTO CIRURGICO DE PARALISIA FACIAL (SUSPENSAO DE HEMIFACE)                              | R\$ | 1.092,15 | MÉDIA |
| 04.04.02.042-9 | TRATAMENTO CIRURGICO DO SOALHO DA ORBITA                                                      | R\$ | 913,55   | MÉDIA |
| 04.04.01.041-5 | TURBINECTOMIA                                                                                 | R\$ | 2.146,42 | MÉDIA |

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO           | VALOR        | COMPLEXIDADE |
|----------------|------------------------|--------------|--------------|
| 04.02.01.003-5 | TIREOIDECTOMIA PARCIAL | R\$ 2.553,78 | MÉDIA        |
| 04.02.01.004-3 | TIREOIDECTOMIA TOTAL   | R\$ 2.708,22 | MÉDIA        |

**SUB-GRUPO: CIRURGIA DE MAMA**

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                                                          | VALOR        | COMPLEXIDADE |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|
| 04.10.01.006-5 | MASTECTOMIA SIMPLES                                                   | R\$ 1.388,40 | MÉDIA        |
| 04.10.01.011-1 | SETORECTOMIA / QUADRANTECTOMIA                                        | R\$ 1.253,76 | MÉDIA        |
| 04.10.01.012-0 | SETORECTOMIA / QUADRANTECTOMIA C/ ESVAZIAMENTO GANGLIONAR             | R\$ 1.074,60 | MÉDIA        |
| 04.10.01.009-0 | PLASTICA MAMÁRIA RECONSTRUTIVA PÓS MASTECTOMIA C/ IMPLANTE DE PRÓTESE | R\$ 1.253,68 | MÉDIA        |

**SUB-GRUPO: CIRURGIA DO APARELHO CIRCULATORIO**

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                                                                                                                                                                  | VALOR        | COMPLEXIDADE |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|
| 04.06.04.002-8 | ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE AORTA, VEIA CAVA / VASOS ILÍACOS (COM STENT)                                                                                                     | R\$ 1.614,75 | ALTA         |
| 04.06.04.004-4 | ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE AORTA, VEIA CAVA / VASOS ILIACOS (SEM STENT)                                                                                                     | R\$ 1.614,75 | ALTA         |
| 04.06.04.009-5 | ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DO PESCOÇO OU TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS (COM STENT NÃO RECOBERTO)                                                                             | R\$ 1.065,36 | ALTA         |
| 04.06.04.020-6 | EMBOLIZACAO DE MALFORMACAO VASCULAR ARTERIO-VENOSA (INCLUI ESTUDO ANGIOGRAFICO)                                                                                               | R\$ 1.065,36 | ALTA         |
| 04.06.05.004-0 | ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO I (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA POR REENTRADA NODAL DE VIAS ANÔMALAS DIREITAS, DE TV IDIOPÁTICA, DE VENTRÍCULO DIREITO E VENTRÍCULO ESQUERDO). | R\$ 7.332,61 | ALTA         |
| 04.06.02.016-7 | FASCIOTOMIA P/ DESCOMPRESSAO                                                                                                                                                  | R\$ 1.320,53 | MÉDIA        |
| 04.06.02.037-0 | PONTE-TROMBOENDARTERECTOMIA DE CARÓTIDA                                                                                                                                       | R\$ 3.078,40 | ALTA         |
| 04.06.02.034-5 | PONTE FEMORO-FEMURAL CRUZADA                                                                                                                                                  | R\$ 1.721,11 | ALTA         |
| 04.06.02.042-6 | REVASCULARIZACAO DO MEMBRO SUPERIOR                                                                                                                                           | R\$ 1.230,76 | ALTA         |
| 04.06.02.045-0 | REVASCULARIZAÇÃO POR PONTE / TROMBOENDARTERECTOMIA FEMURO-POPLÍTEA PROXIMAL                                                                                                   | R\$ 1.457,57 | ALTA         |
| 04.06.02.051-5 | TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DE MEMBRO INFERIOR UNILATERAL                                                                                           | R\$ 569,00   | MÉDIA        |
| 04.06.02.056-6 | TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)                                                                                                                                   | R\$ 3.333,92 | MÉDIA        |
| 04.06.02.057-4 | TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (UNILATERAL)                                                                                                                                  | R\$ 2.768,76 | MÉDIA        |
| 04.06.04.032-0 | TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE FISTULAS ARTERIOVENOSAS                                                                                                                            | R\$ 1.065,36 | ALTA         |

**SUB-GRUPO: CIRURGIA DO APARELHO DA VISAO**

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                                           | VALOR        | COMPLEXIDADE |
|----------------|--------------------------------------------------------|--------------|--------------|
| 04.05.02.001-5 | CORRECAO CIRURGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MUSCULOS) | R\$ 3.323,52 | MÉDIA        |
| 04.05.05.040-2 | RADIACAO PARA CROSS LINKING CORNEANO                   | R\$ 2.500,00 | MÉDIA        |
| 04.05.01.011-7 | RECONSTITUICAO DE CANAL LACRIMAL                       | R\$ 1.379,32 | MÉDIA        |
| 04.05.01.012-5 | RECONSTITUICAO PARCIAL DE PALPEBRA COM TARSORRAFIA     | R\$ 933,12   | MÉDIA        |
| 04.05.01.013-3 | RECONSTITUICAO TOTAL DE PALPEBRA                       | R\$ 2.277,32 | ALTA         |

**SUB-GRUPO: CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, ORGAO ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL**

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                                                | VALOR        | COMPLEXIDADE |
|----------------|-------------------------------------------------------------|--------------|--------------|
| 04.07.03.001-8 | ANASTOMOSE BILEO-DIGESTIVA                                  | R\$ 2.322,62 | MÉDIA        |
| 04.07.03.002-6 | COLECISTECTOMIA                                             | R\$ 2.989,02 | ALTA         |
| 04.07.03.003-4 | COLECISTECTOMIA VIDEO LAPAROSCOPICA                         | R\$ 3.969,80 | MÉDIA        |
| 04.07.03.005-0 | COLEDOCOPLASTIA                                             | R\$ 1.708,17 | MÉDIA        |
| 04.07.03.025-5 | COLANGIOPANCREATOGRRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA TERAPEUTICA | R\$ 4.452,07 | MÉDIA        |



|                |                                                                    |     |          |       |
|----------------|--------------------------------------------------------------------|-----|----------|-------|
| 04.07.02.006-3 | COLECTOMIA PARCIAL (HEMICOLECTOMIA)                                | R\$ | 3.634,90 | MÉDIA |
| 04.07.03.006-9 | COLEDOCOTOMIA COM OU SEM COLECISTECTOMIA                           | R\$ | 1.852,23 | MÉDIA |
| 04.07.02.009-8 | COLORRAFIA POR VIA ABDOMINAL                                       | R\$ | 1.572,75 | MÉDIA |
| 04.07.02.010-1 | COLOSTOMIA                                                         | R\$ | 2.934,43 | MÉDIA |
| 04.07.04.001-3 | DRENAGEM DE ABSCESSO PELVICO                                       | R\$ | 1.792,83 | MÉDIA |
| 04.07.04.003-0 | DRENAGEM DE HEMATOMA / ABSCESSO PRE-PERITONEAL                     | R\$ | 1.094,58 | MÉDIA |
| 04.07.02.017-9 | ENTERECTOMIA                                                       | R\$ | 3.651,60 | MÉDIA |
| 04.07.02.018-7 | ENTEROANASTOMOSE (QUALQUER SEGMENTO)                               | R\$ | 4.697,44 | MÉDIA |
| 04.07.02.021-7 | ESFINCTEROTOMIA INTERNA E TRATAMENTO DE FISSURA ANAL               | R\$ | 987,24   | MÉDIA |
| 04.07.01.004-1 | ESOFAGECTOMIA DISTAL S/ TORACOTOMIA                                | R\$ | 3.667,12 | MÉDIA |
| 04.07.03.012-3 | ESPLENECTOMIA                                                      | R\$ | 1.951,96 | MÉDIA |
| 04.07.02.022-5 | EXCISAO DE LESAO / TUMOR ANU-RETAL                                 | R\$ | 1.341,40 | MÉDIA |
| 04.07.02.024-1 | FECHAMENTO DE ENTEROSTOMIA (QUALQUER SEGMENTO)                     | R\$ | 1.950,27 | MÉDIA |
| 04.07.02.027-6 | FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL                                  | R\$ | 1.455,60 | MÉDIA |
| 04.07.01.021-1 | GASTROSTOMIA                                                       | R\$ | 2.751,04 | MÉDIA |
| 04.07.02.028-4 | HEMORROIDECTOMIA                                                   | R\$ | 1.263,76 | MÉDIA |
| 04.07.04.005-6 | HERNIOPLASTIA DIAFRAGMATICA (VIA TORACICA)                         | R\$ | 1.661,80 | MÉDIA |
| 04.07.04.006-4 | HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA                                          | R\$ | 2.405,19 | MÉDIA |
| 04.07.04.008-0 | HERNIOPLASTIA INCISIONAL                                           | R\$ | 1.619,76 | MÉDIA |
| 04.07.04.009-9 | HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)                                 | R\$ | 1.830,18 | MÉDIA |
| 04.07.04.010-2 | HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)                       | R\$ | 1.913,91 | MÉDIA |
| 04.07.04.011-0 | HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE                                          | R\$ | 1.788,99 | MÉDIA |
| 04.07.04.012-9 | HERNIOPLASTIA UMBILICAL                                            | R\$ | 1.304,97 | MÉDIA |
| 04.07.02.030-6 | JEJUNOSTOMIA / ILEOSTOMIA                                          | R\$ | 2.356,43 | MÉDIA |
| 04.07.04.016-1 | LAPAROTOMIA EXPLORADORA                                            | R\$ | 1.592,98 | MÉDIA |
| 04.07.04.023-4 | RESSECCAO DO EPIPLUM                                               | R\$ | 1.498,11 | MÉDIA |
| 04.07.04.024-2 | RESSUTURA DE PAREDE ABDOMINAL (POR DEISCENCIA TOTAL / EVISCERACAO) | R\$ | 1.329,73 | MÉDIA |
| 04.07.02.040-3 | RETOSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL                                       | R\$ | 2.907,58 | MÉDIA |
| 04.07.01.027-0 | TRATAMENTO CIRURGICO DE ACALASIA (CARDIOMIOPLASTIA)                | R\$ | 4.540,42 | MÉDIA |
| 04.07.03.024-7 | TRATAMENTO CIRURGICO DE CISTOS PANCREATICOS                        | R\$ | 3.155,18 | MÉDIA |
| 04.07.02.047-0 | TRATAMENTO CIRURGICO DE PROLAPSO ANAL                              | R\$ | 918,20   | MÉDIA |

**SUB-GRUPO: CIRURGIA DO APARELHO GENTURINARIO**

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                                             | VALOR | COMPLEXIDADE |
|----------------|----------------------------------------------------------|-------|--------------|
| 04.09.01.006-5 | CISTOLITOTOMIA E/OU RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA BEXIGA | R\$   | 6.198,88     |
| 04.09.01.009-0 | CISTOSTOMIA                                              | R\$   | 2.417,16     |
| 04.09.07.003-3 | COLPOCLEISE (CIRURGIA DE LE FORT)                        | R\$   | 1.054,14     |
| 04.09.07.005-0 | COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR                 | R\$   | 1.417,29     |
| 04.09.07.006-8 | COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR                            | R\$   | 1.117,62     |
| 04.09.07.008-4 | COLPOPLASTIA ANTERIOR                                    | R\$   | 1.117,62     |
| 04.09.07.009-2 | COLPORRAFIA NAO OBSTETRICA                               | R\$   | 931,35       |
| 04.09.06.004-6 | CURETAGEM SEMIOTICA C/ OU S/ DILATACAO DO COLO DO UTERO  | R\$   | 837,10       |
| 04.09.06.005-4 | CURETAGEM UTERINA EM MOLA HIDATIFORME                    | R\$   | 961,66       |
| 04.09.04.001-0 | DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOLSA ESCROTAL                   | R\$   | 507,65       |
| 04.09.04.003-7 | EPIDIDIMECTOMIA                                          | R\$   | 892,04       |
| 04.09.06.003-8 | EXCISÃO TIPO 3 DO COLO UTERINO                           | R\$   | 1.330,98     |
| 04.09.04.007-0 | EXERESE DE CISTO DE EPIDIDIMO                            | R\$   | 848,36       |
| 04.09.07.014-9 | EXERESE DE CISTO VAGINAL                                 | R\$   | 1.117,62     |
| 04.09.07.015-7 | EXERESE DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE                 | R\$   | 1.123,40     |
| 04.09.04.008-8 | EXERESE DE LESAO DO CORDAO ESPERMATICO                   | R\$   | 840,20       |
| 04.09.06.011-9 | HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)           | R\$   | 3.310,92     |
| 04.09.06.010-0 | HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)                          | R\$   | 1.976,49     |
| 04.09.06.012-7 | HISTERECTOMIA SUBTOTAL                                   | R\$   | 2.345,79     |
| 04.09.06.013-5 | HISTERECTOMIA TOTAL                                      | R\$   | 2.723,79     |
| 04.09.01.017-0 | INSTALACAO ENDOSCOPICA DE CATETER DUPLO J                | R\$   | 2.874,72     |
| 04.09.06.018-6 | LAQUEADURA TUBARIA                                       | R\$   | 1.456,44     |
| 04.09.01.018-9 | LITOTRIPSIA                                              | R\$   | 2.216,00     |
| 04.09.02.007-9 | MEATOTOMIA SIMPLES                                       | R\$   | 1.226,32     |
| 04.09.06.019-4 | MIOMECTOMIA                                              | R\$   | 1.586,82     |
| 04.09.06.020-8 | MIOMECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA                           | R\$   | 1.312,38     |
| 04.09.01.020-0 | NEFRECTOMIA PARCIAL                                      | R\$   | 4.821,48     |

|                |                                                                |     |           |       |
|----------------|----------------------------------------------------------------|-----|-----------|-------|
| 04.09.01.021-9 | NEFRECTOMIA TOTAL                                              | R\$ | 4.889,72  | MÉDIA |
| 04.09.01.022-7 | NEFROLITOTOMIA                                                 | R\$ | 10.686,88 | MÉDIA |
| 04.09.06.021-6 | OOFORECTOMIA / OOFOROPLASTIA                                   | R\$ | 1.529,58  | MÉDIA |
| 04.09.04.012-6 | ORQUIDOPEXIA BILATERAL                                         | R\$ | 1.541,28  | MÉDIA |
| 04.09.04.013-4 | ORQUIDOPEXIA UNILATERAL                                        | R\$ | 1.440,28  | MÉDIA |
| 04.09.04.014-2 | ORQUIECTOMIA SUBCAPSULAR BILATERAL                             | R\$ | 1.734,48  | MÉDIA |
| 04.09.04.016-9 | ORQUIECTOMIA UNILATERAL                                        | R\$ | 1.400,52  | MÉDIA |
| 04.09.01.031-6 | PIELOLITOTOMIA                                                 | R\$ | 2.632,76  | MÉDIA |
| 04.09.01.032-4 | PIELOPLASTIA                                                   | R\$ | 6.608,64  | MÉDIA |
| 04.09.05.007-5 | PLASTICA TOTAL DO PENIS                                        | R\$ | 2.020,08  | MÉDIA |
| 04.09.05.008-3 | POSTECTOMIA                                                    | R\$ | 876,48    | MÉDIA |
| 04.09.03.002-3 | PROSTATECTOMIA SUPRAPUBICA                                     | R\$ | 4.006,84  | MÉDIA |
| 04.09.02.008-7 | RESSECÇÃO DE CARUNCULA URETRAL                                 | R\$ | 832,84    | MÉDIA |
| 04.09.01.036-7 | RESSECÇÃO DO COLOVESICAL / TUMOR VESICAL A CÉU ABERTO          | R\$ | 6.036,64  | MÉDIA |
| 04.09.01.038-3 | RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE LESÃO VESICAL                         | R\$ | 6.066,44  | MÉDIA |
| 04.09.03.004-0 | RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PROSTATA                              | R\$ | 7.406,32  | MÉDIA |
| 04.09.06.023-2 | SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL                                 | R\$ | 1.396,77  | MÉDIA |
| 04.09.06.025-9 | SALPINGOPLASTIA                                                | R\$ | 1.337,28  | MÉDIA |
| 04.09.01.043-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTOCÉLE                              | R\$ | 1.490,16  | MÉDIA |
| 04.09.01.046-4 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA VESICO-RETAL                   | R\$ | 3.179,08  | MÉDIA |
| 04.09.07.025-4 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA VESICO-VAGINAL                 | R\$ | 2.284,50  | MÉDIA |
| 04.09.04.021-5 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE                              | R\$ | 1.027,88  | MÉDIA |
| 04.09.07.026-2 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERTROFIA DOS PEQUENOS LÁBIOS        | R\$ | 954,80    | MÉDIA |
| 04.09.07.027-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR VIA VAGINAL | R\$ | 3.728,90  | MÉDIA |
| 04.09.07.028-9 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VAGINA SEPTADA / ATRESICA              | R\$ | 1.285,35  | MÉDIA |
| 04.09.04.023-1 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE                             | R\$ | 1.030,24  | MÉDIA |
| 04.09.01.056-1 | URETEROLITOTOMIA                                               | R\$ | 10.388,28 | MÉDIA |
| 04.09.01.059-6 | URETEROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA                         | R\$ | 7.024,60  | MÉDIA |
| 04.09.02.013-3 | URETROPLASTIA AUTOGENA                                         | R\$ | 1.878,20  | MÉDIA |
| 04.09.02.017-6 | URETROTOMIA INTERNA                                            | R\$ | 4.279,68  | MÉDIA |
| 04.09.04.024-0 | VASECTOMIA                                                     | R\$ | 1.755,48  | MÉDIA |
| 04.09.07.030-0 | VULVECTOMIA SIMPLES                                            | R\$ | 899,08    | MÉDIA |

