



EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2011 PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA
ÁREA MÉDICA

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE COSTA OESTE DO PARANÁ - CISCOPAR

1 – PREÂMBULO

1.1 – O Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná – CISCOPAR, através da Comissão Permanente de Licitação, designada pela Resolução nº 001, de 24 de fevereiro de 2011, de conformidade com a Lei nº 8.666/93, suas alterações, Lei nº 8.080/90, Portaria/GM/MS nº 358/06, e Portaria/GM/MS nº. 1606/2001, ambas do Ministério da Saúde e demais legislações aplicáveis, torna público a realização de CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA MÉDICA, nos termos das condições estabelecidos no presente Edital de Chamamento Público.

2 – OBJETO

2.1 – O presente Chamamento Público tem por objeto o Credenciamento de Pessoas Jurídicas da Área Médica para a prestação de serviços de consultas e exames nos consultórios particulares, clínicas e nos ambulatórios do CISCOPAR, conforme suas necessidades, abrangendo as seguintes áreas/especialidades médicas: Angiologia, Anestesiologia, Buco-Maxilo-Facial, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Coloproctologia, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Ginecologia/Obstetrícia, Hematologia, Infectologia, Nefrologia, Neurologia, Neurocirurgia, Oncologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Psiquiatria, Reumatologia, Urologia e demais especialidades, assim reconhecidas pelo Conselho Regional de Medicina, bem como Fonoaudiologia, Fisioterapia, Psicologia, Radiodiagnóstico, Ultrassonografia, Cardiologia Intervencionista, Ressonância Magnética, Medicina Nuclear, Tomografia Computadorizada, Patologia Clínica, Cirurgias e procedimentos ambulatoriais especializados, Avaliação e Acompanhamento de Deficiência Auditiva, Anestesia e Contraste para exames, Diagnoses, Terapias e Cirurgias eletivas, e atendimento de Urgência/emergência nos ambulatórios dos Hospitais Credenciados.

2.2 – Para a especialidade de ginecologia e/ou ginecologia/obstetrícia serão credenciados somente os profissionais que realizam cirurgias e/ou procedimentos.

3 – CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO

3.1 – Poderão participar no credenciamento todos os profissionais nas especialidades indicadas no item 2.1, desde que atendidos os requisitos exigidos neste instrumento de chamamento.

3.2 – Não poderão participar no credenciamento os interessados que estejam cumprindo as sanções previstas nos incisos III e IV, do art. 87 da Lei nº 8.666/93.

3.3 – Não poderão participar no credenciamento os profissionais que fizeram processo seletivo público para integrarem o quadro de pessoal do Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná - CISCOPAR.

4 – FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO

4.1 – Os interessados poderão inscrever-se para credenciamento a partir da publicação do presente Edital no Diário Oficial do CISCOPAR, bem como no site www.ciscopar.com.br.

4.2 – Serão considerados credenciados os profissionais pessoas jurídicas, que apresentarem os documentos enumerados no item 6.1 deste instrumento.

4.3 - Os interessados poderão solicitar o credenciamento a qualquer momento, sendo suas inscrições proporcionalmente adequadas ao período remanescente de vigência do credenciamento.

4.4 – Os interessados para atenderem o chamamento do credenciamento, poderão ter acesso aos modelos, das seguintes formas:

a – acesso a internet – www.ciscopar.com.br

b – fornecimento de disquete à Secretaria Executiva do CISCOPAR.

5 – FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

5.1 – Os interessados deverão encaminhar os documentos relacionados no item 6.1 no horário das 08:00h às 12:00h e das 13:30h às 17:30h em dias de expediente na sede do Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná - CISCOPAR, no seguinte endereço: Rua XV de novembro, nº 1287 – Centro, na cidade de Toledo (PR), em envelope fechado com as seguintes indicações:

CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS NA ÁREA MÉDICA Nº 001/2011

INTERESSADO:

ESPECIALIDADE:

PROCEDIMENTO(S):

ENDEREÇO:

TELEFONE PARA CONTATO:

6 – DOCUMENTAÇÃO REFERENTE À HABILITAÇÃO

6.1 – Para credenciamento os interessados deverão apresentar os seguintes documentos:

- a) Requerimento para credenciamento, conforme modelo contido no Anexo I;
- b) Cópia do cartão do CNPJ válido;
- c) Cópia do Contrato Social e suas alterações ou sua última alteração consolidada;
- d) Cópia do Alvará de Licença de Funcionamento;
- e) Cópia da Licença Sanitária;
- f) Prova de inscrição no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;
- g) Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Estadual;
- h) Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Municipal da cidade sede da empresa, ou do Município onde prestar o serviço para o Consórcio;
- i) Prova de Regularidade relativa à Seguridade Social (INSS);
- j) Certificado de Regularidade do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);
- k) Prova de Regularidade fiscal com a Fazenda Federal e Procuradoria da Fazenda Nacional;
- l) Cópia da cédula de identidade dos sócios administradores;
- m) Cópia do CPF dos sócios administradores;
- n) Cópia do comprovante de inscrição no Conselho Regional do profissional responsável;
- o) Cópia do Diploma do Profissional Responsável;
- p) Cópia do comprovante de especialidade (título ou residência reconhecida pelo órgão responsável) na área pretendida do Médico Responsável;
- q) Comprovante de experiência mínima de 01 (um) ano na especialidade pretendida para cadastramento;
- r) Declaração de Idoneidade (Anexo II);
- s) Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde – FCES simplificada – Cadastro de Profissional (Fichas nºs 7 e 8), conforme modelo contido no Anexo V;
- t) Comprovante de residência do Profissional Responsável.

6.2 – O profissional que possui residência médica reconhecida não se há necessidade de cumprir o item “q”.

6.3 – As pessoas jurídicas poderão inscrever-se em mais de uma área, desde que preenchidos os requisitos na respectiva especialidade.

6.4 – Os documentos necessários à habilitação poderão ser apresentados em original ou por cópia autenticada por cartório competente ou publicação em órgão da imprensa oficial.

6.5 – Quando solicitado pelo CISCOPAR, o inscrito deverá proceder ao cadastro do serviço junto à Secretaria Municipal de Saúde de Toledo, sob pena de suspensão do pagamento referentes aos serviços prestados.

7 – PROCEDIMENTO DO CADASTRO

7.1 – Ao requerer a inscrição no cadastro, ou atualização deste, a qualquer tempo, o interessado fornecerá os elementos necessários à satisfação das exigências contidas no item 6.1 deste instrumento.

7.3 – Os inscritos serão cadastrados por especialidade, segundo a avaliação técnica pelos elementos constantes da documentação relacionadas no item 6.1, do presente instrumento.

7.4 – A qualquer tempo poderá ser alterado, suspenso ou cancelado o cadastramento do inscrito que deixar de satisfazer as exigências estabelecidas para o cadastramento ou o cumprimento do estabelecido no contrato de prestação de serviço, que faz parte integrante do presente Edital.

8 – CRITÉRIO DE CADASTRAMENTO

8.1 – As pessoas jurídicas serão inicialmente cadastradas pela ordem de apresentação dos envelopes contendo os documentos de habilitação, junto ao local indicado no item 5.1 do presente instrumento.

9 – DO VALOR

9.1 – A remuneração pela prestação de serviços será de acordo com a Tabela SUS ou alterações constantes da Tabela de Procedimentos Médicos aprovada pela Resolução nº 002/2011, publicada em data de 01 de março de 2011, alterada pela Resolução 007/2011, publicada em data de 07 de maio de 2011 e atualizações posteriores.

9.2 – A Tabela segue em anexo a este Edital.

10 – CRITÉRIO DE REAJUSTE

10.1 – O valor dos procedimentos indicados no item 9.1 não sofrerá reajuste pelo período de vigência da Tabela de Procedimentos Médicos, a contar da data da publicação do chamamento público para cadastramento. A Tabela de Procedimentos Médicos poderá ser revista com base nos índices acordados pelo CRESEMS e aprovados pela Assembléia Geral do CISCOPAR.

11 – SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLEMENTO DOS SERVIÇOS

11.1 – Pela inexecução total ou parcial na prestação dos serviços, o Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná – CISCOPAR poderá, garantida a prévia defesa, aplicar aos cadastrados as sanções previstas no art. 87 da Lei nº 8666/93.

12 – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

12.1 – Para recebimento pelos serviços prestados a empresa cadastrada apresentará mensalmente ao CISCOPAR, até o dia 10 (dez) de cada mês, a fatura correspondente ao mês anterior, juntamente com a respectiva Nota Fiscal, e os documentos referentes aos serviços efetivamente prestados. Após a validação dos documentos, realizado pelo CISCOPAR, a empresa credenciada receberá, até o dia 30 (trinta) do mês seguinte, o valor integral da fatura.

12.2 – O pagamento está condicionado à validade das Certidões Negativas de Débito do INSS, da Fazenda Federal, da Fazenda Estadual, do Certificado de Regularidade do FGTS e Certidão Negativa do Município sede da empresa cadastrada.

12.3 – O pagamento será realizado através de transferência eletrônica para a conta corrente de titularidade do prestador de serviço, conforme dados declinados no respectivo contrato.

12.4 – Os pagamentos decorrentes da execução dos serviços correrão por conta das seguintes dotações orçamentárias:

01.000 – Consórcio Intermunicipal de Saúde - CISCOPAR

01.002 – Serviços de Saúde

1030211002.007 – Serviços de Atend. ao Município de Assis Chateaubriand

3.3.90.39.50–847–Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.000 3.3.90.39.50–849– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.496

1030211002.008 – Manutenção dos Serviços de Atend. ao Município de Diamante do Oeste

3.3.90.39.50–855 – Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.000

3.3.90.39.50–857 – Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. – Fonte 1.496

1030211002.009 – Manutenção dos Serviços de Atend. ao Município de Entre Rios do Oeste

3.3.90.39.50–863– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.000

3.3.90.39.50–865– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.496

1030211002.010– Manutenção dos Serviços de Atend. ao Município de Guaíra

3.3.90.39.50–870– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.000

3.3.90.39.50–872– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.496

1030211002.011– Manutenção dos Serviços de Atend. ao Município de Marechal C. Rondon

3.3.90.39.50–878– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.000

3.3.90.39.50–880– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.496

1030211002.012– Manutenção dos Serviços de Atend. ao Município de Maripá

3.3.90.39.50–885– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. – Fonte 1.000

3.3.90.39.50–887– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. – Fonte 1.496

- 1030211002.013– Manutenção dos Serviços de Atend. ao Município de Mercedes
3.3.90.39.50–893– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.000
3.3.90.39.50–895– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.496
- 1030211002.014– Manutenção dos Serviços de Atend. ao Município de Nova Santa Rosa
3.3.90.39.50–901– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.000
3.3.90.39.50–903– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.496
- 1030211002.015– Manutenção dos Serviços de Atend. ao Município de Ouro Verde do Oeste
3.3.90.39.50–909– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.000
3.3.90.39.50–911– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.496
- 1030211002.016– Manutenção dos Serviços de Atend. ao Município de Palotina
3.3.90.39.50–916– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.000
3.3.90.39.50–918– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.496
- 1030211002.017– Manutenção dos Serviços de Atend. ao Município de Pato Bragado
3.3.90.39.50–924– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.000
3.3.90.39.50–926– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.496
- 1030211002.018– Manutenção dos Serviços de Atend. ao Município de Quatro Pontes
3.3.90.39.50–931– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.000
3.3.90.39.50–933– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.496
- 1030211002.019– Manutenção dos Serviços de Atend. ao Município de Santa Helena
3.3.90.39.50–939– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.000
3.3.90.39.50–941– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.496
- 1030211002.020– Manutenção dos Serviços de Atend. ao Município de São José das Palmeiras
3.3.90.39.50–946– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.000
3.3.90.39.50–948– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.496
- 1030211002.021– Manutenção dos Serviços de Atend. ao Município de São Pedro do Iguaçu
3.3.90.39.50–954– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.000
3.3.90.39.50–956– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.496
- 1030211002.022– Manutenção dos Serviços de Atend. ao Município de Terra Roxa
3.3.90.39.50–961– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.000
3.3.90.39.50–963– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.496
- 1030211002.023– Manutenção dos Serviços de Atend. ao Município de Toledo
3.3.90.39.50–968– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.000
3.3.90.39.50–970– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.496
- 1030211002.024– Manutenção dos Serviços de Atend. ao Município de Tupãssi
3.3.90.39.50–976– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.000
3.3.90.39.50–978– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.496

13 – RECURSOS

13.1 – Aos credenciados é assegurado o direito de interposição de Recurso, nos termos do art. 109 da Lei nº 8666/93, o qual será recebido e processado nos termos ali estabelecidos, além do previsto no contrato.

14 – DISPOSIÇÕES GERAIS

14.1 – Esclarecimentos relativos ao presente chamamento público e às condições para atendimento das obrigações necessárias ao cumprimento de seu objeto, somente serão prestados quando solicitados por escrito, encaminhado a Secretaria Executiva do CISCOPAR, sito na Rua XV de Novembro, 1287 - Centro, CEP 85.900-200, Fone/Fax (45) 3252-3524, na cidade de Toledo (PR).

14.2 – Fica eleito o foro da Comarca de Toledo, Estado do Paraná, como competente para dirimir todas as questões decorrentes do credenciamento.

15 – ANEXOS

15.1 – Integram o presente instrumento, os seguintes anexos:

- I - Modelo de requerimento para credenciamento;
- II - Declaração de idoneidade;
- III - Tabela de Procedimentos Médicos;
- IV - Minuta de Contrato de Prestação de Serviços Médicos - Pessoa Jurídica;
- V - Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde – FCES simplificada – Cadastro de Profissional (Fichas nºs 7 e 8).

Toledo (PR), 23 de maio de 2011.

LUIZ ERNESTO DE GIACOMETTI
PRESIDENTE

ANEXO I – PESSOA JURÍDICA
(em papel timbrado/personalizado da empresa)

Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná – CISCOPAR

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS NA ÁREA MÉDICA, divulgado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná – CISCOPAR, objetivando a prestação de serviços médicos na especialidade _____, nos termos do chamamento público divulgado em ____ de ____ de 2011.