**SUB-GRUPO: CIRURGIA DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL E PERIFÉRICO**

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                                                                          | VALOR        | COMPLEXIDADE |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|
| 04.03.01.010-1 | DERIVAÇÃO VENTRICULAR PARA PERITÓNEO / ATRIO / PLEURA / RAQUE                         | R\$ 3.001,44 | MÉDIA        |
| 04.03.02.003-4 | MICROCIRURGIA DE PLEXO BRAQUIAL COM EXPLORAÇÃO E NEUROLISE                            | R\$ 1.601,40 | ALTA         |
| 04.03.03.013-7 | MICROCIRURGIA PARA TUMOR DE ORBITA                                                    | R\$ 2.664,13 | ALTA         |
| 04.03.03.015-3 | MICROCIRURGIA PARA TUMOR INTRACRANIANO (COM TÉCNICA COMPLEMENTAR)                     | R\$ 7.648,50 | ALTA         |
| 04.03.02.005-0 | MICRONEUROLISE DE NERVO PERIFÉRICO                                                    | R\$ 1.570,08 | ALTA         |
| 04.03.02.006-9 | MICRONEURORRAFIA                                                                      | R\$ 2.803,50 | ALTA         |
| 04.03.02.007-7 | NEUROLISE NÃO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFÉRICOS                                         | R\$ 1.528,72 | MÉDIA        |
| 04.03.02.008-5 | NEURORRAFIA                                                                           | R\$ 1.729,88 | MÉDIA        |
| 04.03.01.014-4 | RECONSTRUÇÃO CRANIANA / CRÂNIO-FACIAL                                                 | R\$ 4.037,02 | ALTA         |
| 04.03.02.010-7 | TRANSPOSIÇÃO DO NERVO CUBITAL                                                         | R\$ 1.545,75 | MÉDIA        |
| 04.03.01.024-1 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA LÍQUORICA CRANIANA                                    | R\$ 4.037,02 | ALTA         |
| 04.03.01.029-2 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMATOMA INTRACEREBRAL (COM TÉCNICA COMPLEMENTAR)             | R\$ 1.625,05 | ALTA         |
| 04.03.02.012-3 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SÍNDROME COMPRESSIVA EM TÚNEL ÓSSEO-FIBROSO AO NÍVEL DO CARPO | R\$ 2.085,72 | MÉDIA        |
| 04.03.02.013-1 | TRATAMENTO MICROCIRÚRGICO DE TUMOR DE NERVO PERIFÉRICO / NEUROMA                      | R\$ 918,36   | ALTA         |

**SUB-GRUPO: CIRURGIA DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR**

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                                                        | VALOR        | COMPLEXIDADE |
|----------------|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|
| 04.08.06.001-8 | ALONGAMENTO / ENCURTAMENTO MIOTENDINOSO                             | R\$ 1.269,65 | MÉDIA        |
| 04.08.06.004-2 | AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO                                  | R\$ 708,55   | MÉDIA        |
| 04.08.02.001-6 | AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE MÃO E PUNHO                           | R\$ 386,60   | MÉDIA        |
| 04.08.05.001-2 | AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES                    | R\$ 2.095,32 | MÉDIA        |
| 04.08.05.002-0 | AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE PÉ E TARSO                            | R\$ 685,03   | MÉDIA        |
| 04.08.05.003-9 | ARTRODESE DE MÊDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR       | R\$ 1.484,48 | MÉDIA        |
| 04.08.02.003-2 | ARTRODESE DE MÊDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR       | R\$ 1.151,85 | MÉDIA        |
| 04.08.06.005-0 | ARTRODESE DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES                                  | R\$ 1.282,74 | MÉDIA        |
| 04.08.03.014-3 | ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL DOIS NÍVEIS | R\$ 6.498,87 | ALTA         |

|                |                                                                                                                            |     |           |       |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------|-------|
| 04.08.03.013-5 | ARTRODESE INTERSOMATICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL UM NIVEL                                                           | R\$ | 5.649,81  | ALTA  |
| 04.08.03.024-0 | ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR DOIS NIVEIS                                                                          | R\$ | 5.160,81  | ALTA  |
| 04.08.03.027-5 | ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR TRES NIVEIS                                                                         | R\$ | 8.345,10  | ALTA  |
| 04.08.03.026-7 | ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR UM NIVEL                                                                            | R\$ | 5.167,11  | ALTA  |
| 04.08.03.029-1 | ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, DOIS NIVEIS,                                                                       | R\$ | 8.345,10  | ALTA  |
| 04.08.03.030-5 | ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, QUATRO NIVEIS,                                                                     | R\$ | 8.345,10  | ALTA  |
| 04.08.03.032-1 | ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, SETE NIVEIS,                                                                       | R\$ | 8.345,10  | ALTA  |
| 04.08.02.004-0 | ARTROPLASTIA DE ARTICULACAO DA MAO                                                                                         | R\$ | 1.265,92  | MÉDIA |
| 04.08.05.004-7 | ARTROPLASTIA DE JOELHO (NAO CONVENCIONAL)                                                                                  | R\$ | 5.447,41  | ALTA  |
| 04.08.02.006-7 | ARTROPLASTIA DE PUNHO                                                                                                      | R\$ | 739,29    | ALTA  |
| 04.08.06.006-9 | ARTROPLASTIA DE RESSECÇÃO DE MÉDIA / GRANDE ARTICULAÇÃO                                                                    | R\$ | 3.313,14  | MÉDIA |
| 04.08.06.007-7 | ARTROPLASTIA DE RESSECAO DE PEQUENAS ARTICULACOES                                                                          | R\$ | 1.342,14  | MÉDIA |
| 04.08.04.007-6 | ARTROPLASTIA DE REVISAO OU RECONSTRUCAO DO QUADRIL                                                                         | R\$ | 10.011,95 | ALTA  |
| 04.08.01.004-5 | ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL PARCIAL                                                                                       | R\$ | 1.840,05  | MÉDIA |
| 04.08.01.005-3 | ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL TOTAL                                                                                         | R\$ | 5.330,76  | ALTA  |
| 04.08.04.006-8 | ARTROPLASTIA TOTAL DE CONVERSAO DO QUADRIL                                                                                 | R\$ | 6.514,71  | ALTA  |
| 04.08.05.005-5 | ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISÃO / RECONSTRUÇÃO                                                                      | R\$ | 21.658,84 | ALTA  |
| 04.08.05.006-3 | ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO JOELHO                                                                                      | R\$ | 9.483,86  | ALTA  |
| 04.08.05.007-1 | ARTROPLASTIA UNICOMPARTIMENTAL PRIMARIA DO JOELHO                                                                          | R\$ | 3.926,46  | ALTA  |
| 04.08.06.008-5 | BURSECTOMIA                                                                                                                | R\$ | 1.281,78  | MÉDIA |
| 04.03.05.900-1 | DENERVACAO FACETARIA 1º SEGMENTO                                                                                           | R\$ | 1.000,00  | MÉDIA |
| 04.03.05.900-2 | DENERVACAO FACETARIA 2º SEGMENTO                                                                                           | R\$ | 300,00    | MÉDIA |
| 04.03.05.900-3 | DENERVACAO FACETARIA 3º SEGMENTO E DEMAIS                                                                                  | R\$ | 200,00    | MÉDIA |
| 04.08.03.039-9 | DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (UM NIVEL)                                                   | R\$ | 2.294,13  | MÉDIA |
| 04.08.03.041-0 | DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS OU MAIS NIVEIS C/ MICROSCOPIO)                         | R\$ | 5.357,76  | ALTA  |
| 04.08.03.045-3 | DISCECTOMIA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA ANTERIOR (C/ 2 OU MAIS NIVEIS)                                                      | R\$ | 5.118,81  | ALTA  |
| 04.08.04.013-0 | EPIFISIODESE FEMORAL PROXIMAL IN SITU                                                                                      | R\$ | 2.278,26  | MÉDIA |
| 04.08.06.012-3 | EXPLORACAO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE MEDIAS / GRANDES ARTICULACOES                                                | R\$ | 1.418,30  | MÉDIA |
| 04.08.06.013-1 | EXPLORACAO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE PEQUENAS ARTICULACOES                                                        | R\$ | 1.136,48  | MÉDIA |
| 04.08.06.014-0 | FASCIECTOMIA                                                                                                               | R\$ | 1.337,70  | MÉDIA |
| 04.08.05.008-0 | FASCIOTOMIA DE MEMBROS INFERIORES                                                                                          | R\$ | 844,35    | MÉDIA |
| 04.08.06.015-8 | MANIPULACAO ARTICULAR                                                                                                      | R\$ | 1.098,09  | MÉDIA |
| 04.08.04.014-9 | OSTECTOMIA DA PELVE                                                                                                        | R\$ | 2.354,85  | MÉDIA |
| 04.08.06.016-6 | OSTECTOMIA DE OSSOS DA MAO E/OU DO PE                                                                                      | R\$ | 1.293,05  | MÉDIA |
| 04.08.06.017-4 | OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PE                                                                           | R\$ | 1.949,22  | MÉDIA |
| 04.08.01.011-8 | OSTEOTOMIA DA CLAVICULA OU DA ESCAPULA                                                                                     | R\$ | 1.421,35  | MÉDIA |
| 04.08.04.015-7 | OSTEOTOMIA DA PELVE                                                                                                        | R\$ | 2.505,36  | ALTA  |
| 04.08.06.018-2 | OSTEOTOMIA DE OSSOS DA MAO E/OU DO PE                                                                                      | R\$ | 1.309,00  | MÉDIA |
| 04.08.06.019-0 | OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PE                                                                           | R\$ | 1.937,04  | MÉDIA |
| 04.08.05.011-0 | QUADRICEPSPLASTIA                                                                                                          | R\$ | 3.204,36  | MÉDIA |
| 04.08.05.012-8 | REALINHAMENTO DO MECANISMO EXTENSOR DO JOELHO                                                                              | R\$ | 1.365,75  | MÉDIA |
| 04.08.02.014-8 | RECONSTRUCAO DE POLIA TENDINOSA DOS DEDOS DA MAO                                                                           | R\$ | 1.233,18  | MÉDIA |
| 04.08.05.013-6 | RECONSTRUCAO DE TENDAO PATELAR / TENDAO QUADRICIPITAL                                                                      | R\$ | 3.204,36  | MÉDIA |
| 04.08.05.014-4 | RECONSTRUCAO LIGAMENTAR DO TORNOZELO                                                                                       | R\$ | 1.728,56  | MÉDIA |
| 04.08.05.015-2 | RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR DO JOELHO                                                                          | R\$ | 1.736,67  | MÉDIA |
| 04.08.05.016-0 | RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)                                                       | R\$ | 7.800,69  | MÉDIA |
| 04.08.05.017-9 | RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR COM OU SEM ANTERIOR)                                  | R\$ | 3.204,36  | MÉDIA |
| 04.08.04.017-3 | REDUÇÃO INCRUENTA C/ MANIPULAÇÃO DE LUXAÇÃO ESPONTÂNEA / PROGRESSIVA DO QUADRIL COM APLICAÇÃO DE DISPOSITIVOS DE CONTENÇÃO | R\$ | 450,12    | ALTA  |
| 04.08.02.019-9 | REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO                                                                           | R\$ | 286,10    | MÉDIA |
| 04.08.05.022-5 | REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA / LESAO FISARIA DISTAL DA TIBIA C/ OU S/ FRATURA DA FIBULA                         | R\$ | 270,63    | MÉDIA |
| 04.08.05.023-3 | REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA / LESAO FISARIA PROXIMAL DO FEMUR                                                  | R\$ | 298,85    | MÉDIA |
| 04.08.02.015-6 | REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA / LESÃO FISARIA DE COTOVELO                                                                   | R\$ | 380,93    | MÉDIA |
| 04.08.02.016-4 | REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA / LESÃO FISARIA DO EXTREMO PROXIMAL DO ÚMERO                                                  | R\$ | 315,03    | MÉDIA |
| 04.08.02.017-2 | REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA / LESÃO FISARIA NO PUNHO                                                                      | R\$ | 268,10    | MÉDIA |
| 04.08.02.018-0 | REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA / LUXAÇÃO DE MONTEGGIA OU DE GALEAZZI                                                         | R\$ | 288,63    | MÉDIA |
| 04.08.04.018-1 | REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO CONGENITA COXOFEMORAL                                                                         | R\$ | 380,53    | MÉDIA |
| 04.08.05.032-2 | REPARO DE BAINHA TENDINOSA AO NIVEL DO TORNOZELO                                                                           | R\$ | 1.279,80  | MÉDIA |
| 04.08.01.014-2 | REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)                                                | R\$ | 2.117,55  | MÉDIA |

|                |                                                                                                    |     |           |       |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------|-------|
| 04.08.03.052-6 | RESSECAO DE COCCIX                                                                                 | R\$ | 195,99    | MÉDIA |
| 04.08.06.021-2 | RESSECCAO DE CISTO SINOVIAL                                                                        | R\$ | 1.006,39  | MÉDIA |
| 04.08.06.022-0 | RESSECCAO DE EXOSTOSE                                                                              | R\$ | 375,00    | MÉDIA |
| 04.08.06.024-7 | RESSECCAO DE TUMOR E RECONSTRUCAO C/ RETALHO NAO MICROCIRURGICO (EXCETO MAO E PE)                  | R\$ | 3.269,94  | ALTA  |
| 04.08.06.028-0 | RESSECCAO DE TUMOR OSSEO E RECONSTRUCAO C/ RETALHO NAO MICROCIRURGICO (APENAS MAO E PE)            | R\$ | 3.269,94  | ALTA  |
| 04.08.03.056-9 | RESSECCAO DE UM CORPO VERTEBRAL TORACO-LOMBO-SACRO                                                 | R\$ | 5.167,20  | ALTA  |
| 04.08.06.031-0 | RESSECCAO SIMPLES DE TUMOR OSSEO / DE PARTES MOLES                                                 | R\$ | 1.472,12  | MÉDIA |
| 04.08.03.058-5 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA COLUNA CERVICAL POR VIA POSTERIOR                                    | R\$ | 2.894,82  | ALTA  |
| 04.08.03.060-7 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR                          | R\$ | 1.883,43  | MÉDIA |
| 04.08.06.032-8 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-ARTICULAR                                                         | R\$ | 1.112,56  | MÉDIA |
| 04.08.04.021-1 | RETIRADA DE ENXERTO AUTOGENO DE ILIACO                                                             | R\$ | 144,03    | MÉDIA |
| 04.08.06.035-2 | RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-OSSEO                                                                | R\$ | 1.061,62  | MÉDIA |
| 04.08.06.036-0 | RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO                                                                        | R\$ | 1.061,62  | MÉDIA |
| 04.08.06.037-9 | RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS                                                                   | R\$ | 1.576,12  | MÉDIA |
| 04.08.06.038-7 | RETIRADA DE PROTESE DE SUBSTITUICAO DE GRANDES ARTICULACOES (OMBRO / COTOVELO / QUADRIL / JOELHO)  | R\$ | 2.278,26  | MÉDIA |
| 04.08.06.041-7 | RETRACAO CICA TRICIAL DOS DEDOS C/ COMPROMETIMENTO TENDINOSO (POR DEDO)                            | R\$ | 1.233,18  | MÉDIA |
| 04.08.06.042-5 | REVISAO CIRURGICA DE COTO DE AMPUTACAO DOS DEDOS                                                   | R\$ | 1.242,12  | MÉDIA |
| 04.08.05.033-0 | REVISAO CIRURGICA DE COTO DE AMPUTACAO EM MEMBRO INFERIOR (EXCETO DEDOS DO PE)                     | R\$ | 1.203,58  | MÉDIA |
| 04.08.04.022-0 | REVISAO CIRURGICA DE LUXACAO COXOFEMORAL CONGENITA                                                 | R\$ | 4.452,58  | ALTA  |
| 04.08.05.034-9 | REVISAO CIRURGICA DO PE TORTO CONGENITO                                                            | R\$ | 1.378,08  | MÉDIA |
| 04.08.03.063-1 | REVISAO DE ARTRODESE / TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR | R\$ | 4.836,33  | ALTA  |
| 04.08.03.062-3 | REVISÃO DE ARTRODESE / TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE DA COLUNA CERVICAL POSTERIOR           | R\$ | 4.842,72  | ALTA  |
| 04.08.05.036-5 | TALECTOMIA                                                                                         | R\$ | 671,03    | MÉDIA |
| 04.08.06.043-3 | TENODESE                                                                                           | R\$ | 1.224,54  | MÉDIA |
| 04.08.06.044-1 | TENOLISE                                                                                           | R\$ | 1.147,00  | MÉDIA |
| 04.08.06.045-0 | TENOMIORRAFIA                                                                                      | R\$ | 1.235,46  | MÉDIA |
| 04.08.06.046-8 | TENOMIOTOMIA / DESINSERÇÃO                                                                         | R\$ | 1.253,64  | MÉDIA |
| 04.08.06.047-6 | TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDAO UNICO                                                             | R\$ | 2.040,60  | MÉDIA |
| 04.08.06.048-4 | TENORRAFIA ÚNICA EM TÚNEL OSTEO-FIBROSO                                                            | R\$ | 1.685,20  | MÉDIA |
| 04.08.05.037-3 | TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO INFERIOR                                                                | R\$ | 1.219,05  | MÉDIA |
| 04.08.02.030-0 | TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR                                                                | R\$ | 398,78    | MÉDIA |
| 04.08.05.039-0 | TRANSFERENCIA MUSCULAR / TENDINOSA NO MEMBRO INFERIOR                                              | R\$ | 1.494,48  | MÉDIA |
| 04.08.06.054-9 | TRANSPOSICAO / TRANSFERENCIA MIOTENDINOSA UNICA                                                    | R\$ | 1.285,26  | MÉDIA |
| 04.08.04.023-8 | TRANSPOSIÇÃO / ALONGAMENTO MIOTENDINOSO DO ILIOPSOAS EM DOENÇA NEUROMUSCULAR                       | R\$ | 1.962,38  | MÉDIA |
| 04.08.06.053-0 | TRANSPOSIÇÃO / TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA MÚLTIPLA                                                 | R\$ | 1.386,12  | MÉDIA |
| 04.08.02.039-3 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERO                                                | R\$ | 912,38    | MÉDIA |
| 04.08.01.023-1 | TRATAMENTO CIRURGICO DA SINDROME DO IMPACTO SUB-ACROMIAL                                           | R\$ | 1.478,75  | MÉDIA |
| 04.08.05.042-0 | TRATAMENTO CIRURGICO DAS DESINSERCOES DAS ESPINHAS INTERCONDILARES / EPICONDILARES                 | R\$ | 826,10    | MÉDIA |
| 04.08.06.055-7 | TRATAMENTO CIRURGICO DE ARTRITE INFECCIOSA (GRANDES E MEDIAS ARTICULACOES)                         | R\$ | 1.050,50  | MÉDIA |
| 04.08.06.056-5 | TRATAMENTO CIRURGICO DE ARTRITE INFECCIOSA DAS PEQUENAS ARTICULACOES                               | R\$ | 671,03    | MÉDIA |
| 04.08.05.044-6 | TRATAMENTO CIRURGICO DE COALIZAO TARSAL                                                            | R\$ | 1.342,05  | MÉDIA |
| 04.08.02.032-6 | TRATAMENTO CIRURGICO DE DEDO EM GATILHO                                                            | R\$ | 482,30    | MÉDIA |
| 04.08.06.057-3 | TRATAMENTO CIRURGICO DE DEDO EM MARTELO / EM GARRA (MAO E PE)                                      | R\$ | 1.342,05  | MÉDIA |
| 04.08.06.058-1 | TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE ARTICULAR POR RETRACAO TENO-CAPSULO-LIGAMENTAR                 | R\$ | 1.508,00  | MÉDIA |
| 04.08.03.090-9 | TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR SETE NIVEIS                            | R\$ | 11.258,67 | ALTA  |
| 04.08.02.033-4 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERO                   | R\$ | 1.247,45  | MÉDIA |
| 04.08.02.034-2 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DAS FALANGES DA MAO (COM FIXACAO)                  | R\$ | 385,20    | MÉDIA |
| 04.08.02.037-7 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METACARPÍANOS                                  | R\$ | 645,65    | MÉDIA |
| 04.08.05.048-9 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR (SINTESE)                 | R\$ | 2.268,10  | MÉDIA |
| 04.08.05.049-7 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO         | R\$ | 1.080,35  | MÉDIA |
| 04.08.01.015-0 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA                                                       | R\$ | 810,22    | MÉDIA |
| 04.08.05.050-0 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA                                                | R\$ | 846,36    | MÉDIA |
| 04.08.05.051-9 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR                                                | R\$ | 2.432,43  | MÉDIA |
| 04.08.02.040-7 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO            | R\$ | 507,60    | MÉDIA |
| 04.08.05.052-7 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXACAO INTERNA                                      | R\$ | 1.259,18  | MÉDIA |
| 04.08.02.042-3 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRACO (C/ SINTESE)             | R\$ | 1.368,25  | MÉDIA |
| 04.08.02.043-1 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA ULNA                                | R\$ | 530,58    | MÉDIA |
| 04.08.04.029-7 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO ACETABULO                                                       | R\$ | 4.088,17  | MÉDIA |

|                |                                                                                                                  |     |          |       |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------|-------|
| 04.08.01.016-9 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO COLO E CAVIDADE GLENOIDE DE ESCAPULA                                          | R\$ | 947,88   | MÉDIA |
| 04.08.01.017-7 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO CORPO DE ESCAPULA                                                             | R\$ | 753,50   | MÉDIA |
| 04.08.05.054-3 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PILAO TIBIAL                                                                  | R\$ | 1.164,90 | MÉDIA |
| 04.08.05.057-8 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR                                                         | R\$ | 1.203,73 | MÉDIA |
| 04.08.06.059-0 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DOS OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PE                  | R\$ | 1.667,49 | MÉDIA |
| 04.08.02.035-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DE EPI-CÔNDILO / EPTIROCLEA DO ÚMERO                             | R\$ | 778,55   | MÉDIA |
| 04.08.02.036-9 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DO CÔNDILO / TRÓCLEA/APOFISE CORONÓIDE DO ULNA / CABEÇA DO RÁDIO | R\$ | 921,60   | MÉDIA |
| 04.08.02.038-5 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA SUPRACONDILIANA DO ÚMERO                                         | R\$ | 1.249,35 | MÉDIA |
| 04.08.05.065-9 | TRATAMENTO CIRURGICO DE HALUX VALGUS C/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO                                 | R\$ | 1.423,24 | MÉDIA |
| 04.08.06.061-1 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INFECÇÃO EM ARTROPLASTIA DAS MÉDIAS / PEQUENAS ARTICULAÇÕES                              | R\$ | 838,53   | MÉDIA |
| 04.08.05.066-7 | TRATAMENTO CIRURGICO DE LESAO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR MEMBRO INFERIOR (JOELHO / TORNOZELO)                      | R\$ | 1.421,49 | MÉDIA |
| 04.08.02.050-4 | TRATAMENTO CIRURGICO DE LESAO EVOLUTIVA FISARIA NO MEMBRO SUPERIOR                                               | R\$ | 1.308,20 | MÉDIA |
| 04.08.01.018-5 | TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR                                             | R\$ | 1.510,36 | MÉDIA |
| 04.08.02.052-0 | TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO DOS OSSOS DO CARPO                                             | R\$ | 502,55   | MÉDIA |
| 04.08.02.053-9 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METACARPO-FALANGIANA                                           | R\$ | 481,50   | MÉDIA |
| 04.08.04.032-7 | TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO COXO-FEMORAL CONGENITA                                                           | R\$ | 4.088,18 | ALTA  |
| 04.08.04.034-3 | TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO ESPONTANEA / PROGRESSIVA / PARALITICA DO QUADRIL                                 | R\$ | 4.089,18 | MÉDIA |
| 04.08.02.054-7 | TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO OU FRATURA-LUXACAO DO COTOVELO                                                   | R\$ | 778,55   | MÉDIA |
| 04.08.01.021-5 | TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO RECIDIVANTE / HABITUAL DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL                            | R\$ | 1.516,60 | MÉDIA |
| 04.08.01.019-3 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL AGUDA                                          | R\$ | 1.205,60 | MÉDIA |
| 04.08.05.073-0 | TRATAMENTO CIRURGICO DE PE CAVO                                                                                  | R\$ | 1.342,10 | MÉDIA |
| 04.08.05.074-8 | TRATAMENTO CIRURGICO DE PE PLANO VALGO                                                                           | R\$ | 1.342,10 | MÉDIA |
| 04.08.05.075-6 | TRATAMENTO CIRURGICO DE PE TALO VERTICAL                                                                         | R\$ | 1.033,56 | ALTA  |
| 04.08.05.076-4 | TRATAMENTO CIRURGICO DE PE TORTO CONGENITO                                                                       | R\$ | 1.420,30 | MÉDIA |
| 04.08.06.066-2 | TRATAMENTO CIRURGICO DE POLIDACTILIA ARTICULADA                                                                  | R\$ | 696,84   | ALTA  |
| 04.08.05.078-0 | TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDACAO / PERDA OSSEA AO NIVEL DO TARSO                   | R\$ | 1.492,05 | MÉDIA |
| 04.08.05.079-9 | TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDACAO / PERDA OSSEA DA DIAFISE DO FEMUR                 | R\$ | 2.278,26 | MÉDIA |
| 04.08.05.082-9 | TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDACAO / PERDA OSSEA DO PE                               | R\$ | 1.342,05 | MÉDIA |
| 04.08.05.084-5 | TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDACAO AO NIVEL DO JOELHO                                | R\$ | 1.588,60 | MÉDIA |
| 04.08.05.087-0 | TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDACAO/ PERDA OSSEA DA METAFISE TIBIAL                   | R\$ | 1.795,83 | MÉDIA |
| 04.08.02.055-5 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA MÃO                              | R\$ | 1.218,72 | MÉDIA |
| 04.08.02.056-3 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO ANTEBRAÇO                        | R\$ | 1.885,52 | MÉDIA |
| 04.08.02.058-0 | TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE AO NIVEL DO COTOVELO                                                        | R\$ | 1.776,32 | MÉDIA |
| 04.08.05.085-3 | TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE CONGENITA DA TIBIA                                                          | R\$ | 1.496,50 | ALTA  |
| 04.08.02.059-8 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE NA REGIÃO METAFISE-EPIFISÁRIA DISTAL DO RÁDIO E ULNA                        | R\$ | 1.146,45 | MÉDIA |
| 04.08.05.086-1 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA DIÁFISE TIBIAL                   | R\$ | 2.308,23 | MÉDIA |
| 04.08.02.057-1 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO ÚMERO                            | R\$ | 1.509,24 | MÉDIA |
| 04.08.02.060-1 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDO-RETARDO / CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA AO NÍVEL DO CARPO                            | R\$ | 1.146,45 | MÉDIA |
| 04.08.01.022-3 | TRATAMENTO CIRURGICO DE RETARDO DE CONSOLIDACAO DA PSEUDARTROSE DE CLAVICULA / ESCAPULA                          | R\$ | 1.421,35 | MÉDIA |
| 04.08.06.067-0 | TRATAMENTO CIRURGICO DE RETRACAO MUSCULAR                                                                        | R\$ | 986,70   | MÉDIA |
| 04.08.02.061-0 | TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA / DESINSERCAO / ARRANCAMENTO CAPSULO-TENO-LIGAMENTAR NA MAO                       | R\$ | 1.291,30 | MÉDIA |
| 04.08.05.088-8 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI / BICOMPATIMENTAL                              | R\$ | 1.736,67 | MÉDIA |
| 04.08.05.089-6 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL                                      | R\$ | 2.379,00 | MÉDIA |
| 04.08.06.069-7 | TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDACTILIA COMPLEXA (C/ FUSAO OSSEA)                                                    | R\$ | 808,68   | ALTA  |
| 04.08.06.070-0 | TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDACTILIA SIMPLES (DOIS DEDOS)                                                         | R\$ | 1.258,92 | MÉDIA |
| 04.08.03.075-5 | TRATAMENTO CIRURGICO DE TORCICOLO CONGENITO                                                                      | R\$ | 1.314,80 | MÉDIA |
| 04.08.05.091-8 | TRATAMENTO CIRURGICO DO HALUX VALGUS S/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO                                 | R\$ | 1.346,40 | MÉDIA |
| 04.08.06.071-9 | VIDEOARTROSCOPIA                                                                                                 | R\$ | 300,00   | MÉDIA |

**SUB-GRUPO: CIRURGIA EM ONCOLOGIA**

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                                                       | VALOR | COMPLEXIDADE |
|----------------|--------------------------------------------------------------------|-------|--------------|
| 04.16.02.024-0 | LINFADENECTOMIA SELETIVA GUIADA (LINFONODO SENTINELA) EM ONCOLOGIA | R\$   | 1.455,74     |
| 04.16.06.001-3 | AMPUTACAO CONICA DE COLO DE UTERO COM COLPECTOMIA EM ONCOLOGIA     | R\$   | 3.617,38     |

**SUB-GRUPO: CIRURGIA REPARADORA**

| CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                     | VALOR | COMPLEXIDADE |
|----------------|----------------------------------|-------|--------------|
| 04.13.04.011-9 | RECONSTRUCAO DE LOBULO DA ORELHA | R\$   | 1.175,64     |

**SUB-GRUPO: CIRURGIA TORACICA**

| CÓDIGO | PROCEDIMENTO | VALOR | COMPLEXIDADE |
|--------|--------------|-------|--------------|
|--------|--------------|-------|--------------|