Razão Social: _____

Endereço Comercial: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

CNPJ: _____

CADASTRO MUNICIPAL: _____

CNES/MS: _____

Especialidade: _____
Procedimentos (relacionar os códigos de acordo com a Tabela de Procedimentos Médicos)

Médico Responsável: _____

CRM nº: _____ R.G.nº. : _____

CPF nº: _____ CNS: _____

Data: _____

(assinatura do representante legal da empresa solicitante)

(nome representante legal da empresa solicitante)

(assinatura do Médico Responsável)

ANEXO II
(em papel timbrado/personalizado da empresa)

Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná – CISCOPAR

O interessado.....(qualificação completa)....., DECLARA para os devidos fins de direito, na qualidade de solicitante de cadastramento na área médica, que não foi declarado inidôneo para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas, nem sofreu a penalidade prevista no inciso III, do artigo 87, da Lei n. 8.666/93.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Toledo (PR), em _____ de _____ de 2011.

(assinatura do representante legal da empresa solicitante)

(nome do representante legal da empresa solicitante)

ANEXO III

TABELA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS			
Tabela vigente a partir de 01/03/2011			
Tipo	Classificação	Descrição	Valor CISCOPAR
2	02.01.01.008	BIOPSIA DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO	19,06
2	02.01.01.047	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE	30,00
2	02.02.01.001	CLEARANCE OSMOLAR	3,51
2	02.02.01.002	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	4,02
2	02.02.01.003	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	19,50
2	02.02.01.004	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	3,63
2	02.02.01.005	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	6,55
2	02.02.01.006	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	3,68
2	02.02.01.007	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	20,00
2	02.02.01.008	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	5,10
2	02.02.01.009	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	3,51
2	02.02.01.010	DOSAGEM DE ACETONA	1,85
2	02.02.01.011	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	2,01
2	02.02.01.012	DOSAGEM DE ACIDO URICO	2,80
2	02.02.01.013	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	9,00
2	02.02.01.014	DOSAGEM DE ALDOLASE	3,68
2	02.02.01.015	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	7,36
2	02.02.01.016	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	7,36
2	02.02.01.017	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	3,68
2	02.02.01.018	DOSAGEM DE AMILASE	2,80
2	02.02.01.019	DOSAGEM DE AMONIA	7,02
2	02.02.01.020	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	2,80
2	02.02.01.021	DOSAGEM DE CALCIO	2,80
2	02.02.01.022	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	3,51
2	02.02.01.023	DOSAGEM DE CAROTENO	4,02
2	02.02.01.025	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	7,36
2	02.02.01.026	DOSAGEM DE CLORETO	1,85
2	02.02.01.027	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	4,00
2	02.02.01.028	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	4,00
2	02.02.01.029	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	2,80
2	02.02.01.030	DOSAGEM DE COLINESTERASE	3,68
2	02.02.01.031	DOSAGEM DE CREATININA	3,51
2	02.02.01.032	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	4,20
2	02.02.01.033	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	8,24
2	02.02.01.034	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	3,51
2	02.02.01.035	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	3,51
2	02.02.01.036	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	3,68
2	02.02.01.037	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	3,68
2	02.02.01.038	DOSAGEM DE FERRITINA	15,59
2	02.02.01.039	DOSAGEM DE FERRO SERICO	3,51
2	02.02.01.040	DOSAGEM DE FOLATO	28,00
2	02.02.01.041	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	3,40
2	02.02.01.042	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	2,80

2	02.02.01.043	DOSAGEM DE FOSFORO	2,80
2	02.02.01.044	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	3,40
2	02.02.01.045	DOSAGEM DE GALACTOSE	3,51
2	02.02.01.046	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	3,51
2	02.02.01.047	DOSAGEM DE GLICOSE	2,80
2	02.02.01.048	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	7,36
2	02.02.01.049	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	7,36
2	02.02.01.050	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	11,80
2	02.02.01.051	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	3,68
2	02.02.01.052	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	3,51
2	02.02.01.053	DOSAGEM DE LACTATO	3,68
2	02.02.01.054	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	3,51
2	02.02.01.055	DOSAGEM DE LIPASE	2,80
2	02.02.01.056	DOSAGEM DE MAGNESIO	2,80
2	02.02.01.057	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	4,02
2	02.02.01.058	DOSAGEM DE PIRUVATO	7,36
2	02.02.01.059	DOSAGEM DE PORFIRINAS	3,51
2	02.02.01.060	DOSAGEM DE POTASSIO	3,30
2	02.02.01.061	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	1,40
2	02.02.01.062	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	2,80
2	02.02.01.063	DOSAGEM DE SODIO	2,80
2	02.02.01.064	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	2,80
2	02.02.01.065	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	2,80
2	02.02.01.066	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	8,24
2	02.02.01.067	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	3,51
2	02.02.01.068	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	3,51
2	02.02.01.069	DOSAGEM DE UREIA	3,51
2	02.02.01.070	DOSAGEM DE VITAMINA B12	15,24
2	02.02.01.071	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	7,36
2	02.02.01.072	ELETROFORESE DE PROTEINAS	8,84
2	02.02.01.073	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)	15,65
2	02.02.01.074	PROVA DA D-XILOSE	7,36
2	02.02.01.075	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	6,55
2	02.02.02.001	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	6,48
2	02.02.02.002	CONTAGEM DE PLAQUETAS	2,73
2	02.02.02.003	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	3,00
2	02.02.02.004	DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	3,30
2	02.02.02.005	DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	2,73
2	02.02.02.006	DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA	2,73
2	02.02.02.007	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	4,00
2	02.02.02.008	DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	2,73
2	02.02.02.009	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	2,73
2	02.02.02.010	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	9,00
2	02.02.02.011	DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	5,79
2	02.02.02.012	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	5,70
2	02.02.02.013	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	5,77
2	02.02.02.014	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	3,90
2	02.02.02.015	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTACAO (VHS)	2,73
2	02.02.02.016	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	4,11

2	02.02.02.017	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	12,96
2	02.02.02.018	DOSAGEM DE FATOR II	5,31
2	02.02.02.019	DOSAGEM DE FATOR IX	7,61
2	02.02.02.020	DOSAGEM DE FATOR V	4,73
2	02.02.02.021	DOSAGEM DE FATOR VII	8,09
2	02.02.02.022	DOSAGEM DE FATOR VIII	6,63
2	02.02.02.023	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	15,00
2	02.02.02.024	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	37,82
2	02.02.02.025	DOSAGEM DE FATOR X	6,66
2	02.02.02.026	DOSAGEM DE FATOR XI	9,11
2	02.02.02.027	DOSAGEM DE FATOR XII	10,51
2	02.02.02.028	DOSAGEM DE FATOR XIII	6,66
2	02.02.02.029	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	9,20
2	02.02.02.030	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	1,53
2	02.02.02.031	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37°C	2,73
2	02.02.02.032	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	2,73
2	02.02.02.033	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	2,73
2	02.02.02.034	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	4,11
2	02.02.02.035	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	10,82
2	02.02.02.036	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	2,73
2	02.02.02.037	HEMATOCRITO	1,53
2	02.02.02.038	HEMOGRAMA COMPLETO	8,22
2	02.02.02.039	LEUCOGRAMA	2,73
2	02.02.02.040	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	25,00
2	02.02.02.041	PESQUISA DE CELULAS LE	5,30
2	02.02.02.042	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	2,73
2	02.02.02.043	PESQUISA DE FILARIA	2,73
2	02.02.02.044	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	2,73
2	02.02.02.046	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	2,73
2	02.02.02.048	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	4,11
2	02.02.02.049	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	2,73
2	02.02.02.050	PROVA DO LACO	2,73
2	02.02.02.051	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	2,73
2	02.02.02.052	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	12,00
2	02.02.02.053	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	2,73
2	02.02.02.054	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	5,46
2	02.02.03.001	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	15,00
2	02.02.03.002	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	15,00
2	02.02.03.003	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	15,00
2	02.02.03.004	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	65,00
2	02.02.03.005	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	96,00
2	02.02.03.006	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	14,90
2	02.02.03.007	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	5,50
2	02.02.03.008	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	9,80
2	02.02.03.009	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	17,20
2	02.02.03.010	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	19,00
2	02.02.03.011	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	21,80
2	02.02.03.012	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	17,16
2	02.02.03.013	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	17,16
2	02.02.03.014	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	5,20

2	02.02.03.015	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	17,16
2	02.02.03.016	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	18,50
2	02.02.03.017	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)	14,30
2	02.02.03.018	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	14,30
2	02.02.03.019	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	4,10
2	02.02.03.020	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	5,66
2	02.02.03.022	IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS	34,32
2	02.02.03.023	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	80,00
2	02.02.03.025	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	20,00
2	02.02.03.026	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	20,00
2	02.02.03.027	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	11,80
2	02.02.03.028	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	21,80
2	02.02.03.029	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	140,00
2	02.02.03.030	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	14,60
2	02.02.03.031	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	18,55
2	02.02.03.032	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	21,80
2	02.02.03.033	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	5,74
2	02.02.03.034	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	17,16
2	02.02.03.035	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	19,20
2	02.02.03.036	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	21,00
2	02.02.03.037	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	9,25
2	02.02.03.038	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	10,00
2	02.02.03.039	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	9,25
2	02.02.03.040	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	5,00
2	02.02.03.041	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	8,90
2	02.02.03.042	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	10,00
2	02.02.03.043	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEIX SUPRARENAL	17,16
2	02.02.03.044	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	9,25
2	02.02.03.045	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	11,80
2	02.02.03.046	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	19,40
2	02.02.03.047	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	4,60
2	02.02.03.048	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	10,00
2	02.02.03.049	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLIADINA (GLUTEN) IGG IGM E IGA	21,00
2	02.02.03.050	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	10,00
2	02.02.03.051	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	20,00
2	02.02.03.052	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	17,16
2	02.02.03.053	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	8,20
2	02.02.03.054	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	5,50
2	02.02.03.055	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	34,32
2	02.02.03.056	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	5,50
2	02.02.03.057	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	5,50
2	02.02.03.058	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	5,50
2	02.02.03.059	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	17,16
2	02.02.03.060	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	17,16
2	02.02.03.061	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	10,00
2	02.02.03.062	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	17,16
2	02.02.03.063	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO SUP.DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	18,55
2	02.02.03.064	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	18,55

2	02.02.03.065	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	7,78
2	02.02.03.066	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	9,71
2	02.02.03.067	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	23,00
2	02.02.03.068	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	18,55
2	02.02.03.069	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	21,80
2	02.02.03.070	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	4,10
2	02.02.03.071	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCIAL RESPIRATORIO	18,55
2	02.02.03.072	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	17,16
2	02.02.03.073	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	4,20
2	02.02.03.074	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	14,30
2	02.02.03.075	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	9,25
2	02.02.03.076	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	16,97
2	02.02.03.077	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	9,25
2	02.02.03.078	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	18,55
2	02.02.03.079	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	36,90
2	02.02.03.080	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	18,55
2	02.02.03.081	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA VIRUS DA RUBEOLA	17,16
2	02.02.03.082	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	25,50
2	02.02.03.083	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	29,00
2	02.02.03.084	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	17,16
2	02.02.03.085	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	21,80
2	02.02.03.086	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	10,00
2	02.02.03.087	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	18,55
2	02.02.03.088	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	11,90
2	02.02.03.089	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	18,55
2	02.02.03.090	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	36,90
2	02.02.03.091	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	18,55
2	02.02.03.092	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	17,46
2	02.02.03.093	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	25,50
2	02.02.03.094	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	29,00
2	02.02.03.095	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	21,80
2	02.02.03.096	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	21,80
2	02.02.03.097	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	18,55
2	02.02.03.098	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	18,55
2	02.02.03.099	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	60,00
2	02.02.03.100	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	5,20
2	02.02.03.101	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	4,10
2	02.02.03.102	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLOURESCENCIA	10,00
2	02.02.03.103	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	13,20
2	02.02.03.104	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	10,00
2	02.02.03.107	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	18,00

2	02.02.03.108	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	168,48
2	02.02.03.109	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	4,10
2	02.02.03.110	REACAO DE MONTENEGRO ID	2,83
2	02.02.03.111	TESTE DE VDRL P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	5,00
2	02.02.03.112	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	10,00
2	02.02.03.113	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	11,80
2	02.02.03.117	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	5,00
2	02.02.04.001	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	1,65
2	02.02.04.002	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	4,00
2	02.02.04.003	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	6,08
2	02.02.04.004	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	1,65
2	02.02.04.005	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	3,30
2	02.02.04.006	PESQUISA DE EOSINOFILOS	3,30
2	02.02.04.007	PESQUISA DE GORDURA FECAL	3,30
2	02.02.04.008	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	1,65
2	02.02.04.009	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	2,50
2	02.02.04.010	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	1,65
2	02.02.04.011	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	1,65
2	02.02.04.012	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	3,30
2	02.02.04.013	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	10,25
2	02.02.04.014	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	2,80
2	02.02.04.015	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	2,80
2	02.02.04.016	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	1,65
2	02.02.04.017	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	1,65
2	02.02.05.001	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	4,90
2	02.02.05.002	CLEARANCE DE CREATININA	7,02
2	02.02.05.003	CLEARANCE DE FOSFATO	3,51
2	02.02.05.004	CLEARANCE DE UREIA	7,02
2	02.02.05.005	CONTAGEM DE ADDIS	2,04
2	02.02.05.006	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	3,70
2	02.02.05.007	DOSAGEM DE ACUCARES (POR CROMATOGRAFIA)	3,70
2	02.02.05.008	DOSAGEM DE CITRATO	4,02
2	02.02.05.009	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	14,80
2	02.02.05.010	DOSAGEM DE OXALATO	6,00
2	02.02.05.011	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	4,08
2	02.02.05.012	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	3,04
2	02.02.05.013	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	5,95
2	02.02.05.014	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	3,70
2	02.02.05.015	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	2,04
2	02.02.05.016	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	3,70
2	02.02.05.017	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	2,04
2	02.02.05.018	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	4,08
2	02.02.05.019	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	2,04
2	02.02.05.020	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	4,08
2	02.02.05.021	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	7,40
2	02.02.05.022	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	2,04
2	02.02.05.023	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	2,04
2	02.02.05.024	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	3,36
2	02.02.05.025	PESQUISA DE GONADOTROFINA CORIONICA (TESTE DE GRAVIDEZ)	11,80
2	02.02.05.026	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	2,80