| 04.12.04.011-5                                                                       | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA PAREDE TORACICA                                                               | R\$ | 2.248,92  | ALTA          |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------|---------------|
| 04.12.04.016-6                                                                       | TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA                                                                   | R\$ | 2.573,60  | MÉDIA         |
| <b>SUB-GRUPO: COLETA DE MATERIAL</b>                                                 |                                                                                                             |     |           |               |
| CÓDIGO                                                                               | PROCEDIMENTO                                                                                                |     | VALOR     | COMPLEXIDADE  |
| 02.01.01.001-1                                                                       | AMNIOCENTESE                                                                                                | R\$ | 1.200,00  | MÉDIA         |
| 02.01.01.027-5                                                                       | BIOPSIA DE MEDULA OSSEA                                                                                     | R\$ | 300,00    | MÉDIA         |
| 02.01.01.033-0                                                                       | BIOPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DE MEMBRO SUPERIOR (POR AGULHA / CEU ABERTO)                                   | R\$ | 470,65    | MÉDIA         |
| <b>SUB-GRUPO: DEMAIS SERVIÇOS</b>                                                    |                                                                                                             |     |           |               |
| CÓDIGO                                                                               | PROCEDIMENTO                                                                                                |     | VALOR     | COMPLEXIDADE  |
| 04.15.01.001-2                                                                       | TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS                                                                           | R\$ | 2.447,65  | NÃO SE APLICA |
| 04.15.02.003-4                                                                       | OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS                                                              | R\$ | 2.447,65  | NÃO SE APLICA |
| 04.17.01.900-1                                                                       | ADICIONAL DE ANESTESIA                                                                                      | R\$ | 86,53     | NÃO SE APLICA |
| 02.01.01.900-1                                                                       | BIOPSIA RENAL COM DIAGNOSTICO HISTOLOGICO (POR MICROSCOPIA OPTICA E IMUNOFLUORESCÊNCIA) DE PATOLOGIA RENAL  | R\$ | 1.900,00  | NÃO SE APLICA |
| 04.08.04.900-1                                                                       | ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL CIMENTADA/NAO CIMENTADA                                              | R\$ | 3.270,54  | NÃO SE APLICA |
| 04.04.01.900-2                                                                       | CIRURGIA VIDEO-ENDOSCOPICA FUNCIONAL DOS SEIOS PARANASAIS E POLIPOSE NASOSSINUSAL                           | R\$ | 6.325,00  | NÃO SE APLICA |
| 09.04.05.900-1                                                                       | CORRECAO DE PEYRONIE                                                                                        | R\$ | 960,00    | NÃO SE APLICA |
| 02.01.01.063-1                                                                       | PUNCAO LOMBAR                                                                                               | R\$ | 350,00    | NÃO SE APLICA |
| 02.02.03.900-4                                                                       | PUNCAO LOMBAR PARA TESTE NAO TREPONEMICO P/DETECCAO DE SIFILIS                                              | R\$ | 250,00    | NÃO SE APLICA |
| 04.08.04.900-2                                                                       | SERVICOS PROFISSIONAIS CIRURGIAO E AUXILIAR - ESPECIFICO PARA PROCEDIMENTOS DE FRATURA DE PELVE E ACETABULO | R\$ | 6.500,00  | NÃO SE APLICA |
| 04.07.03.900-1                                                                       | TAXA DE VIDEO HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)                                                            | R\$ | 300,00    | NÃO SE APLICA |
| 09.09.06.900-1                                                                       | TAXA DE VIDEO LAQUEADURA TUBARIA                                                                            | R\$ | 300,00    | NÃO SE APLICA |
| 04.03.02.900-1                                                                       | TAXA DE VIDEO P/ MICRONEUROLISE DE NERVO PERIFERICO                                                         | R\$ | 300,00    | NÃO SE APLICA |
| 04.09.01.900-1                                                                       | TAXA DE VIDEO PARA PROCEDIMENTOS DE UROLOGIA                                                                | R\$ | 350,00    | NÃO SE APLICA |
| 04.07.01.900-1                                                                       | TAXA DE VIDEO RESSECCAO ENDOSCOPICA DE LESAO                                                                | R\$ | 300,00    | NÃO SE APLICA |
| 04.08.06.900-1                                                                       | TENOPLASTIA COM RETALHO                                                                                     | R\$ | 11.440,00 | NÃO SE APLICA |
| 04.04.01.900-1                                                                       | TIMPANOMASTOIDECTOMIA                                                                                       | R\$ | 6.325,00  | NÃO SE APLICA |
| 04.07.01.029-7                                                                       | TRATAMENTO CIRURGICO DE REFLUXO GASTROESOFAGICO                                                             | R\$ | 6.800,00  | NÃO SE APLICA |
| 04.09.01.900-3                                                                       | URETEROLITOTRIPIA A LASER                                                                                   | R\$ | 8.835,00  | NÃO SE APLICA |
| <b>SUB-GRUPO: DIAGNOSTICO POR ENDOSCOPIA</b>                                         |                                                                                                             |     |           |               |
| CÓDIGO                                                                               | PROCEDIMENTO                                                                                                |     | VALOR     | COMPLEXIDADE  |
| 02.09.02.001-6                                                                       | CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA                                                            | R\$ | 126,00    | MÉDIA         |
| <b>SUB-GRUPO: DIAGNOSTICO POR RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA</b>                        |                                                                                                             |     |           |               |
| CÓDIGO                                                                               | PROCEDIMENTO                                                                                                |     | VALOR     | COMPLEXIDADE  |
| 02.10.01.003-7                                                                       | ANGIOGRAFIA DE ARCO AORTICO E TRONCOS SUPRA-AORTICOS                                                        | R\$ | 137,01    | ALTA          |
| 02.10.01.013-4                                                                       | ARTERIOGRAFIA SELETIVA DE CAROTIDA                                                                          | R\$ | 190,31    | ALTA          |
| <b>SUB-GRUPO: HEMOTERAPIA</b>                                                        |                                                                                                             |     |           |               |
| CÓDIGO                                                                               | PROCEDIMENTO                                                                                                |     | VALOR     | COMPLEXIDADE  |
| 03.06.02.010-6                                                                       | TRANSFUSAO DE PLASMA FRESCO                                                                                 | R\$ | 20,98     | ALTA          |
| <b>SUB-GRUPO: OUTRAS CIRURGIAS</b>                                                   |                                                                                                             |     |           |               |
| CÓDIGO                                                                               | PROCEDIMENTO                                                                                                |     | VALOR     | COMPLEXIDADE  |
| 04.15.04.003-5                                                                       | DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS                                                          | R\$ | 1.843,08  | MÉDIA         |
| <b>SUB-GRUPO: PEQUENAS CIRURGIAS E CIRURGIAS DE PELE, TECIDO SUBCUTANEO E MUCOSA</b> |                                                                                                             |     |           |               |
| CÓDIGO                                                                               | PROCEDIMENTO                                                                                                |     | VALOR     | COMPLEXIDADE  |
| 04.01.01.005-8                                                                       | EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA                                           | R\$ | 57,90     | MÉDIA         |
| 04.01.02.004-5                                                                       | EXCISÃO E ENXERTO DE PELE (HEMANGIOMA, NEVUS OU TUMOR )                                                     | R\$ | 1.070,43  | MÉDIA         |
| 04.01.02.005-3                                                                       | EXCISAO E SUTURA DE LESAO NA PELE C/ PLASTICA EM Z OU ROTACAO DE RETALHO                                    | R\$ | 1.427,24  | MÉDIA         |
| 04.01.02.006-1                                                                       | EXERESE DE CISTO BRANQUIAL                                                                                  | R\$ | 1.043,31  | MÉDIA         |
| 04.01.02.007-0                                                                       | EXERESE DE CISTO DERMOIDE                                                                                   | R\$ | 862,32    | MÉDIA         |
| 04.01.02.008-8                                                                       | EXERESE DE CISTO SACRO-COCCIGEO                                                                             | R\$ | 862,32    | MÉDIA         |
| 04.01.02.009-6                                                                       | EXERESE DE CISTO TIREOGLOSSO                                                                                | R\$ | 1.440,18  | MÉDIA         |
| 04.01.02.010-0                                                                       | EXTIRPACAO E SUPRESSAO DE LESAO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTANEO                                      | R\$ | 948,66    | MÉDIA         |
| 04.01.02.015-0                                                                       | TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SINUS PRÉ-AURICULAR                                                                 | R\$ | 1.374,48  | MÉDIA         |
| <b>SUB-GRUPO: TERAPIAS ESPECIALIZADAS</b>                                            |                                                                                                             |     |           |               |
| CÓDIGO                                                                               | PROCEDIMENTO                                                                                                |     | VALOR     | COMPLEXIDADE  |
| 03.09.03.011-0                                                                       | LITOTRIPIA EXTRACORPOREA (ONDA DE CHOQUE - TRATAMENTO SUBSEQUENTE EM 2 REGIOES RENAIIS)                     | R\$ | 533,00    | ALTA          |
| 03.09.07.002-3                                                                       | TRATAMENTO ESCLEROSANTE NAO ESTETICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (BILATERAL)                          | R\$ | 992,62    | MÉDIA         |
| 03.09.07.001-5                                                                       | TRATAMENTO ESCLEROSANTE NAO ESTETICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)                         | R\$ | 900,78    | MÉDIA         |



| SUB-GRUPO: TRATAMENTOS CLINICOS(OUTRAS ESPECIALIDADES) |                                                                           |            |              |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|
| CODIGO                                                 | PROCEDIMENTO                                                              | VALOR      | COMPLEXIDADE |
| 03.03.09.001-4                                         | ARTROCENTESE DE GRANDES ARTICULACOES                                      | R\$ 61,38  | MÉDIA        |
| 03.03.02.001-6                                         | PULSOTERAPIA I (POR APLICACAO)                                            | R\$ 770,00 | MÉDIA        |
| 03.03.02.002-4                                         | PULSOTERAPIA II (POR APLICACAO)                                           | R\$ 770,00 | MÉDIA        |
| 03.03.09.012-0                                         | TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA NA CINTURA ESCAPULAR (COM IMOBILIZACAO) | R\$ 91,48  | MÉDIA        |
| 03.03.09.031-6                                         | TRATAMENTO DAS POLIARTROPATIAS INFLAMATORIAS                              | R\$ 381,46 | MÉDIA        |

| CIRURGIAS EM UROLOGIA |                                                      |              |              |              |               |
|-----------------------|------------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| CODIGO                | PROCEDIMENTO                                         | ANESTESISTA  | CIRURGIAO    | HOSPITAL     | VALOR TOTAL   |
| 04.09.05.900-1        | CORRECAO CIRURGICA DE TORTUOSIDADE PENIANA (PLICURA) | R\$ 1.000,00 | R\$ 6.000,00 | R\$ 2.000,00 | R\$ 9.000,00  |
| 04.09.01.900-5        | RETIRADA DE DUPLO J                                  | R\$ 350,00   | R\$ 800,00   | R\$ 400,00   | R\$ 1.550,00  |
| 04.09.01.900-2        | RTU BEXIGA                                           | R\$ 800,00   | R\$ 5.000,00 | R\$ 2.200,00 | R\$ 10.668,00 |
| 04.09.03.900-1        | RTU PROSTATA                                         | R\$ 800,00   | R\$ 6.000,00 | R\$ 2.200,00 | R\$ 11.668,00 |
| 03.05.02.900-1        | TRATAMENTO DA CALCULOSE RENAL URETERORRENITOTRIPSIA  | R\$ 800,00   | R\$ 4.500,00 | R\$ 2.800,00 | R\$ 12.648,00 |
| 04.09.01.900-4        | URETEROLITOTRIPSIA RIGIDA                            | R\$ 800,00   | R\$ 4.000,00 | R\$ 2.500,00 | R\$ 10.598,00 |



**ANEXO IV  
REQUERIMENTO PARA INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO**

Ao Consórcio Público Interfederativo de Saúde do Oeste de Santa Catarina -  
Chapecó-SC

**Setor de Credenciamento**

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no **credenciamento de pessoas jurídicas para prestação de serviços de saúde nas áreas de assistência e atendimento médico em regime ambulatorial ou hospitalar, de auxiliares de diagnóstico e terapia, serviços odontológicos, excluídos os serviços de urgência e emergência, e fornecimento de órteses, próteses e materiais especiais (OPM'S), aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, nos termos do Chamamento Público N° 02/2024.**

|                        |                         |                |
|------------------------|-------------------------|----------------|
| <b>Razão Social:</b>   |                         |                |
| <b>CNPJ:</b>           |                         |                |
| <b>Telefone:</b>       | <b>E-mail:</b>          |                |
| <b>Endereço:</b>       | <b>Bairro:</b>          |                |
| <b>CEP:</b>            | <b>Cidade:</b>          | <b>Estado:</b> |
| <b>Insc. Estadual:</b> | <b>Inscr. Municipal</b> |                |

**Dados bancários (PESSOA JURÍDICA):**

|               |                 |                             |
|---------------|-----------------|-----------------------------|
| <b>Banco:</b> | <b>Agência:</b> | <b>Conta Corrente n. °:</b> |
|               |                 |                             |

**LOCAL DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO, COM ENDEREÇO COMPLETO:**

|                  |                              |
|------------------|------------------------------|
| <b>Endereço:</b> | <b>Bairro:</b>               |
| <b>CEP:</b>      | <b>Cidade:</b> <b>Estado</b> |

Procedimentos/Exames/Consultas (relacionar de acordo com os itens e descrição do Edital):

| Código | Descrição | Capacidade Mínima de Demanda Mensal |
|--------|-----------|-------------------------------------|
|        |           |                                     |



|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Relação dos profissionais que executarão os serviços:

| Nome | Especialidade | Registro<br>no<br>Conselho |
|------|---------------|----------------------------|
|      |               |                            |

Local (ais) onde será (ão) executado (s) o (s) serviço  
(s):

- (        ) Local próprio – Empresa  
(        ) CREMER

(Cidade)/Estado, (dia) de (mês) de (ano).

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do representante legal e/ou procurador da empresa)



**ANEXO V  
DECLARAÇÃO UNIFICADA DE CUMPRIMENTO AO EDITAL**

Ao Consórcio Público Interfederativo de Saúde do Oeste de Santa Catarina -  
Chapecó-SC

A empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ n. \_\_\_\_\_, com sede  
\_\_\_\_\_, por seu representante legal, Sr. \_\_\_\_\_, portador do  
CPF n. \_\_\_\_\_, DECLARA, EXPRESSAMENTE, que:

- a) Está ciente e concorda com as condições contidas no edital e seus anexos, bem como aos atos normativos pertinentes expedidos pelo Consórcio Público Interfederativo de Saúde do Oeste de Santa Catarina e de que o requerimento apresentado compreende a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de sua entrega em definitivo e que cumpre plenamente os requisitos de habilitação definidos neste instrumento convocatório;
- b) Cumpre e acata as normas estabelecidas no edital de credenciamento, estando plenamente ciente do teor e da extensão deste documento, que cumpre os requisitos de habilitação, que encaminha anexo os documentos necessários;
- c) Não emprega menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e de qualquer trabalho a menores de 16 (dezesesseis) anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos, nos termos do art. 7º, XXXIII, da Constituição da República de 1988;
- d) Não possui empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto nos incisos III e IV do art. 1º e no inciso III do art. 5º da Constituição Federal;
- e) Se for o caso, que cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas;
- f) Que não possui nenhum impeditivo vigente para participar do presente credenciamento, nos termos do art. 14 da Lei nº 14.133, de 2021, bem como não se enquadra em nenhuma das condições de impossibilidade de participação do certame previstas neste Edital;
- g) Não é inidônea para licitar e contratar com a Administração Pública, nem está suspensa ou impedida de licitar ou contratar com o Consórcio e seus entes consorciados;
- h) Não possui, nos 5 (cinco) anos anteriores à divulgação do edital, condenação judicial, com trânsito em julgado, por exploração de trabalho infantil, por submissão



de trabalhadores a condições análogas às de escravo ou por contratação de adolescentes nos casos vedados pela legislação trabalhista;

i) Que tem total conhecimento da legislação que rege o Sistema Único de Saúde – SUS e, sobretudo, da obrigação de prestar atendimento gratuito aos pacientes que forem encaminhados via Consórcio Público Interfederativo de Saúde do Oeste de Santa Catarina;

j) Que se compromete a atender/prestar, mensalmente, a quantidade mínima de 50 (cinquenta) consultas, exames ou procedimentos, conforme especificado no Requerimento de Credenciamento, salvo em casos de impossibilidade justificada, como falta de recursos ou indisponibilidade de profissionais.;

k) Que se compromete em manter sigilo e confidencialidade de todas as informações, em especial os dados pessoais e os dados pessoais sensíveis – repassadas em decorrência da execução contratual, em consonância com o disposto na Lei nº 13.709/2018, sendo vedado o repasse das informações a outras empresas ou pessoas, salvo aquelas decorrentes de obrigações legais ou para viabilizar o cumprimento do edital/instrumento contratual;

l) Ter ciência de que responderei administrativa e judicialmente, caso causarem danos patrimoniais, morais, individual ou coletivo, aos titulares de dados pessoais, repassados em decorrência da execução contratual, por inobservância à LGPD;

m) Ter ciência de que, em atendimento ao disposto na Lei n. 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), o CONTRATANTE, para a execução do serviço objeto deste edital, terá acesso aos dados pessoais dos/as representantes da INTERESSADA/CONTRATADA, tais como: número do CPF e do RG, endereços eletrônico e residencial, cópia do documento de identificação;

n) Que tem ciência da existência da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e, se compromete a adequar todos os procedimentos internos ao disposto na legislação, com intuito de proteção dos dados pessoais repassados pelo CONTRATANTE.

o) Ter ciência de que, fico obrigada a comunicar ao CONTRATANTE, em até 24 (vinte e quatro) horas, qualquer incidente de acessos não autorizados aos dados pessoais, situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito que possa vir causar risco ou dano relevante aos Titulares de Dados Pessoais, apresentando as informações descritas nos incisos do § 1º do art. 48 da LGPD, cabendo ao CONTRATANTE as demais obrigações de comunicação previstas no referido artigo.

p) Que aceita e se compromete a participar de capacitações e treinamentos oferecidos pelo CONTRATANTE, visando garantir a correta aplicação da legislação e a melhoria contínua na prestação de serviços.



q) Ter ciência de que o controle das consultas, exames e procedimentos agendados será realizado tanto pelo contratante quanto por órgãos de fiscalização e controle público, para garantir a transparência e o cumprimento das metas estabelecidas.

r) Que tem ciência que deverá fornecer relatórios mensais detalhados sobre o número de atendimentos realizados, com a devida documentação de comprovação, como registros no SISREG, com o objetivo de permitir o acompanhamento e controle efetivo.

s) Que possui ciência de que a empresa, seus sócios ou administradores não possuem vínculo societário, de controle, coligação ou direção com empresa ou pessoa jurídica impedida, suspensa, ou declarada inidônea para licitar ou contratar com a Administração Pública.

Declaro que cumpro e acato as normas estabelecidas no edital de credenciamento e que estou plenamente ciente da obrigação em executar os compromissos assumidos até a presente data.

Cidade/Estado,        de        de        .

Assinatura do representante legal da empresa e/ou Procurador





**ANEXO VI  
MINUTA DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**

O **CONSÓRCIO PÚBLICO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE DO OESTE DE SANTA CATARINA** -, consórcio público, com personalidade jurídica de direito público e natureza autárquica, inscrito no CNPJ sob o nº 01.336.261/0001-40, **com sede na Rua Euclides Prade, nº 465-E, Sala Comercial nº 09, Condomínio Boulevard das Acácias, Bairro Santa Maria, CEP: 89.812-600, Município de Chapecó, Estado de Santa Catarina**, representado por seu Presidente, Senhor **XXXXXXX**, doravante denominado **CONTRATANTE**, e, de outro lado, a empresa \_\_, inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, com sede na \_\_\_\_\_, representada por seu representante legal, Senhor (a) \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \*\*\*.\_\_\_\_-\*\*, doravante denominada **CONTRATADA**, com amparo na Lei nº 14.133/2021, na Resolução do Consórcio nº 047/2021 e nas disposições contidas no Edital de Chamamento Público/Credenciamento nº 02/2024, celebram o presente instrumento sob as seguintes cláusulas condições as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO**

1.1.O objeto do presente instrumento é contratação de pessoas jurídicas para prestação de serviços de saúde nas áreas de assistência e atendimento médico em regime ambulatorial ou hospitalar, de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, serviços odontológicos, excluídos os serviços de urgência e emergência, e fornecimento de órteses, próteses e materiais especiais (OPM's), complementando serviços de saúde ofertados pela rede de saúde pública aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, nas condições estabelecidas no Termo de Referência, especificamente aos itens abaixo relacionados:

| ITE<br>M | DESCRIÇÃO/ESPECIFICAÇÃO<br>S | COD<br>SAI/SU<br>S | VALO<br>R | QUANTIDADE<br>MENSAL<br>MÍNIMA DE<br>ATENDIMENTO<br>S |
|----------|------------------------------|--------------------|-----------|-------------------------------------------------------|
|          |                              |                    |           |                                                       |
|          |                              |                    |           |                                                       |
|          |                              |                    |           |                                                       |
|          |                              |                    |           |                                                       |
|          |                              |                    |           |                                                       |

1.2 O presente contrato tem o valor estimado de R\$ xxxxx,xx (xxxxxxxxxxxx), sendo este valor ajustado conforme as necessidades de atendimento e as disposições orçamentárias do Consórcio Público Interfederativo de Saúde do Oeste de Santa



Catarina.