2	02.02.05.027	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	2,04
2	02.02.05.028	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	3,70
2	02.02.05.029	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	4,08
2	02.02.05.030	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	8,88
2	02.02.05.031	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	2,04
2	02.02.05.032	PROVA DE DILUICAO (URINA)	2,04
2	02.02.06.001	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	12,54
2	02.02.06.002	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	12,54
2	02.02.06.003	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	14,69
2	02.02.06.004	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	12,00
2	02.02.06.005	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	11,00
2	02.02.06.006	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	11,00
2	02.02.06.007	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	13,44
2	02.02.06.008	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	25,00
2	02.02.06.009	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	13,50
2	02.02.06.010	DOSAGEM DE AMP CICLICO	12,01
2	02.02.06.011	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	13,50
2	02.02.06.012	DOSAGEM DE CALCITONINA	19,00
2	02.02.06.013	DOSAGEM DE CORTISOL	9,86
2	02.02.06.014	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	13,60
2	02.02.06.015	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	14,60
2	02.02.06.016	DOSAGEM DE ESTRADIOL	10,15
2	02.02.06.017	DOSAGEM DE ESTRIOL	12,30
2	02.02.06.018	DOSAGEM DE ESTRONA	13,60
2	02.02.06.019	DOSAGEM DE GASTRINA	14,70
2	02.02.06.020	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	15,35
2	02.02.06.021	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	11,80
2	02.02.06.022	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	12,60
2	02.02.06.023	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	7,90
2	02.02.06.024	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	8,97
2	02.02.06.025	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	9,17
2	02.02.06.026	DOSAGEM DE INSULINA	11,80
2	02.02.06.027	DOSAGEM DE PARATORMONIO	43,13
2	02.02.06.028	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	21,80
2	02.02.06.029	DOSAGEM DE PROGESTERONA	10,22
2	02.02.06.030	DOSAGEM DE PROLACTINA	10,15
2	02.02.06.031	DOSAGEM DE RENINA	20,00
2	02.02.06.032	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	30,70
2	02.02.06.033	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	13,11
2	02.02.06.034	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	10,43
2	02.02.06.035	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	15,20
2	02.02.06.036	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	27,00
2	02.02.06.037	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	8,76
2	02.02.06.038	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	11,60
2	02.02.06.039	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	8,71
2	02.02.06.040	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	12,01
2	02.02.06.041	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	12,01
2	02.02.06.042	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA	12,01
2	02.02.06.043	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	12,01
2	02.02.06.044	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	12,01

2	02.02.06.045	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	12,01
2	02.02.06.046	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	8,43
2	02.02.07.001	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	4,12
2	02.02.07.002	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	4,12
2	02.02.07.003	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	7,36
2	02.02.07.004	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	4,08
2	02.02.07.005	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	16,00
2	02.02.07.006	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	3,51
2	02.02.07.007	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	2,01
2	02.02.07.008	DOSAGEM DE ALUMINIO	36,00
2	02.02.07.009	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	10
2	02.02.07.010	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	10,00
2	02.02.07.011	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	10,00
2	02.02.07.012	DOSAGEM DE BARBITURATOS	13,13
2	02.02.07.013	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	13,48
2	02.02.07.014	DOSAGEM DE CADMIO	6,55
2	02.02.07.015	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	18,80
2	02.02.07.016	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	10,30
2	02.02.07.017	DOSAGEM DE CHUMBO	25,00
2	02.02.07.018	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	69,00
2	02.02.07.019	DOSAGEM DE COBRE	7,02
2	02.02.07.020	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	14,70
2	02.02.07.021	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	15,65
2	02.02.07.022	DOSAGEM DE FENITOINA	35,22
2	02.02.07.023	DOSAGEM DE FENOL	3,68
2	02.02.07.024	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	3,51
2	02.02.07.025	DOSAGEM DE LITIO	3,60
2	02.02.07.026	DOSAGEM DE MERCURIO	4,08
2	02.02.07.027	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	7,50
2	02.02.07.028	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	23,00
2	02.02.07.029	DOSAGEM DE METOTREXATO	10,00
2	02.02.07.030	DOSAGEM DE QUINIDINA	10,00
2	02.02.07.031	DOSAGEM DE SALICILATOS	2,01
2	02.02.07.032	DOSAGEM DE SULFATOS	3,51
2	02.02.07.033	DOSAGEM DE TEOFILINA	31,30
2	02.02.07.034	DOSAGEM DE TIOCIANATO	3,68
2	02.02.07.035	DOSAGEM DE ZINCO	26,60
2	02.02.08.001	ANTIBIOGRAMA	9,00
2	02.02.08.002	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	13,33
2	02.02.08.003	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	13,33
2	02.02.08.004	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR	7,00
2	02.02.08.005	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	7,00
2	02.02.08.006	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (TUBERCULOSE)	7,00
2	02.02.08.007	BACTEROSCOPIA (GRAM)	5,10
2	02.02.08.008	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	5,62
2	02.02.08.009	CULTURA DO LEITE MATERNO (POS-PASTEURIZACAO)	4,33
2	02.02.08.010	CULTURA P/ HERPESVIRUS	4,33
2	02.02.08.011	CULTURA PARA BAAR	10,00
2	02.02.08.012	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	10,25
2	02.02.08.013	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	4,19

2	02.02.08.014	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	2,80
2	02.02.08.015	HEMOCULTURA	11,49
2	02.02.08.016	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	5,63
2	02.02.08.017	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	4,33
2	02.02.08.018	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	2,80
2	02.02.08.019	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	4,33
2	02.02.08.020	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	2,80
2	02.02.08.021	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	4,33
2	02.02.08.022	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	2,80
2	02.02.08.023	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	5,04
2	02.02.09.001	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	1,89
2	02.02.09.002	ADENOGRAMA	5,79
2	02.02.09.003	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	4,33
2	02.02.09.004	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	4,33
2	02.02.09.005	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	1,89
2	02.02.09.006	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	1,89
2	02.02.09.007	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	6,56
2	02.02.09.008	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	1,89
2	02.02.09.009	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	2,01
2	02.02.09.010	DOSAGEM DE FRUTOSE	4,02
2	02.02.09.011	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	2,01
2	02.02.09.012	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	1,89
2	02.02.09.013	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	1,89
2	02.02.09.015	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	10,46
2	02.02.09.016	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	6,56
2	02.02.09.017	ESPLENOGRAMA	5,79
2	02.02.09.018	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	1,89
2	02.02.09.019	MIELOGRAMA	5,79
2	02.02.09.021	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	9,70
2	02.02.09.022	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIOGENICO CEA	4,02
2	02.02.09.023	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	1,89
2	02.02.09.024	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	5,30
2	02.02.09.025	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	1,89
2	02.02.09.026	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	4,80
2	02.02.09.027	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	1,89
2	02.02.09.028	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	9,70
2	02.02.09.029	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	1,89
2	02.02.09.030	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	5,50
2	02.02.09.031	REACAO DE PANDY	1,89
2	02.02.09.032	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	1,89
2	02.02.09.033	TESTE DE CLEMENTS	6,00
2	02.02.09.034	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	4,69
2	02.02.09.035	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	4,69
2	02.02.10.001	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)	64,96
2	02.02.10.002	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)	64,96

2	02.02.10.003	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	64,96
2	02.02.11.001	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	8,80
2	02.02.11.002	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	66,00
2	02.02.11.003	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	66,00
2	02.02.11.004	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	5,50
2	02.02.11.005	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	12,10
2	02.02.11.006	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH (T4) (P/ DETECCAO DA VARIANTE HEMOGLOBINA)	20,90
2	02.02.11.007	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA	7,30
2	02.02.11.008	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	13,20
2	02.02.12.001	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	10,65
2	02.02.12.002	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	1,37
2	02.02.12.003	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	10,65
2	02.02.12.004	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	10,65
2	02.02.12.005	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	5,79
2	02.02.12.006	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC	5,79
2	02.02.12.007	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	5,79
2	02.02.12.008	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	1,37
2	02.02.12.009	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	5,90
2	02.02.12.010	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	5,79
2	02.04.01.003	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	14,36
2	02.04.01.004	RADIOGRAFIA DE ARCADEA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)	16,49
2	02.04.01.005	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	18,00
2	02.04.01.006	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	15,57
2	02.04.01.007	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ)	17,84
2	02.04.01.008	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	16,51
2	02.04.01.009	RADIOGRAFIA DE LARINGE	13,35
2	02.04.01.010	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	21,10
2	02.04.01.011	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	14,34
2	02.04.01.012	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	18,00
2	02.04.01.013	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO)	15,96
2	02.04.01.014	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	18,00
2	02.04.01.015	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)	16,49
2	02.04.01.016	RADIOGRAFIA OCLUSAL	7,02
2	02.04.01.017	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MANDIBULA	18,06
2	02.04.01.018	RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING)	3,42
2	02.04.01.019	SIALOGRAFIA (POR GLANDULA)	69,82
2	02.04.02.001	MIELOGRAFIA	176,72
2	02.04.02.003	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	18,70
2	02.04.02.004	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	16,28
2	02.04.02.005	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	18,90
2	02.04.02.006	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	17,28
2	02.04.02.007	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	20,37
2	02.04.02.008	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	25,19
2	02.04.02.009	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	18,08
2	02.04.02.010	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	17,57

2	02.04.02.011	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA	24,05
2	02.04.02.012	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	17,60
2	02.04.02.013	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL- TELESPONDILOGRAFIA (P/ ESCOLIOSE)	29,51
2	02.04.03.002	DUCTOGRAFIA (POR MAMA)	84,54
2	02.04.03.003	MAMOGRAFIA BILATERAL	61,72
2	02.04.03.005	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLIQUA)	19,12
2	02.04.03.006	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)	13,35
2	02.04.03.007	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	15,72
2	02.04.03.008	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	37,53
2	02.04.03.009	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	17,69
2	02.04.03.010	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	17,28
2	02.04.03.011	RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO	27,27
2	02.04.03.012	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDOTICA)	13,35
2	02.04.03.013	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)	21,48
2	02.04.03.014	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	19,12
2	02.04.03.015	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	16,68
2	02.04.03.016	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)	13,10
2	02.04.03.017	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	14,00
2	02.04.04.001	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	14,28
2	02.04.04.002	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	13,54
2	02.04.04.003	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	13,54
2	02.04.04.004	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	14,16
2	02.04.04.005	RADIOGRAFIA DE BRACO	16,51
2	02.04.04.006	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	16,51
2	02.04.04.007	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	13,34
2	02.04.04.008	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	13,34
2	02.04.04.009	RADIOGRAFIA DE MAO	13,34
2	02.04.04.010	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	13,11
2	02.04.04.011	RADIOGRAFIA DE OMOPLATA / OMBRO (TRES POSICOES)	17,69
2	02.04.04.012	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	13,12
2	02.04.05.001	CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE	74,45
2	02.04.05.002	COLANGIOGRAFIA PER-OPERATORIA	34,09
2	02.04.05.003	COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA	34,09
2	02.04.05.004	DUODENOGRAMIA HIPOTONICA	35,06
2	02.04.05.005	FISTULOGRAFIA	53,36
2	02.04.05.006	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	75,27
2	02.04.05.008	PIELOGRAFIA ASCENDENTE	68,00
2	02.04.05.011	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	19,19
2	02.04.05.012	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	23,35
2	02.04.05.013	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	16,27
2	02.04.05.014	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO	35,22
2	02.04.05.015	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)	68,99
2	02.04.05.016	RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE)	72,13
2	02.04.05.017	URETROCISTOGRAFIA	65,95
2	02.04.05.018	UROGRAFIA VENOSA	78,39
2	02.04.06.001	ARTROGRAFIA	77,92
2	02.04.06.002	DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES)	80,00

2	02.04.06.003	ESCANOMETRIA	16,68
2	02.04.06.006	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	17,30
2	02.04.06.007	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	16,28
2	02.04.06.008	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	13,34
2	02.04.06.009	RADIOGRAFIA DE BACIA	14,86
2	02.04.06.010	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	13,34
2	02.04.06.011	RADIOGRAFIA DE COXA	18,08
2	02.04.06.012	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	14,49
2	02.04.06.013	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	16,00
2	02.04.06.014	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	26,37
2	02.04.06.015	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	14,70
2	02.04.06.016	RADIOGRAFIA DE PERNA	16,05
2	02.04.06.017	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	20,84
2	02.05.01.003	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	140,00
2	02.05.01.003	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA INFANTIL	140,00
2	02.05.01.004	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATE 3 VASOS)	100,00
2	02.05.01.005	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	85,80
2	02.05.02.002	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA	25,00
2	02.05.02.003	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VESICULA, VIAS BILIARES)	33,88
2	02.05.02.004	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	51,59
2	02.05.02.005	ULTRA-SONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	33,88
2	02.05.02.006	ULTRA-SONOGRAFIA DE ARTICULACAO	49,83
2	02.05.02.007	ULTRA-SONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	27,72
2	02.05.02.008	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA	25,00
2	02.05.02.009	ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	27,72
2	02.05.02.010	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	25,93
2	02.05.02.011	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	46,20
2	02.05.02.012	ULTRA-SONOGRAFIA DE TIREOIDE	27,72
2	02.05.02.013	ULTRA-SONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	24,20
2	02.05.02.014	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA	24,20
2	02.05.02.015	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	119,55
2	02.05.02.016	ULTRA-SONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	24,20
2	02.05.02.017	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSFONTANELAR	24,20
2	02.05.02.018	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL	30,80
2	02.06.01.001	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	182,04
2	02.06.01.002	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	182,04
2	02.06.01.003	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	182,04
2	02.06.01.004	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	182,04
2	02.06.01.005	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOCO	182,04
2	02.06.01.006	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	142,34
2	02.06.01.007	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	142,34
2	02.06.02.001	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	182,04
2	02.06.02.002	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES	182,04
2	02.06.02.003	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	176,13