1.3. Esta contratação vincula-se ao Processo Administrativo de Chamamento Público para Credenciamento nº 02/2024, Inexigibilidade de Licitação nº xxxx, garantindo a conformidade com a legislação vigente.

1.3. Integram o presente contrato, como se transcritos estivessem:

- a) O edital de chamada pública para credenciamento, seus anexos e quaisquer complementos;
- b) Termo de Referência;
- c) Os documentos e informações apresentadas para o credenciamento e para a contratação;
- d) Outros anexos dos documentos referidos, que poderão incluir, mas não se limitando a, aditivos contratuais, relatórios de desempenho e comunicações oficiais.

1.4 É de ciência da empresa contratada quanto a necessidade de cumprimento do quantitativo mínimo mensal de atendimentos vinculados na tabela acima, não a limitando de realizar atendimentos em quantidade superior ao previsto.

1.5 A assinatura deste contrato torna resilidos todos os contratos anteriores que possuem as mesmas partes e o mesmo objeto.

1.6 As partes se comprometem a notificar uma à outra, por escrito, sobre quaisquer alterações que possam impactar a execução do contrato ou a sua vigência, assegurando a transparência e a continuidade dos serviços.

## **CLAUSULA SEGUNDA - FORMA DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

2.1. A Contratada executará os serviços no \_\_\_\_\_(local), situado na \_\_\_\_\_(endereço), nos dias e horários acordados entre as partes, sendo que a forma de abertura da agenda deve ser clara e ter prazo determinado.

2.2. A contratada disponibilizará o (s) seguintes (s) profissional (is) para a execução do serviço:

| NOME | ESPECIALIDADE | REGISTRO<br>CONSELHO | NO |
|------|---------------|----------------------|----|
|      |               |                      |    |
|      |               |                      |    |

2.3. A Contratada irá atender os usuários oriundos dos Entes da Federação consorciados ao Consórcio Público Interfederativo de Saúde do Oeste de Santa Catarina.

2.4. A Contratada executará os serviços em local, dia e horário a serem acordados entre as partes, sendo que a forma de abertura da agenda dever ser clara e ter prazo determinado.



2.4.1. Fica expressamente vedada às Empresas Credenciadas a prestação de serviços diretamente nas Unidades Básicas de Saúde de quaisquer dos Municípios Consorciados, exceto quando a empresa/prestador formalizar esse pedido, que deverá ser aceito pelo município, deferido pelo Consorcio e formalizado por meio de Decreto Municipal. É também proibido o atendimento em endereço que não corresponda ao informado no requerimento de credenciamento (Anexo IV).

2.4.1.2 O município se responsabiliza por todos os demais encargos relacionados à prestação dos serviços em sua Unidade Básica de Saúde, incluindo a formalização e autorização junto ao consórcio para a possibilidade de prestação de serviços.

2.5. A Contratada será responsável por informar datas e horários de atendimento do profissional designado.

2.6. As consultas e atendimentos de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico serão agendados previamente pelo município, devendo os usuários apresentarem a guia de consulta/autorização gerada pelo município por meio do Sistema Web utilizado pelos municípios integrantes do Consórcio.

2.7. Deverá a Contratada exigir a apresentação de documento de identificação do paciente, bem como Guia de Autorização gerada através do Sistema Web utilizado pelos municípios integrantes do Consórcio Público Interfederativo de Saúde do Oeste de Santa Catarina e anexo encaminhamento e/ou pedido médico.

2.8. Para prestação dos serviços, a contratada disponibilizará o (s) profissional (s) competente (s), material, acomodações e tudo o que for necessário para a realização do procedimento, consulta, exames, terapias, cirurgia, etc.

2.9. Quando o atendimento ocorrer no espaço físico do Consórcio (CREMER), o Consórcio, realizará o controle de agenda/ horários de atendimento das consultas especializadas, disponibilizar, em parceria com o curso de Medicina da UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DA REGIÃO DE CHAPECÓ – UNOCHAPECÓ, acadêmicos em medicina para acompanhamento e realização de triagem das consultas médicas especializadas, junto a cada profissional credenciado e, fornecerá os materiais básicos para atendimento;

2.9.1. Quando a especialidade médica demandar algum material ou equipamento específico, a contratada ficará responsável por seu fornecimento.

2.10. Para efeito de faturamento, o período da competência compreende o primeiro dia de cada mês, até seu último dia.

2.10.1 A Contratada deverá obrigatoriamente encaminhar ao CREDENCIANTE a produção do período, no prazo de até 3 (três) dias úteis do mês subsequente, organizada em ordem alfabética, por município e por nome de paciente, compreendendo os seguintes documentos:

- a) guia autorizada pelo município, complementada com a descrição do procedimento realizado de forma clara e objetiva, através do campo “contrarreferência”, a data do atendimento, a assinatura do paciente atendido e o carimbo e assinatura do profissional que realizou o atendimento/procedimento.



b) pedido do profissional de saúde, sem rasuras, contendo o **nome do paciente, a data e a assinatura do médico/profissional solicitante** (anexada a guia).

c) Em caso de atendimento de sessões, o prestador deverá coletar a assinatura do paciente no dia da realização de cada sessão, sendo vedada a obtenção de múltiplas assinaturas em um mesmo dia ou relativas a sessões não realizadas.

d) Todas as guias emitidas terão o prazo de validade para o faturamento, a contar da data de agendamento identificada na guia. O prazo será de 5 dias corridos para guias de exames e consultas, e de 60 dias para guias de sessões. É responsabilidade da contratada cumprir com os prazos estabelecidos para o faturamento das guias, garantindo que os mesmos sejam respeitados para a efetivação do pagamento. Caso a contratada não realize o faturamento dentro do período estabelecido devido a reagendamento, deverá solicitar ao município a emissão de uma nova guia.

2.10.1.1 Em caso de entrega de documentos e produção fora do prazo estipulado neste contrato, bem como diante de reiterados atrasos, a Contratada estará sujeita às sanções cabíveis prevista no Edital de Credenciamento e na minuta do contrato. As sanções poderão incluir, mas não se limitam a, advertência, multa e outras medidas pertinentes. Tais sanções serão aplicadas de acordo com a gravidade do descumprimento e com a quantidade de atrasos, conforme previsto nas cláusulas específicas do contrato.

2.10.2 A documentação de que trata o item 2.10.1 deverá ser entregue diretamente no endereço do Consórcio, na **Rua Euclides Prade, nº 465-E, Sala Comercial nº 09, Condomínio Boulevard das Acácias, Bairro Santa Maria, CEP: 89.812-600, Município de Chapecó, Estado de Santa Catarina**, ou encaminhada pelos correios, via Sedex, cuja data de postagem não poderá superar o prazo fixado no item anterior, sem prejuízo do envio do código de rastreamento ao endereço de e-mail: [administrativo2@cisamosc.sc.gov.br](mailto:administrativo2@cisamosc.sc.gov.br);

2.10.3 A documentação relativa aos serviços prestados pela CONTRATADA será recebida pelo CREDENCIANTE, mediante protocolo, e submetida à conferência em conformidade com as disposições do edital e do contrato.

2.11. O Contratado deve comunicar ao setor de agendamento do Município do usuário quando, por impedimento emergencial, não puder realizar o atendimento agendado, garantida a remarcação.

2.12. A prestação do serviço não constitui, em hipótese alguma, vínculo empregatício de qualquer espécie entre a Contratada e a Contratante.

2.13. Os atendimentos realizados por encaminhamento dos municípios consorciados não poderão ser referenciados para atendimento de forma particular ou solicitação de complementação de valores.

2.14. Toda necessidade de serviços complementares e/ou procedimentos e/ou exames, consultas e terapias deverão ser solicitados previamente em guias específicas do Consórcio disponibilizadas no sistema do Consórcio.



2.15. Os serviços serão solicitados pelas respectivas Secretarias Municipais de Saúde de cada Ente da Federação Consorciado, conforme guia autorizativa eletrônica expedida pelo Consorciado e, após atendidos os usuários/pacientes, o Contratado deverá confirmar de forma digital a guia eletrônica bem como evoluir no prontuário eletrônico e colocar a contra referencia de forma obrigatória e essencial para o faturamento dos serviços prestados.

2.15.1. A confirmação da guia eletrônica deverá ser realizada no mesmo dia do atendimento; as guias autorizativas que não receberem baixa em até 3 (três) dias após a data de agendamento automaticamente serão excluídas do sistema.

2.15.2 As guias de autorização deverão ser devidamente preenchidas, carimbadas e assinadas pelo paciente e pelo profissional executante do serviço, e entregues ao Consórcio até o 3º dia útil do mês subsequente ao atendimento.

2.16. O custo com o encaminhamento do paciente até o Estabelecimento de Saúde credenciado será de responsabilidade do município ou paciente.

2.17. Deverão ser observadas integralmente as portarias e os protocolos técnicos e demais legislações vigentes, referentes ao atendimento e encaminhamento dos usuários do Sistema Único de Saúde -SUS

2.18. Fica a cargo do profissional responsável credenciado a orientação quanto ao procedimento/atendimento ao paciente.

2.19. Em casos omissos ou não regulamentados no presente edital, as decisões quanto à postura e procedimento a serem adotados serão definidas pela administração do Consórcio Público Interfederativo de Saúde do Oeste de Santa Catarina ou pelo Conselho de Secretários Municipais, quando for necessário.

2.20. O Consórcio reserva-se no direito de fiscalizar a execução dos serviços através do setor de faturamento/auditoria, através de carta/resposta ao usuário emitida pelo consórcio, contendo: procedimento, instituição, profissional, valores, satisfação do usuário e se houve cobranças complementares.

2.21. O descumprimento das condições indicadas no Edital, no Termo de Referência e respectivo Contrato, permite que o Consórcio Público Interfederativo De Saúde Do Oeste De Santa Catarina adote medidas cautelares e imediatas, tais como a paralisação do serviço e a suspensão do Contrato, mediante pagamento daqueles já executados, sem prejuízo de ulterior processo administrativo apuratório de responsabilidade, assegurada a ampla defesa e o contraditório.

2.22. O Contratado que realiza atendimentos no CREMER responde pelos danos decorrentes de má utilização de equipamentos, materiais e/ou insumos ambulatoriais, apurados em processo administrativo próprio.

2.22.1. Responsabilizar-se ainda, caso ocorra eventualmente paralisação dos serviços por parte dos seus Profissionais, pela continuidade dos serviços, sem qualquer ônus ao Contratante.

2.22.2. A empresa Credenciada que realiza atendimentos no CREMER, assume todos os custos dos serviços que tiverem de ser refeitos em virtude de omissões ou atrasos





de sua responsabilidade.

2.22.3. A empresa Credenciada que realiza atendimentos no CREMER, aceita, de forma expressa, que os atendimentos as demandas de especialidades previstas neste processo de credenciamento, seja acompanhada por acadêmicos do curso de medicina da UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DA REGIÃO DE CHAPECÓ – UNOCHAPECÓ,

que realização de triagem das consultas médicas especializadas e todo acompanhamento junto a cada profissional credenciado

2.23. Os profissionais credenciados ao Consórcio estão obrigados a utilizar o prontuário eletrônico do paciente.

**2.23.1 O prontuário do paciente deverá ser preenchido de forma eletrônica, OBRIGATORIAMENTE, através do sistema Web disponibilizado pelo Consórcio,** para controle, faturamento e acompanhamento das consultas realizadas, assim como as demais requisições (encaminhamentos, solicitação de retornos, receituários, solicitações de exames e procedimentos, BPA-I, etc), que também deverão ser obrigatoriamente preenchidas neste mesmo sistema web.

2.24. O sistema será disponibilizado única e exclusivamente para o atendimento aos usuários dos Entes da Federação consorciados ao Consórcio Público Interfederativo de Saúde do Oeste de Santa Catarina, sendo vedada a utilização que não seja para a função descrita, sob pena das sanções legais e contratuais cabíveis.

#### **2.25 Obrigatoriedade de Atendimento e Realização de Exames:**

2.25.1. Os médicos e prestadores de serviços que possuírem consultório para atendimento médico e especialidades inerentes à saúde, bem como laboratórios para a realização de exames de qualquer natureza, estão obrigados a oferecer e prestar ambos os serviços. Essa obrigatoriedade considera as linhas de cuidado, que têm como objetivo orientar o serviço de saúde e promover a integração de ações e serviços de saúde, garantindo que o atendimento seja abrangente e contínuo.

2.25.2. Em caso de impossibilidade de execução de qualquer um dos serviços, o prestador deverá apresentar documentação comprobatória que justifique a impossibilidade e comunicar formalmente ao Consórcio, com antecedência mínima de 03 (três) dias. A não apresentação da documentação ou a falta de comunicação poderá resultar em sanções, conforme disposto nas normas do edital e na legislação aplicável.

#### **2.26 Exigência de Laudo e Disponibilização do exame de Imagem:**

2.26.1 O laboratório e/ou clínica responsável pela realização do exame de imagem deverá fornecer, obrigatoriamente, ao paciente, um laudo médico detalhado contendo as informações necessárias sobre o resultado do exame. O laudo deve ser assinado por um profissional médico habilitado e deverá ser entregue juntamente com as imagens obtidas no exame. Esse laudo será disponibilizado para que o paciente possa apresentá-lo à instituição ou ao profissional de saúde que encaminhou o exame, sempre que solicitado.

2.27 O prestador de serviços credenciado fica ciente de que os municípios são





orientados a seguir rigorosamente as diretrizes estabelecidas pelo Sistema Nacional de



Regulação (SISREG) nos encaminhamentos agendados e que as informações de atendimentos aos pacientes são mensalmente repassadas aos órgãos de controle externo para averiguações de cumprimentos de filas pelos municípios.

### **CLÁUSULA TERCEIRA – DO CONTROLE, DA AVALIAÇÃO E DA FISCALIZAÇÃO**

3.1. Para acompanhar a execução dos serviços, o contratante designará, dentre os empregados públicos de seu quadro de pessoal, um fiscal, que será o responsável por verificar que os serviços prestados pela contratada estão em conformidade com todas as especificações, cláusulas e condições estabelecidas neste Contrato, no Termo de Referência e no Edital.

3.2. O contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas e as normas da Lei nº 14.133, de 2021, e cada parte responderá pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

3.3. O Consorcio, por intermédio da Comissão de Secretários Municipais de Saúde, reserva-se o direito de fiscalizar a execução dos serviços e o grau de satisfação dos usuários, em obediência ao prescrito nas Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90.

3.4. A Contratada facilitará ao Consorcio acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços, prestando-lhe os esclarecimentos que lhe forem solicitados.

3.5. A fiscalização exercida sobre os serviços contratados não eximirá a Contratada da responsabilidade que assumiu com o Consorcio Público de Saúde, pacientes e terceiros, decorrente de culpa ou dolo na execução dos serviços.

3.6. A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada pelo fiscal do contrato, com o apoio do Setor de Auditoria do Consórcio, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, em cumprimento às cláusulas e condições estabelecidas neste instrumento, ou pelos respectivos substitutos.

3.7. A fiscalização do contrato será executada pelo Setor de Faturamento/Auditoria do Consórcio, que acompanhará a execução do contrato, para que sejam cumpridas todas as condições estabelecidas, de modo a assegurar os melhores resultados para a Administração, em relação ao aspecto técnico do serviço.

3.7.1. Identificada qualquer inexecução ou irregularidade, o fiscal do contrato, com o apoio do Setor de Faturamento/Auditoria do Consórcio, emitirá notificações extrajudiciais para a correção da execução do contrato, determinando prazo para a correção.

3.7.2. O fiscal do contrato informará ao Diretor Executivo do Consórcio, em tempo hábil, a situação que demandar decisão ou adoção de medidas que ultrapassem sua competência, para que adote as medidas necessárias e saneadoras, se for o caso.

3.7.3. O fiscal comunicará ao setor responsável pelas licitações e contratos, em tempo hábil, o término do contrato sob sua responsabilidade, com vistas à tempestiva renovação ou à prorrogação contratual.



3.8. O fiscal do contrato, com o apoio do Setor de Faturamento/Auditoria do Consórcio, verificará a manutenção das condições de habilitação do contratado, solicitando quaisquer documentos comprobatórios pertinentes, caso necessário.