2	02.06.03.001	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	187,98
2	02.06.03.002	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	182,04
2	02.06.03.003	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA	182,04
2	02.07.01.001	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	400,00
2	02.07.01.002	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	400,00
2	02.07.01.003	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL	400,00
2	02.07.01.004	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	400,00
2	02.07.01.005	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	400,00
2	02.07.01.006	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	400,00
2	02.07.01.007	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	400,00
2	02.07.02.001	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE	400,00
2	02.07.02.002	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	400,00
2	02.07.02.003	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	400,00
2	02.07.03.001	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	400,00
2	02.07.03.002	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE	400,00
2	02.07.03.003	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	400,00
2	02.07.03.004	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES	400,00
2	02.08.01.001	CINTILOGRAFIA DE CORACAO C/ GALIO 67	268,62
2	02.08.01.002	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECoes)	436,81
2	02.08.01.003	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECoes)	353,87
2	02.08.01.004	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ LOCALIZACAO DE NECROSE (MINIMO 3 PROJECoes)	163,41
2	02.08.01.005	CINTILOGRAFIA P/ AVALIACAO DE FLUXO SANGUINEO DE EXTREMIDADES	98,83
2	02.08.01.006	CINTILOGRAFIA P/ QUANTIFICACAO DE SHUNT EXTRACARDIACO	128,71
2	02.08.01.007	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE ESFORCO	237,01
2	02.08.01.008	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)	176,61
2	02.08.01.009	DETERMINACAO DE FLUXO SANGUINEO REGIONAL	130,73
2	02.08.02.001	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E BACO (MINIMO 5 IMAGENS)	151,26
2	02.08.02.002	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E VIAS BILIARES	217,06
2	02.08.02.003	CINTILOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTIMULO	98,66
2	02.08.02.005	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (LIQUIDO)	179,81
2	02.08.02.006	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (SEMI-SOLIDO)	179,81
2	02.08.02.007	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO GASTRICO	171,77
2	02.08.02.008	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL	141,74
2	02.08.02.010	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NAO ATIVA	319,22
2	02.08.02.011	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO	179,81
2	02.08.02.012	IMUNO-CINTILOGRAFIA (ANTICORPO MONOCLONAL)	1328,00
2	02.08.03.001	CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES	349,14
2	02.08.03.002	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ OU S/ CAPTACAO	92,34
2	02.08.03.003	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ TESTE DE SUPRESSAO / ESTIMULO	85,74
2	02.08.03.004	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO	259,13
2	02.08.03.005	TESTE DO PERCLORATO C/ RADIOISOTOPO	73,15
2	02.08.04.002	CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GALIO 67	268,62
2	02.08.04.003	CINTILOGRAFIA DE TESTICULO E BOLSA ESCROTAL	130,34
2	02.08.04.005	CINTILOGRAFIA RENAL (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	157,31

2	02.08.04.006	CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	153,41
2	02.08.04.007	CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	157,81
2	02.08.04.008	DETERMINACAO DE FILTRACAO GLOMERULAR	47,46
2	02.08.04.009	DETERMINACAO DE FLUXO PLASMATICO RENAL	48,65
2	02.08.04.010	ESTUDO RENAL DINAMICO C/ OU S/ DIURETICO	171,22
2	02.08.05.001	CINTILOGRAFIA DE ARTICULACOES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO	157,21
2	02.08.05.003	CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUINEO (CORPO INTEIRO)	174,97
2	02.08.05.004	CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO C/ GALIO 67	268,62
2	02.08.06.001	CINTILOGRAFIA DE PERFUSAO CEREBRAL C/ TALIO (SPCTO)	389,55
2	02.08.06.002	CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIACAO DO TRANSITO LIQUORICO)	261,71
2	02.08.06.003	ESTUDO DE FLUXO SANGUINEO CEREBRAL	97,41
2	02.08.07.001	CINTILOGRAFIA DE PULMAO C/ GALIO 67	288,49
2	02.08.07.002	CINTILOGRAFIA DE PULMAO P/ PESQUISA DE ASPIRACAO	170,51
2	02.08.07.003	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR INALACAO (MINIMO 2 PROJECCOES)	126,51
2	02.08.07.004	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECCOES)	161,52
2	02.08.08.001	CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA OSSEA)	137,51
2	02.08.08.002	DEMONSTRACAO DE SEQUESTRO DE HEMACIAS PELO BACO (C/ RADIOISOTOPOS)	81,30
2	02.08.08.003	DETERMINACAO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS (C/ RADIOSOTOPOS)	73,21
2	02.08.08.004	LINFOCINTILOGRAFIA	170,51
2	02.08.09.001	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS	407,90
2	02.08.09.002	CINTILOGRAFIA DE GLANDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)	70,58
2	02.08.09.003	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	311,77
2	02.09.01.001	COLANGIOPANCREATOGRAMA RETROGRADA (VIA ENDOSCOPICA)	59,36
2	02.09.01.002	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	176,00
2	02.09.01.003	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	60,00
2	02.09.01.005	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	46,20
2	02.09.02.001	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA	150,00
2	02.09.04.001	BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA)	70,00
2	02.09.04.002	LARINGOSCOPIA	50,00
2	02.10.01.002	ANGIOGRAFIA DE ARCO AORTICO	137,01
2	02.10.01.004	AORTOGRAFIA ABDOMINAL	189,73
2	02.10.01.007	ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO (UNILATERAL)	179,46
2	02.10.01.008	ARTERIOGRAFIA DIGITAL (POR VIA VENOSA)	200,01
2	02.10.01.009	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE DOENCA ARTERIOSCLEROTICA AORTO-ILIACA E DISTAL	504,33
2	02.10.01.010	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE HEMORRAGIA CEREBRAL	504,43
2	02.10.01.011	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE ISQUEMIA CEREBRAL	504,43
2	02.10.01.013	ARTERIOGRAFIA SELETIVA DE CAROTIDA	190,31
2	02.10.01.014	ARTERIOGRAFIA SELETIVA POR CATETER (POR VASO)	201,51
2	02.10.01.015	ARTERIOGRAFIA SELETIVA VERTEBRAL	201,01
2	02.10.01.017	FLEBOGRAFIA DE MEMBRO	145,94
2	02.10.02.001	COLANGIOGRAFIA TRANSCUTANEA	53,65
2	02.11.02.001	CATETERISMO CARDIACO	800,00
2	02.11.02.003	ELETROCARDIOGRAMA	10,50
2	02.11.02.004	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	60,00
2	02.11.02.005	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL	60,00
2	02.11.02.006	TESTE DE ESFORCO / TESTE ERGOMETRICO	63,00