3.8.1. O fiscal tomará providências para a formalização, quando necessário, de processo administrativo de responsabilização para fins de aplicação de sanções, a ser conduzido pela comissão de que trata o art. 158 da Lei nº 14.133, de 2021, ou pelo agente ou pelo setor com competência para tal, conforme o caso.

3.9. A fiscalização do contrato não exclui ou reduz a responsabilidade da contratada pelas suas obrigações perante terceiros, tampouco implica em corresponsabilidade do contratante ou de seus empregados públicos, permanecendo o contratante e seus empregados públicos livres de qualquer responsabilidade ou obrigação, de toda e qualquer natureza, direta ou indiretamente, com relação à execução do objeto deste contrato

3.10. Será assegurado à Contratada, em qualquer hipótese, o direito do contraditório e da ampla defesa.

3.11. O Contratante poderá solicitar relatórios periódicos à Contratada sobre a execução dos serviços, que deverão ser apresentados dentro dos prazos estipulados e com a clareza necessária para a avaliação do desempenho.

3.12. A Contratada deverá manter registros detalhados de todos os serviços prestados, bem como de eventuais reclamações ou sugestões dos usuários, os quais deverão ser disponibilizados ao Contratante sempre que solicitado.

3.13. Caso sejam identificados problemas recorrentes na prestação dos serviços, o Contratante poderá exigir a elaboração de um plano de ação corretiva pela Contratada, visando à solução das pendências em um prazo estipulado.

3.14. O controle das consultas, exames e procedimentos agendados será realizado tanto pelo contratante quanto por órgãos de fiscalização e controle público, para garantir a transparência e o cumprimento das metas estabelecidas.

3.15. O prestador de serviços deverá fornecer relatórios mensais detalhados sobre o número de atendimentos realizados, com a devida documentação de comprovação, como registros no SISREG, com o objetivo de permitir o acompanhamento e controle efetivo.

3.16. O prestador de serviços autoriza a fiscalização pelo contratante ou por outros órgãos públicos competentes, como a Secretaria de Saúde, Ministério Público ou tribunais de contas, no que tange aos atendimentos realizados, bem como à regularidade dos encaminhamentos no SISREG.

3.17. A fiscalização será realizada periodicamente, podendo incluir auditorias, inspeções ou avaliações de conformidade, e o prestador deverá fornecer toda a documentação solicitada para facilitar esses processos.

3.18. O Consórcio poderá realizar auditorias e verificações periódicas sobre o cumprimento das condições de atendimento, prazos de retorno e regularidade da agenda da CONTRATADA, podendo aplicar glosa nos casos de descumprimento



injustificado.

#### **CLAÚSULA QUARTA – DO VALOR E DA FORMA DE PAGAMENTO**

4.1. O Consorcio pagará a Contratada, pelos serviços prestados, o valor correspondente fixado nas Tabelas constantes do Edital de Credenciamento e/ou posteriores alterações.

4.2 Os valores dos serviços estabelecidos nas Tabelas serão fixos e irrevogáveis, salvo decisão em Assembleia Geral de Prefeitos.

4.3 Finalizada a conferência da documentação da produção, o Contratante encaminhará à Contratada o relatório dos serviços prestados para que, esta, encaminhe a Nota Fiscal Eletrônica acompanhada de comprovação de regularidade fiscal, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, contado da data/hora do recebimento do relatório, anexando-a na plataforma disponibilizada pelo Consórcio.

4.4 A Nota Fiscal, exclusivamente eletrônica, contendo a discriminação dos serviços prestados, deverá ser emitida em nome do Consórcio Público Interfederativo de Saúde do Oeste de Santa Catarina, inscrito no CNPJ 01.336.261/0001-40, com sede na **Rua Euclides Prade, nº 465-E, Sala Comercial nº 09, Condomínio Boulevard das Acácias, Bairro Santa Maria, CEP: 89.812-600, Município de Chapecó, Estado de Santa Catarina.**

4.5 Quando for o caso, a Contratada deverá fazer constar na nota fiscal informação do Convênio realizado entre o Estado de Santa Catarina e o Consórcio. Tais informações serão repassadas quando solicitado a emissão da nota fiscal.

4.6 Não serão aceitas notas fiscais que não sejam emitidas de forma eletrônica, tampouco notas fiscais escaneadas. Estas devem ser emitidas no site correspondente e enviadas no próprio PDF baixado do site.

4.7 O pagamento será efetuado até o último dia útil do mês subsequente ao da prestação dos serviços, mediante depósito em conta corrente indicada pela CONTRATADA.

4.7.1. Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal, ou circunstância que impeça a liquidação da despesa na data estabelecida no contrato administrativo, esta ficará sobrestada até que o contratado providencie as medidas saneadoras, postergando o pagamento para próxima competência, sem ônus à contratante;

4.7.2 Por força do contido no Decreto Federal nº 7.507/2011, para pagamento dos valores devidos, a empresa preferencialmente deverá manter conta corrente no Banco do Brasil S.A., ou em caso de a conta ser de outra instituição bancária, as tarifas decorrentes da transferência, serão descontados dos valores devidos ao fornecedor.

4.8 Por ocasião de cada pagamento, o CREDENCIANTE exigirá da CONTRATADA a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);
- b) Certidão Negativa de Débitos ou positiva com efeito de negativa relativa à Fazenda Federal;
- c) Certidão Negativa de Débitos ou positiva com efeito de negativa relativa à Fazenda



Estadual;

d) Certidão Negativa de Débitos ou positiva com efeito de negativa relativa à Fazenda Municipal;

e) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas.

4.8.1. Os documentos mencionados no item 4.8 devem estar com validade vigente e ser anexados, juntamente com a nota fiscal, na plataforma do Consórcio.

4.9. O Consórcio não se responsabiliza por atrasos nos pagamentos devido à não realização de exames, procedimentos, atendimentos especializados, ou pela não entrega da nota fiscal e documentos requeridos nos prazos estabelecidos.

4.10. O descumprimento das obrigações anteriores resultará no atraso do pagamento,.

4.11. Caso haja necessidade de reembolso por despesas não previstas, a Contratada deverá solicitar autorização prévia por escrito ao Consórcio, apresentando a justificativa detalhada e a documentação comprobatória.

4.12. O Consórcio se reserva o direito de auditar a execução dos serviços e a documentação fiscal apresentada pela Contratada, podendo solicitar informações adicionais sempre que necessário.

4.13. O não cumprimento de qualquer obrigação prevista nesta cláusula poderá resultar na aplicação de penalidades, conforme estabelecido em cláusulas específicas do contrato.

## **CLÁUSULA QUINTA – DO REAJUSTE**

5.1 Os valores dos serviços do referido credenciamento serão fixos e irrevogáveis, salvo deliberação e aprovação em Assembleia Geral deste Consórcio.

## **CLÁUSULA SEXTA - DA FORMA E PRAZO DAS ALTERAÇÕES CONTRATUAIS**

6.1. As alterações contratuais serão formalizadas por meio de termos aditivos e ou apostilamento, conforme o caso mediante requerimento escrito, devidamente instruído, enviado no próprio sistema web disponibilizado pelo consórcio, das seguintes formas:

### **6.5. Para autorização de auxiliares**

6.5.1. Os profissionais credenciados no atendimento nos Ambulatórios Médicos de Especialidades do consórcio que necessitarem de serviço auxiliar que pertença à sua própria equipe técnica deverá solicitar autorização, cuja anuência constitui ato discricionário do Consórcio.

6.5.2. Em qualquer caso a análise da solicitação fica condicionada a apresentação de requerimento, acompanhado de cópia autenticada dos seguintes documentos: CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social) ou contrato de prestação de serviço, no caso de profissional da saúde deverão apresentar também certificado de formação na área e carteira de registro no órgão de classe.

6.5.3. A autorização de auxiliar não implica vínculo direto entre o auxiliar da empresa prestadora do serviço e o Consórcio Público Interfederativo de Saúde do Oeste de



Santa Catarina, sendo que as obrigações sociais (registro em CTPS, pagamento de salários, 13º salário, férias, FGTS, recolhimento dos encargos sociais sobre a remuneração e outros inerentes do vínculo empregatício) decorrentes da contratação de referida pessoa trata-se de obrigação exclusiva da prestadora do serviço.

6.6 O Consórcio Público Interfederativo de Saúde do Oeste de Santa Catarina tem o prazo de até 60 (sessenta) dias corridos, contados do recebimento de TODOS os documentos necessários, para a elaboração do respectivo termo aditivo e ou apostilamento, ficando o prestador ciente que, em caso de exclusão de profissional/ exame/ procedimentos previstos neste edital, o mesmo deverá continuar a executar o serviço até formalização do respectivo termo aditivo e ou apostilamento.

6.7. Em casos excepcionais, o Consórcio poderá solicitar informações adicionais ou esclarecimentos sobre os documentos apresentados, e a ausência de resposta ou a entrega de informações incompletas poderá resultar na improcedência do pedido.

6.8. As alterações contratuais poderão ser realizadas de forma unilateral pelo Consórcio em caso de modificação do valor contratual, decorrente de acréscimos quantitativos de seu objeto, ou por conveniência administrativa, respeitadas as disposições legais pertinentes.

6.9. O prestador de serviços deverá estar ciente de que alterações nos profissionais ou serviços poderão impactar no cumprimento das metas e objetivos estabelecidos, e será responsável por manter a qualidade e continuidade do atendimento durante todo o processo de alteração contratual.

## **CLAÚSULA SÉTIMA – DAS RESPONSABILIDADES DO CONSÓRCIO**

7.1 O Consórcio assume a responsabilidade de:

7.1.1 Receber a produção mensal da CONTRATADA, proceder à conferência dos documentos pertinentes aos procedimentos realizados e encaminhar relatórios por município.

7.1.2 Solicitar aos municípios a transferência dos recursos financeiros correspondentes aos serviços prestados pela CONTRATADA.

7.1.3 Efetuar o pagamento dos serviços realizados no prazo e nas condições previstas no edital e neste instrumento.

7.1.4 Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pelo Contratado, de acordo com o contrato e seus anexos; exercer o controle, avaliação e auditoria dos serviços prestados, comunicando a contratada qualquer irregularidade constatada na execução dos serviços, exigindo que a mesma tome as providências necessárias para sanar os problemas.

7.1.5 Estabelecer mecanismos de controle da oferta e demanda de ações e serviços de saúde.

7.1.6 Prestar as informações e os esclarecimentos necessários ao cumprimento do presente contrato, que venham a ser solicitados pela CONTRATADA.

7.1.7 Disponibilizar à CONTRATADA, através de sistema informatizado, todos os





formulários que permitem a continuidade do tratamento dos pacientes do SUS, requerimento de exames, laudo para solicitação de procedimento, solicitações de retorno, encaminhamentos para outras especialidades e os demais que por ventura virem a se fazer necessários.

7.1.7.1 O formulário deverá ser utilizado exclusivamente pela CONTRATADA e somente para os atendimentos de serviços de saúde listados na Tabela de Procedimentos Médicos. Não sendo o caso, o paciente deverá ser orientado pela CREDENCIADA a retornar ao município com o pedido médico para os encaminhamentos cabíveis, vedado a sugestão de valores e o redirecionamento para atendimento particular.

7.1.8 Fornecer à CONTRATADA “Adesivo Personalizado” indicando que o estabelecimento atende e sujeita-se às diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

7.1.9 Fiscalizar os serviços prestados pela Contratada, inclusive quanto a não interrupção, alertando-as das falhas que porventura ocorram e exigindo a sua imediata correção.

7.1.10 Exigir da CONTRATADA a reapresentação da documentação apresentada em desacordo com o previsto no edital e neste contrato.

7.2 O Consórcio não responderá por quaisquer compromissos assumidos pelo Contratado com terceiros, ainda que vinculados à execução do contrato, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato do Contratado, de seus empregados, prepostos ou subordinados.

**7.3. Quando da realização das atividades no Centro De Referência De Especialidades Medicas Regional - CREMER, além da obrigação acima dispostas, cabe ao Consórcio:**

7.3.1. Realizar o controle de agenda/ horários de atendimento das consultas especializadas;

7.3.2. Disponibilizar, em parceria com o curso de Medicina da UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DA REGIÃO DE CHAPECÓ – UNOCHAPECÓ, acadêmicos em medicina para acompanhamento e realização de triagem das consultas médicas especializadas, junto a cada profissional credenciado.

7.3.3. Disponibilizar material ambulatorial para execução das atividades junto a clínica médica.

## **CLÁUSULA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

8.1 À CONTRATADA constituem as seguintes obrigações:

8.1.1 Não exigir garantias nem cobrar pelos serviços prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde, a qualquer título, sequer valor complementação, sob pena de ressarcir ao paciente ou representante legal o valor cobrado indevidamente, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, sem prejuízo da aplicação das penalidades estabelecidas neste contrato e das demais cominações legais.

8.1.1.1 Referente ao ressarcimento, a Contratada deverá depositar os valores cobrados



indevidamente em conta bancária indicada pelo Consórcio, que posteriormente fará o repasse ao paciente ou representante legal.

8.1.2 Garantir aos pacientes atendidos o acesso aos demais serviços auxiliares de diagnóstico e terapêutica.

8.1.3 Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, sem diferenciação no atendimento, mantendo sempre a qualidade na prestação dos serviços.

8.1.3.1 A contratada não poderá cobrar, a qualquer título, por procedimentos, exames ou serviços que não tenham sido efetivamente realizados. Na hipótese de impossibilidade de realização do procedimento na data originalmente agendada, a contratada deverá disponibilizar nova data para atendimento, garantindo a utilização da mesma guia de autorização, sem qualquer ônus adicional ao consórcio. Caso a guia esteja vencida no momento do atendimento remarcado, a contratada deverá, ainda assim, realizar o atendimento ao paciente e, posteriormente, solicitar ao Município a emissão de nova guia para regularização do serviço prestado.

8.1.4 Manter sempre atualizado os prontuários médicos dos pacientes.

8.1.5 Responder integralmente pelos funcionários com os quais mantém vínculo empregatício, procedendo aos descontos e recolhimentos previstos em lei, inclusive os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos ao Consorcio.

8.1.6 Responder pela indenização de danos causados ao paciente, decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, praticado por seus empregados.

8.1.7 Manter durante o credenciamento as condições de habilitação e qualificação exigidas no edital de credenciamento.

8.1.8 Responder pelos danos causados diretamente ao Consorcio, aos municípios e a terceiros, por culpa ou dolo durante a vigência do Contrato de Credenciamento.

8.1.9 Manter profissionais qualificados em seu quadro de colaboradores, bem como fornecer os serviços contratados, incluindo materiais e equipamentos, que atendam as normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, inclusive quanto ao estabelecimento (clínica ou consultórios, atendendo a legislação em vigor).

8.1.10 Submeter-se à Fiscalização do Consorcio e às disposições legais em vigor, permitindo que os prepostos do CONTRATANTE e dos respectivos municípios inspecionem a qualquer tempo e hora a prestação dos serviços ora contratados.

8.1.11 Apresentar durante o prazo de credenciamento, sempre que solicitado, os documentos que comprovem o atendimento da legislação a que está obrigada.

8.1.12 Não transferir a outrem, no todo ou em parte, o objeto deste instrumento, sem prévia e expressa anuência do Consorcio.

8.1.13 Agendar os serviços de saúde para atendimento em até 60 (sessenta) dias.

8.1.14 Encaminhar digitalmente no prazo e forma estipulados na cláusula quarta, a



nota fiscal eletrônica e as certidões que comprovam a regularidade fiscal;

8.1.15 Não encaminhar pacientes SUS para atendimento particular, seja para a própria clínica ou para clínica de terceiros.

8.1.16 Não dar publicidade de especialidade médica, caso não a possua.

8.1.17 Afixar em local visível ao público o “Adesivo Personalizado” fornecido pelo Consorcio, dando conta de que atende e sujeita-se às diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

8.1.18 Comunicar ao Consorcio sempre que ocorrer a alteração do contrato social, do endereço da empresa, da conta bancária, do telefone, e-mail e a admissão/demissão de profissionais do quadro.

8.1.19 Comunicar ao Consorcio, por escrito, qualquer anormalidade de caráter urgente e prestar os esclarecimentos julgados necessários.

8.1.20 Prescrever preferencialmente os medicamentos da Tabela de Medicamentos disponibilizada no portal ([www.cisamosc.sc.gov.br](http://www.cisamosc.sc.gov.br)), quando for o caso.

8.1.21 Manter a prestação dos serviços de saúde pelo prazo de 30 (trinta) dias, contado da data do protocolo do pedido de descredenciamento/rescisão.

8.1.22 Prestar os serviços contratados após emissão da guia autorizativa, na sua própria sede ou, quando for o caso, no espaço físico do Consórcio, CREMER;

8.1.23 Prestar todos os serviços contratados conforme a demanda dos municípios, preços, prazos e condições estabelecidas neste instrumento, sendo vedada a limitação mensal dos serviços contratados através do Consorcio, devendo a contratada, quando houver demanda, realizar mensalmente no mínimo 50 (cinquenta) atendimentos para cada procedimento/exame/consulta credenciado;

8.1.24 Caso na data e hora marcada o credenciado não possa atender o paciente, o credenciado deverá providenciar a comunicação antecipada, no prazo mínimo de 24 (vinte e quatro) horas, e, substituição de data visando o atendimento do paciente, sem qualquer ônus ao Município e ao Consórcio.

8.1.25 Dar baixa no sistema da guia autorizativa no dia do atendimento;

8.1.26 A Contratada deverá alimentar o prontuário eletrônico do paciente, disponibilizado pelo Consorcio através de sistema informatizado, detalhando todo o cadastro e atividades realizadas.

8.1.27 Quando da implantação do sistema digital, a Contratada deverá utilizar leitor biométrico para registro e comprovação de atendimento do paciente.

8.1.28 Informar e manter atualizado número de telefone, para participar do grupo de prestadores do Consórcio, no aplicativo WhatsApp, utilizado para informações e esclarecimentos relevantes à execução dos serviços contratados.

8.1.29 Observar as normas e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, bem como as notas técnicas emitidas por este Consórcio.

**8.1.30 Os retornos de pacientes as consultas de qualquer especialidade, deverão ocorrer em até 30 (trinta) dias. O paciente poderá retornar quantas vezes for necessário dentro dos 30 dias sem cobrança de nova consulta.**



8.1.30.1 Caso a CONTRATADA não disponha de espaço na agenda para atender o paciente dentro do prazo estabelecido no item anterior, a mesma deverá realizar o retorno em data posterior, sem incidência de cobrança de nova consulta.

8.1.30.2 Considera-se retorno, sem cobrança adicional, aquele realizado em até 6 (seis) meses após a consulta, quando se tratar de acompanhamento de avaliação, tratamento ou diagnóstico relacionados ao atendimento.

8.1.30.3 Quando houver solicitação de exames durante a consulta, o médico ficará obrigado a realizar o retorno do paciente em prazo máximo de 6 (seis) meses, sem cobrança de nova consulta. O retorno deverá ser previamente agendado com data pré-definida, se possível.

8.1.30.4 O descumprimento injustificado dos prazos estabelecidos para retorno poderá ensejar glosa de valores e aplicação de penalidades contratuais, conforme cláusulas específicas deste edital e do contrato.

8.1.30.5. As condições de retorno visam assegurar a integralidade do cuidado ao paciente, observando os princípios da economicidade, da eficiência e da continuidade da atenção em saúde, em consonância com as diretrizes do SUS e o contrato firmado.

8.1.31 O prestador de serviços se compromete a atender, mensalmente, a quantidade mínima de 50 (cinquenta) consultas, exames ou procedimentos, conforme especificado no Requerimento de Credenciamento, salvo em casos de impossibilidade justificada, como falta de recursos ou indisponibilidade de profissionais.

8.1.32 O prestador de serviços se compromete a empreender esforços contínuos para minimizar o absenteísmo de pacientes às consultas, exames e procedimentos agendados pelo Sistema de Regulação (SISREG).

8.1.33 A CONTRATADA declara não possuir, em seu quadro societário, vínculo de controle, coligação, direção ou administração com pessoa física ou jurídica impedida, suspensa ou declarada inidônea para licitar ou contratar com a Administração Pública.

8.1.33.1 Caso venha a ser identificada, a qualquer tempo, a existência de vínculo societário ou controle comum com empresa sancionada, o contrato poderá ser rescindido de pleno direito, sem prejuízo das penalidades cabíveis.

8.1.33.2 A CONTRATADA se compromete a comunicar ao Consórcio qualquer alteração societária que possa gerar situação de impedimento, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, a contar da alteração.

## **8.2 Aos CREDENCIADOS em CIRURGIAS ELETIVAS constituem as seguintes obrigações:**

a) O credenciado deverá oferecer suporte imediato a possíveis complicações pós-operatórias; garantia de internação prolongada em casos de complicações pós-cirúrgicas e material necessário às cirurgias, previstos na Tabela do SUS, bem como tratamento medicamentoso para a recuperação do paciente;



b) As cirurgias poderão ser realizadas dentro do mês ou no mês seguinte;



c) O credenciado deverá assegurar a presença de acompanhante ao paciente incapaz, bem como aos que necessitem de acompanhamento ou atenção contínua, mediante prévia e expressa justificativa médica;

d) O encaminhamento dos pacientes que trata o credenciamento será feito da seguinte forma:

I) Os pacientes deverão ser encaminhados através da rede pública municipal, acompanhados do documento de referência e contra referência, da consulta pré-cirúrgica ao profissional credenciado, que fará a avaliação da solicitação;

II) Após a aprovação da solicitação o paciente será encaminhado para a realização do procedimento com médico da área dentre os médicos que prestam serviços nas dependências da credenciada;

III) O paciente será encaminhado ao credenciado pela Secretaria Municipal de Saúde para a realização da cirurgia eletiva, com o devido laudo, para a emissão de um laudo de Internação Hospitalar e para as consultas será entregue um documento com a devida autorização do Consórcio.

IV) A comunicação entre as partes será sempre de forma escrita.

### **8.3 Aos CREDENCIADOS para o FORNECIMENTO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS constituem as seguintes obrigações:**

a) Os materiais fornecidos pela CREDENCIADA deverão ter a aprovação dos órgãos de controle de qualidade.

b) O prazo de entrega dos materiais deverá ocorrer em até 30 (trinta) dias após a autorização por meio da guia Consórcio, devidamente assinada pelo paciente e pelo credenciado.

c) A demanda pelo fornecimento de materiais se dará conforme a necessidade dos municípios que fazem parte do Consórcio. Os municípios deverão informar aos pacientes atendidos, quais empresas encontram-se credenciadas, sem qualquer interferência do credenciado na escolha do estabelecimento. A empresa que se recusar sem justificativa plausível ao atendimento incorrerá nas sanções contratuais aplicáveis.

d) A CREDENCIADA deverá manter registro detalhado de todos os materiais fornecidos, com informações sobre o paciente, a data de entrega e a documentação de qualidade, que deverá estar disponível para auditoria pelo Consórcio.

e) É de responsabilidade da CREDENCIADA fornecer orientação adequada aos pacientes sobre a utilização e cuidados necessários com as órteses e próteses fornecidas.

### **8.4 Aos CREDENCIADOS em CONSULTAS, EXAMES E PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS, constituem as seguintes obrigações:**

a) Os procedimentos deverão ser realizados no período de até 04 (quatro) meses a partir da 1ª (primeira) consulta, ou de acordo com os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, de modo a não comprometer o resultado do tratamento;





- b) Todos os exames realizados pelo credenciado deverão conter laudo técnico o qual deverá ser entregue ao usuário;
- c) Não utilizar, nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.

**8.5. Aos CREDENCIADOS para PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS NO CENTRO DE REFERÊNCIA DE ESPECIALIDADES MEDICAS REGIONAL - CREMER, constituem as seguintes obrigações:**

- a) Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, sem diferenciação no atendimento, mantendo sempre a qualidade na prestação dos serviços.
- b) O tempo mínimo para que o Médico especialista realize as consultas, por paciente, é de 15 (quinze) minutos.
- c) O profissional, vinculado a empresa credenciada, deve informar ao paciente ou ao seu representante legal, por escrito, as razões técnicas da decisão de não realizar determinado ato profissional previsto neste edital.
- d) Os profissionais de saúde, vinculados as empresas contratadas, que atendem pacientes encaminhados pelos municípios consorciados, na Centro De Referência De Especialidades Medicas Regional - CREMER , devem observar as diretrizes e princípios que norteiam o Sistema Público de Saúde, incluindo a observância dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e a proibição de cobrança do paciente pelos serviços prestados, podendo ser responsabilizados em caso de desatendimento.
- e) É de responsabilidade exclusiva e integral da CREDENCIADA a utilização de pessoal técnico e habilitado para a execução do objeto contratado, bem como a quitação dos encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, fretes, seguros, tarifas, despesas de combustível, equipamentos de segurança, EPIs, EPCs, uniforme personalizado, crachá de identificação, responsabilidade civil e demais despesas incidentes ou que venham a incidir sobre os serviços, objeto, se for o caso, cujo ônus e obrigação em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para ao Consórcio.
- f) Responsabilizar-se pelo cumprimento, por parte dos seus empregados, de todas as normas disciplinares determinadas pelo Contratante, substituindo no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, após a notificação, qualquer profissional considerado com conduta inconveniente ou prejudicial aos serviços, se for o caso.
- g) Em caso de substituição do profissional, seja por quaisquer motivos, a empresa Credenciada deverá comunicar o Consórcio com antecedência mínima 48 horas. O mesmo prazo deve ser respeitado para comunicação de eventual ausência do profissional nos horários pré-agendados para realização das consultas.
- h) A empresa Credenciada responsabilizar-se pelos danos que causar à CONTRATANTE ou a terceiros decorrentes da realização do objeto do presente instrumento.



- i) Responsabilizar-se durante a execução dos serviços contratados por qualquer dano que, direta ou indiretamente, ocasionar a bens do CONTRATANTE ou sob sua responsabilidade, ou ainda de terceiros, na área de execução dos serviços ou fora dela, bem como responsabilizar-se pelo sigilo sobre as informações e documentos, que não sejam de conhecimento/disponibilidade pública, a que venham a ter acesso ou conhecimento, ou ainda que lhe seja confiado para o bom cumprimento do trabalho.
- j) O contratado deverá ter controle total sobre os funcionários que exerçam atividades em condições especiais. Dispondo, preferencialmente, de Recursos Humanos com vínculo CLT.
- k) Prover a substituição de profissional, imediatamente, na ocorrência de falta ou atraso para assumir seu posto de trabalho, quando for o caso.
- l) Ressarcir a administração pública Contratante por eventuais prejuízos.
- m) Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidas pelo Contratante, com qualidade e tecnologia adequadas, em observância às recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação vigente.
- n) Assumir todas as responsabilidades e tomar as medidas necessárias ao atendimento de seus empregados, acidentados ou quando acometidos de mal súbito, assumindo ainda as responsabilidades civil, penal e demais sanções legais decorrentes do descumprimento destas.
- o) Manter e zelar os equipamentos, utensílios, acessórios e materiais necessários disponibilizados pelo Contratante ou municípios para os serviços, em perfeitas condições de uso, comunicando qualquer avaria ou extravio e responsabilizando-se, da mesma forma e com o dever de reposição, por extravio e/ou avaria decorrente de má utilização de equipamentos, utensílios, acessórios e materiais por ela disponibilizados, durante toda a execução do Contrato, se for o caso.
- p) Os danos resultantes de imperícia ou falta de cuidados na execução dos serviços, serão de responsabilidade única e exclusiva da CONTRATADA, inclusive os ônus decorrentes ou futuros que poderão surgir inclusive quando da execução do serviço, causada por erros ou equívocos constantes no objeto desta contratação.
- q) Fornecer a qualquer momento, todas as informações de interesse para a execução dos serviços que o CONTRATANTE julgue necessárias conhecer ou analisar.
- r) Constatado dano a bens do CONTRATANTE ou sob a sua responsabilidade ou, a bens de terceiros, a CONTRATADA, de pronto, os reparará ou, se assim não proceder, o CONTRATANTE lançará mão dos créditos daquela para ressarcir os prejuízos de quem de direito.
- s) Em nenhuma hipótese será aceita a sub-contratação total ou parcial dos Serviços, sem prévia anuência da contratante.
- t) A contratada é responsável pela observância das normas de segurança do trabalho, bem como o cumprimento das disposições relativas às condições e meio ambiente de trabalho, determinadas na legislação federal, estadual e/ou municipal, e



outras estabelecidas em negociações coletivas de trabalho.



- u) A empresa CREDENCIADA deverá manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, utilizando o sistema de informação implantado pelo Consórcio, e ainda dispor dos impressos caso necessário a cada atendimento (receituários, pedidos de exames, e demais documentos necessários no encaminhamento para serviços diagnóstico e tratamento).
- v) A empresa CREDENCIADA deverá cumprir com as normas, rotinas, e fluxos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria Estadual da Saúde, pelas Secretarias Municipais da Saúde dos municípios consorciados, e pelo Consórcio Público Interfederativo de Saúde do Oeste de Santa Catarina.
- w) A CREDENCIADA deverá avaliar outras alternativas terapêuticas existentes no SUS antes de prescrever tecnologias em saúde não registradas na ANVISA, assim como prescrever, sempre que for o caso, os medicamentos constantes das relações de medicamentos aprovadas pelos entes federados (União, Estado e Município), representadas pela lista de itens de medicamentos adquiridos pelo CREDENCIANTE, disponível no endereço [www..sc.gov.br](http://www..sc.gov.br).
- x) A empresa Credenciada aceita, de forma expressa, que os atendimentos as demandas de especialidades previstas neste processo de credenciamento, seja acompanhada por acadêmicos do curso de medicina da UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DA REGIÃO DE CHAPECÓ – UNOCHAPECÓ, que realização de triagem das consultas médicas especializadas e todo acompanhamento junto a cada profissional credenciado.
- y) Responder pela indenização de danos causados ao paciente, decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, praticado por seus empregados.
- z) Prescrever preferencialmente os medicamentos da Tabela de Medicamentos disponibilizada no portal ([www.cisamosc.sc.gov.br](http://www.cisamosc.sc.gov.br)), quando for o caso.
- aa) Manter a prestação dos serviços de saúde pelo prazo de 30 (trinta) dias, contado da data do protocolo do pedido de descredenciamento/rescisão.
- bb) O desatendimento das condições estabelecidas no presente edital poderá ensejar o descredenciamento da CREDENCIADA, assegurando o direito do contraditório e da ampla defesa.

## **CLÁUSULA NONA - DAS RESPONSABILIDADES DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS**

9.1 Os municípios consorciados, por intermédio das Secretarias Municipais de Saúde, assumem a responsabilidade de:

9.1.1 Organizar a demanda local, por meio do cadastramento dos pacientes com indicação de atendimento, respeitando as prerrogativas da lei nº 17.066/2017 bem como os Municípios encontram-se obrigados ao cumprimento das disposições que regem o Sistema Nacional de Regulação (SISREG), isso significa que, todos os pacientes estão incluídos numa lista de espera única, regulada por cada município e



com a fiscalização da Secretaria do Estado da Saúde e Ministério Público de Santa Catarina. Os pacientes são atendidos de acordo com a ordem de inclusão na referida lista, vedada outra forma de atendimento, salvo nos casos de urgência/emergência, definidos pela legislação, tudo em prol do respeito a posição e da democratização do acesso aos serviços de atendimento à saúde. Cabe informar que em nossa região, ficou sob a responsabilidade de cada município consorciado regular sua fila através da organização das Centrais de Regulação Municipais que devem ser organizadas e trabalhar em prol da organização e transparência dos encaminhamentos.

9.1.2 Empregar recursos públicos próprios para complementar os valores da tabela nacional (Tabela SUS).

9.1.3 Repassar ao Consorcio, de acordo com o estabelecido no Contrato de Rateio, os recursos públicos necessários ao adimplemento dos serviços prestados pelas CONTRATADAS.

9.1.4 Priorizar os encaminhamentos de pacientes às CONTRATADAS estabelecidas próximas da sede do município, ressalvada a opção dos pacientes, essa condicionada ao interesse público, com os documentos indispensáveis ao atendimento médico.

9.1.5 Empreender esforços e adotar os meios necessários para minimizar o absenteísmo de pacientes às consultas, exames e procedimentos agendados via Sistema de Regulação (SISREG).

9.1.5.1 O município compromete-se a seguir rigorosamente as diretrizes estabelecidas pelo Sistema de Regulação (SISREG) com a obrigatoriedade de regular todos os encaminhamentos e procedimentos de saúde por meio do consórcio.

9.1.5.2 O não cumprimento das obrigações relacionadas ao SISREG poderá sujeitar o município às sanções previstas na lei.

9.1.6 Autorizar os atendimentos e emitir a guia de autorização, que deverá ser encaminhada aos credenciados acompanhada, obrigatoriamente, do devido pedido/encaminhamento médico;

9.1.7 Comunicar por escrito ao Consorcio quaisquer irregularidades verificadas na execução dos serviços pelos credenciados, para as devidas providências;

9.1.8 Informar aos usuários do SUS sobre suas prerrogativas e responsabilidades, quais sejam:

- a) Comparecer na sede da CONTRATADA na data/horário do agendamento da consulta/procedimento/exame, portando os documentos necessários ao atendimento.
- b) Observar as orientações repassadas pelos profissionais para realização dos procedimentos.
- c) Ler e observar as instruções contidas na Carta de Direitos e Deveres dos Usuários do SUS.
- d) Sujeitar-se às disposições da Lei Estadual nº 17.066, de 11 de janeiro de 2017, que dispõe sobre a publicação, na internet, da lista de espera dos pacientes que aguardam por consultas (discriminadas por especialidade), exames e intervenções cirúrgicas e outros procedimentos nos estabelecimentos da rede pública de saúde do Estado de



Santa Catarina.

- e) Denunciar imediatamente ao Ministério Público, ao Consórcio e ao Secretário Municipal de Saúde do seu Município quando, encaminhado (a) pelo Sistema Único de Saúde – SUS, lhe exigirem o pagamento de valores pelo atendimento realizado.
- f) Comunicar à Secretaria Municipal de Saúde do município, com antecedência, quanto a impossibilidade de comparecer à consulta/procedimento/exame agendado, sob pena de ser incluído no final da lista do SISREG.
- g) Relatar ao Secretário Municipal de Saúde do seu Município as anormalidades que porventura constatar ao longo do processo de atendimento.

9.1.9 Não autorizar, sem prévia comunicação ao Consórcio, a realização de atendimentos por médicos nos municípios, a fim de garantir a integridade do fluxo de atendimentos e a adequada gestão dos recursos públicos. A comunicação deve ser feita com antecedência, para que o Consórcio possa avaliar e coordenar a assistência necessária.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA - OBRIGAÇÕES PERTINENTES À LGPD**

10.1. As partes deverão cumprir a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (LGPD), quanto a todos os dados pessoais a que tenham acesso em razão do certame ou do contrato administrativo que eventualmente venha a ser firmado, a partir da apresentação da proposta no procedimento de contratação, independentemente de declaração ou de aceitação expressa.

10.2. Os dados obtidos somente poderão ser utilizados para as finalidades que justificaram seu acesso e de acordo com a boa-fé e com os princípios do art. 6º da LGPD.

10.3. É dever do contratado orientar e treinar seus empregados sobre os deveres, requisitos e responsabilidades decorrentes da LGPD.

**10.4 A CONTRATADA deverá observar as disposições da Lei, comprometendo-se a adotar medidas técnicas e administrativas adequadas para proteger os dados pessoais, sendo responsável por eventuais danos decorrentes de tratamento irregular de dados.**

#### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA– DA SUBCONTRATAÇÃO**

11.1 O Contrato de prestação de serviços não poderá ser objeto de cessão, transferência, subcontratação no todo ou em parte, não podendo a Contratada se valer deste para vincular terceiros à presente contratação, sob pena de imediata rescisão/descredenciamento e aplicação das sanções previstas no presente instrumento.

#### **CLAUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

12.1. O serviço está classificado nos Desdobramentos de elemento de despesa: 1) 3.3.90.30.43 (Material Para Reabilitação Profissional); e 2) 3.3.90.39.50 (Serviços Médico-Hospitalar, Odontológico e Laboratorial), do Programa de Trabalho





103020001.2.002 – Serviços Médicos Especializados, constante da previsão orçamentária dos Municípios Consorciados.

12.2 A Contratada declara ter ciência de que a execução do contrato está sujeita à disponibilidade orçamentária dos Municípios Consorciados, e que qualquer insuficiência de recursos poderá ensejar a suspensão dos serviços, respeitando o procedimento de notificação prévia.

12.3 O Consórcio se reserva o direito de revisar os valores contratados anualmente, com base nas variações de custos e na atualização da tabela nacional, conforme a legislação vigente, garantindo a continuidade e a qualidade dos serviços prestados.

12.4 Qualquer alteração na dotação orçamentária que possa impactar a execução deste contrato será imediatamente comunicada à Contratada, assegurando transparência e adequada gestão financeira.

### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA E PRORROGAÇÃO**

13.1. O presente contrato terá vigência de 1 (um) ano, contados da data em que for publicado no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP), podendo ser prorrogado até o limite legal, previsto no artigo 106 c/c artigo 107, ambos da Lei Federal n. 14.133/2021.

13.2. A prorrogação do prazo contratual, que deverá ser promovida durante a vigência do contrato e formalizada através de termo aditivo, estará condicionada ao atendimento dos seguintes requisitos:

13.2.1. Interesse dos beneficiários e do contratante, alinhado ao interesse público;

13.2.2. Existência de vantajosidade na manutenção do ajuste;

13.2.3. Existência de recurso orçamentário ou previsão no plano de contratações do contratante;

13.2.4. Concordância expressa da contratada;

13.2.5. A manutenção pela contratada de todas as condições e requisitos exigidos para credenciamento e contratação;

13.2.6. Cumprimento satisfatório das obrigações por parte da contratada;

13.2.7. Autorização da autoridade competente.

13.3. A existência de sanções restritivas que impeçam a contratada de participar de procedimentos licitatórios e contratar com o contratante não constituirá impedimento à prorrogação contratual, porém será ponderada quando da decisão pela autoridade competente.

### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – INFRAÇÕES E SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

14.1. O licitante ou o contratado será responsabilizado administrativamente pelas infrações previstas no art. 155 da Lei Federal n. 14.133/2021.

14.2. O Consórcio poderá, garantido o contraditório e a ampla defesa, aplicar as seguintes sanções administrativas, cumulativas ou não:



I – Advertência;

II – Multa;

III – Impedimento de licitar e contratar com o Consorcio Público de Saúde e todos os municípios consorciados, pelo prazo máximo de 03 (três anos);

IV – Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com o Consorcio e todos os Entes da Federação consorciados, pelo prazo mínimo de 3 (três) anos e máximo de 6 (seis) anos.

14.3. Por qualquer das infrações previstas no art. 155 da Lei Federal n. 14.133/2021, poderá ser aplicada ao licitante ou contratado a sanção administrativa de multa compensatória de 10% (dez por cento) sobre o valor do empenho do mês/competência anterior, não inferior a 2 (dois) salários mínimos vigentes.

14.4. A recusa injustificada do adjudicatário em assinar o Contrato, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis da notificação, implicará na aplicação da multa compensatória prevista no item anterior.

14.5. A sanção administrativa de multa moratória será aplicada nos casos de atraso injustificado na execução do contrato, nos termos do art. 162 da Lei Federal n. 14.133/2021, possuindo os seguintes parâmetros:

I – por atraso ou paralisação da execução superior a 10 (dez) dias do prazo de execução dos serviços, fica o contratado sujeito à multa de 0,5% (meio por cento) por dia de atraso, incidente sobre o valor do empenho do mês/competência anterior, a ser calculado desde o 11º (décimo primeiro) dia de atraso até o efetivo cumprimento da obrigação, limitado a 30 (trinta) dias.

II – transcorridos 30 (trinta) dias do prazo de execução estabelecido no contrato, será considerado extinto o Contrato Administrativo, canceladas as ordens de serviços e aplicada multa de 15% (quinze por cento) por inexecução total, calculada sobre o valor do empenho do mês/competência anterior, não inferior a 2 (dois) salários mínimos vigentes.

14.6. Dependendo do descumprimento, se gerar algum prejuízo ao Consorcio ou a qualquer um dos municípios consorciados, e até mesmo aos pacientes/usuários, poderá ser requerido do Contratado o valor de perdas e danos, após Processo Administrativo de reconhecimento da responsabilidade.

14.7. A sanção administrativa de multa poderá ser aplicada de forma cumulativa com a sanção de advertência, impedimento de licitar e contratar e declaração de inidoneidade para licitar ou contratar.

14.8. A aplicação das sanções administrativas de impedimento de licitar e contratar e declaração de inidoneidade para licitar e contratar deverão respeitar o trâmite e procedimentos estabelecidos no art. 158 da Lei Federal n. 14.133/2021.

14.9. As sanções administrativas de impedimento de licitar e contratar e declaração de inidoneidade para licitar e contratar são passíveis de reabilitação, na forma do art. 163 da Lei Federal n. 14.133/2021.

14.10. A personalidade jurídica do Contratado poderá ser desconsiderada sempre que



utilizada com abuso do direito para facilitar, encobrir ou dissimular a prática dos atos ilícitos previstos neste Contrato ou para provocar confusão patrimonial, e, nesse caso, todos os efeitos das sanções aplicadas à pessoa jurídica serão estendidos aos seus administradores e sócios com poderes de administração, à pessoa jurídica sucessora ou à empresa do mesmo ramo com relação de coligação ou controle, de fato ou de direito, com o Contratado, observados, em todos os casos, o contraditório, a ampla defesa e a obrigatoriedade de análise jurídica prévia, nos termos do art. 160 da Lei Federal n. 14.133/2021.

14.11. O Contratante deverá, no prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data da aplicação da sanção, informar e manter atualizados os dados relativos às sanções aplicadas, para fins de publicidade no Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas (Ceis) e no Cadastro Nacional de Empresas Punidas (Cnep), instituídos no âmbito do Poder Executivo Federal, nos termos do art. 161 da Lei Federal n. 14.133/2021.

14.12. Os débitos do licitante/contratado com o Consórcio contratante, resultantes da aplicação de multas e/ou indenizações, poderão ser compensados, total ou parcialmente, nos casos da existência de crédito em favor do licitante/contratado, decorrentes do mesmo contrato ou de outros contratos administrativos firmados com a mesma entidade/órgão público contratante.

14.13. O Consórcio notificará o Contratado sobre qualquer infração detectada, estabelecendo um prazo para apresentação de defesa, conforme previsto na legislação vigente, assegurando o direito ao contraditório e à ampla defesa.

14.14. As sanções administrativas poderão ser publicadas em meio oficial, conforme exigido pela legislação vigente, garantindo transparência e acesso à informação.

**14.15. A aplicação de sanções observará processo administrativo próprio, com notificação prévia da empresa e prazo de 5 (cinco) dias úteis para defesa e prazo de 10 (dez) dias úteis para recurso em face de decisão proferida.**

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – RESCISÃO/EXTINÇÃO CONTRATUAL**

15.1. O presente Contrato poderá ser extinto, independentemente de qualquer notificação judicial ou extrajudicial, no caso de inexecução total ou parcial, e pelos demais motivos enumerados no art. 137 da Lei Federal n. 14.133/2021, mediante decisão formalmente motivada nos autos do processo, assegurados o contraditório e ampla defesa.

15.2. A pedido da CREDENCIADA, desde que requerido com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, salvo se houver justa causa para rescisão imediata.

15.3. Em caso de rescisão, a CREDENCIADA deverá prestar contas de todos os serviços realizados até a data da extinção do contrato, bem como devolver quaisquer valores não utilizados referentes a antecipações ou pagamentos adiantados.

15.4. Em todos os casos, a extinção contratual deverá observar as disposições da Lei Federal nº 14.133, de 2021, e as normas pertinentes do ordenamento jurídico.



15.5. A rescisão não exime a Contratada de suas responsabilidades sobre obrigações contratuais pendentes, bem como de eventuais danos causados ao Contratante ou a terceiros.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DAS AÇÕES JUDICIAIS**

16.1. Qualquer ação judicial contra a Contratante oriunda de serviços prestados pela Contratada, ou mesmo que venha a Contratante compor a lide, será de exclusiva responsabilidade da Contratada, a qual arcará com todas as despesas de qualquer natureza que do ato resultar, ressarcindo à Contratante todo e qualquer valor que for obrigada a desembolsar em razão dessas ações judiciais, extrajudiciais ou reclamações administrativas.

16.2 A Contratada compromete-se a informar imediatamente ao Contratante sobre qualquer ação judicial que a envolva, garantindo a transparência e a colaboração durante todo o processo.

16.3 A Contratada deverá fornecer à Contratante todos os documentos e informações necessárias para a defesa de seus interesses, quando solicitada.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DOS CASOS OMISSOS (art. 92, III)**

17.1. Os casos omissos serão decididos pelo contratante, segundo as disposições contidas na Lei nº 14.133, de 2021 e demais normas federais aplicáveis, considerando também os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

17.2 As decisões sobre casos omissos serão registradas em documento formal e devidamente fundamentadas, assegurando a transparência e a possibilidade de recurso, conforme aplicável.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – PUBLICAÇÃO**

18.1. Incumbirá ao contratante divulgar o presente instrumento no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP), na forma prevista no art. 94 da Lei 14.133, de 2021, bem como em outros meios que assegurem ampla divulgação e transparência, conforme a legislação vigente.

18.2. A publicação deverá ser realizada em até 5 (cinco) dias úteis após a assinatura do contrato, garantindo que todas as partes interessadas tenham acesso às informações contratuais relevantes.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DA ASSINATURA ELETRÔNICA**

19.1. O presente instrumento particular, incluindo todas as páginas de assinatura e eventuais anexos, representando a integralidade dos termos acordados, será assinado de forma eletrônica/digital através da plataforma digital disponibilizada pelo Consórcio, cuja autenticidade poderá ser atestada a qualquer tempo seguindo os procedimentos e link impresso na nota de rodapé das respectivas páginas.



19.2. As partes, diretamente ou por seus representantes legais nominadas e as testemunhas envolvidas, concordam em utilizar e reconhecem de forma inequívoca, que as assinaturas eletrônicas/digitais serão consideradas válidas, vinculantes e executáveis, cientes que terão a mesma validade jurídica de um registro e autenticação feita em cartório, seja mediante utilização de certificados e-CPF, e-CNPJ e/ou GOVBR.

19.3. Desde já as partes renunciam a possibilidade de exigir a troca, envio ou entrega das vias originais (não-eletrônicas) assinadas deste instrumento, bem como renunciam ao direito de recusar ou contestar a validade das assinaturas eletrônicas, na medida máxima permitida pela legislação aplicável.

### **CLÁUSULA VIGÉSIMA – DISPOSIÇÕES GERAIS**

20.1. Todas as comunicações entre as partes serão realizadas, preferencialmente, por meio eletrônico (e-mail institucional ou sistema de gestão do Consórcio), sendo consideradas recebidas na data do envio, para todos os efeitos legais.

### **CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - DO FORO**

21.1. Fica eleito o Foro da Comarca de Chapecó, Estado de Santa Catarina, para dirimir os litígios que decorrerem da execução deste Termo de Contrato que não puderem ser compostos pela conciliação, conforme art. 92, §1º, da Lei nº 14.133/21. E por assim estarem justos e acordados, assinam o presente instrumento as partes e duas testemunhas, para que surtam seus efeitos legais.

Chapecó/SC, em XXX de XXX de 202X.

*[assinado digitalmente]*  
**CONSÓRCIO PÚBLICO  
INTERFEDERATIVO DE SAÚDE  
DO OESTE DE SANTA  
CATARINA  
PRESIDENTE**

*[assinado digitalmente]*  
**CONTRATADO**





ANEXO X  
FICHAS 20 E  
21

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                       |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</b><br><b>Cadastro de Profissional</b> | <b>Ficha nº 20</b> |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div><b>1 - DADOS OPERACIONAIS</b><br/><b>2 - IDENTIFICAÇÃO</b><br/><b>2.1 - CNES</b><br/><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">2701464</div></div><div style="text-align: right;"><div style="display: flex; justify-content: space-around;"><span>INCLUSÃO <input type="checkbox"/></span><span>ALTERAÇÃO <input type="checkbox"/></span><span>EXCLUSÃO <input type="checkbox"/></span></div><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento<br/>CIS-AMOSC</div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                       |                    |
| <b>34 - DADOS DO PROFISSIONAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                       |                    |
| <b>CADASTRAMENTO</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>SUS</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO SUS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                       |                    |
| <b>34.1 - Dados de Identificação</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                       |                    |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">34.1.1 - Nome do Profissional</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">34.1.2 - PIS/PASEP</div><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">34.1.3 - CPF</div><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">34.1.4 - Número CNS</div><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">34.1.5 - Sexo<br/><div style="display: flex; justify-content: space-around;"><span><input type="checkbox"/> M</span><span><input type="checkbox"/> F</span></div></div></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">34.1.6 - Nome da Mãe</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">34.1.7 - Nome do Pai</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">34.1.8 - Data do Nascimento do Profissional</div><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">34.1.9 - Município de Nascimento</div><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">34.1.10 - Código IBGE do Município</div><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">34.1.11 - UF</div><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">34.1.12 - Raça/Cor</div></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">34.1.13 - Certidão/Tipo</div><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">34.1.14 - Nome do Cartório</div></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">34.1.15 - Livro</div><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">34.1.16 - Fls</div><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">34.1.17 - Termo</div><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">34.1.18 - Data de Emissão</div><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">34.1.19 - Nº Identidade</div></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">34.1.20 - UF</div><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">34.1.21 - Órgão Emissor</div><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">34.1.22 - Data de Emissão</div><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">34.1.23 - Nacionalidade<br/><div style="display: flex; justify-content: space-around;"><span><input type="checkbox"/> Brasileiro</span><span><input type="checkbox"/> Estrangeiro</span></div></div><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">34.1.24 - País de origem (nascimento)</div></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">34.1.25 - Data de Entrada</div><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">34.1.26 - Data de Naturalização</div><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">34.1.27 - Nº da Portaria</div><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">34.1.28 - Nº Título de Eleitor</div><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">34.1.29 - Zona</div><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">34.1.30 - Seção</div></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">34.1.31 - CTPS Número</div><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">34.1.32 - Série</div><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">34.1.33 - UF</div><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">34.1.34 - Data de Emissão</div><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">34.1.35 - Escolaridade*</div><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">34.1.36 - Sit. Familiar/Conjugal</div><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">34.1.37 - Frequenta Escola?<br/><div style="display: flex; justify-content: space-around;"><span><input type="checkbox"/> Sim</span><span><input type="checkbox"/> Não</span></div></div></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">34.1.38 - E-mail</div> |                                                                                       |                    |