2	02.11.04.002	COLPOSCOPIA	20,00
2	02.11.04.003	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO DO CONTEUDO CERVICO-VAGINAL	2,80
2	02.11.05.002	ELETRONECEFALOGRAFIA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO-ESTIMULO	25,00
2	02.11.05.003	ELETRONECEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG)	39,60
2	02.11.05.008	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) DE DOIS MEMBROS (INFERIORES OU SUPERIORES)	200,00
2	02.11.06.001	BIOMETRIA ULTRASSONICA	24,24
2	02.11.06.003	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	40,00
2	02.11.06.010	FUNDOSCOPIA	3,75
2	02.11.06.012	MAPEAMENTO DE RETINA	25,00
2	02.11.06.014	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA	24,24
2	02.11.06.015	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	49,83
2	02.11.06.017	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	49,36
2	02.11.06.018	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	80,00
2	02.11.06.025	TONOMETRIA	5,00
2	02.11.06.026	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CORNEA	50,00
2	02.11.07.002	AUDIOMETRIA DE REFORÇO VISUAL (VIA AEREA / OSSEA)	21,00
2	02.11.07.003	AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	20,13
2	02.11.07.004	AUDIOMETRIA TONAL LIMAR (VIA AEREA / OSSEA)	21,00
2	02.11.07.009	AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DE DEFICIENCIA AUDITIVA	24,75
2	02.11.07.010	AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE DEFICIENCIA AUDITIVA	46,56
2	02.11.07.015	ESTUDO DE EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANSITORIAS E PRODUTOS DE DISTORCAO (EOA)	46,88
2	02.11.07.020	IMITANCIOMETRIA	23,00
2	02.11.07.021	LOGOAUDIOMETRIA (LDV-IRF-LRF)	26,50
2	02.11.07.024	PESQUISA DE GANHO DE INSERCAO	12,00
2	02.11.07.026	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA MEDIA E LONGA LATENCIA	46,88
2	02.11.07.027	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO P/ TRIAGEM AUDITIVA	13,51
2	02.11.07.029	REAVALIACAO DIAGNOSTICA DE DEFICIENCIA AUDITIVA EM PACIENTE MAIOR DE 3 ANOS	22,55
2	02.11.07.030	REAVALIACAO DIAGNOSTICA DE DEFICIENCIA AUDITIVA EM PACIENTE MENOR DE 3 ANOS	44,36
2	02.11.07.031	SELECAO E VERIFICACAO DE BENEFICIO DO AASI	8,75
2	02.11.08.002	GASOMETRIA	9,80
2	02.11.08.005	PROVA DE FUNCAO PULMONAR SIMPLES OU COMPLETA C/ BRONCODILATADOR (ESPIROMETRIA)	50,00
2	02.11.09.001	AVALIACAO URODINAMICA COMPLETA/ESTUDO URODINAMICO	150,00
2	02.13.01.006	EXAME PARASITOLÓGICO DIRETO P/ LEISHMANIA CHAGAS1 (LEISHMANIOSE VISCERAL CANINA)	7,50
2	02.13.01.008	FAGOTIPAGEM P/ IDENTIFICACAO DA SALMONELA TYPHI (FEBRE TIFOIDE)	6,10
2	02.13.01.057	TESTE DE ELISA IGG P/ IDENTIFICACAO DO TOXOPLASMA GONDII (TOXOPLASMOSE)	9,25
2	03.01.01.007	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	20,00
7	03.01.01.007	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA (Psiquiatria-Plantão)	45,00
2	03.01.07.001	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE C/ IMPLANTE COCLEAR	58,62
2	03.01.07.003	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE P/ ADAPTACAO DE APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) UNI/BILATERAL	21,68
2	03.01.07.011	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL	10,90
2	03.02.05.001	ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM PACIENTES NO PRE E POS-OPERATORIO NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELETICAS	5,50

2	03.02.05.002	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO NAS ALTERACOES MOTORAS	5,50
2	03.03.07.001	DILATAÇÃO DE ESOFAGO C/ OGIVAS SOB VISÃO ENDOSCÓPICA (POR SESSÃO)	72,60
2	03.03.07.004	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESOFAGO	72,60
2	03.03.12.005	TRATAMENTO DE DOR OSSEA C/ SAMARIO (POR PACIENTE)	579,90
2	03.03.12.006	TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO (PLUMMER - ATE 30 MCI)	420,83
2	03.03.12.007	TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO GRAVE	261,24
2	03.09.03.004	CRIOCAUTERIZAÇÃO / ELETROCOAGULAÇÃO DE COLO DE UTERO	40,00
2	04.04.01.027	REMOÇÃO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNI / BILATERAL	5,63
2	04.04.01.030	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CAVIDADE AUDITIVA E NASAL	18,00
2	04.04.01.031	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO / FARINGE / LARINGE / NARIZ	26,42
2	04.04.01.034	TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR	40,00
2	04.04.02.008	EXCISÃO DE RANULA OU FENOMENO DE RETENÇÃO SALIVAR	21,64
2	04.05.03.004	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER - (MAXIMO 4 APLICACOES POR OLHO)	100,00
2	04.05.05.002	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	45,00
2	04.05.05.012	FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER	100,00
2	04.07.01.025	RETIRADA DE POLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA	105,60
2	04.07.01.031	TRATAMENTO ESCLEROSANTE / LIGADURA ELASTICA DE LESAO HEMORRAGICA DO APARELHO DIGESTIVO	61,60
2	04.07.01.032	TRATAMENTO ESCLEROSANTE DE LESOES NAO HEMORRAGICAS DO APARELHO DIGESTIVO INCLUINDO LIGADURA ELASTICA	61,60
2	04.07.02.039	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO / POLIPOS DO RETO / COLO SIGMOIDE	100,00
2	05.01.07.003	TIPAGEM SANGUINEA ABO E OUTROS EXAMES HEMATOLOGICOS EM POSSIVEL DOADOR DE ORGAOS	15,00
2	07.01.03.015	MOLDE AURICULAR (REPOSICAO)	8,75
2	07.01.04.005	OCULOS C/ LENTES CORRETIVAS IGUAIS / MAIORES QUE 0,5 DIOPTRIAS (TABELA SUS)	28,00
6	90.01.01.001	ATENDIMENTO MEDICO ESPECIALIZADO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	45,90
6	90.01.01.002	ATENDIMENTO MEDICO ESPECIALIZADO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (INTEGRAL)	59,15
2	90.02.01.001	CONSULTA EM PSICOLOGIA	9,75
2	90.02.02.001	CONSULTA EM FONOAUDILOGIA	9,75
2	90.02.02.002	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR INFANTIL CONDICIONADA -PEEP SHOW(AC)	9,00
2	90.02.02.003	TESTE DE PROTESE AUDITIVA PARA SELEÇÃO OU VERIFICAÇÃO DO GAN	3,51
2	90.02.02.004	TESTE DE VERIFICAÇÃO DO GANHO DE INSERÇÃO DA PROTESE AUDITIVA	3,51
2	90.02.03.001	BOTA DE UNNA	45,00
2	90.02.04.001	YAG LASER	100,00
2	90.02.05.001	ECOTERAPIA	16,00
2	90.04.01.001	CAUTERIZAÇÃO NASAL (EPISTAXE) - UNILATERAL	20,00
2	90.04.01.002	CAUTERIZAÇÃO NASAL (EPISTAXE) - BILATERAL	40,00
2	90.04.01.003	CAUTERIZAÇÃO DE FARINGE - POR SESSÃO	15,00
2	90.04.01.004	LARINGOESTROSCOPIA	75,00
2	90.04.01.005	NASOFIBROSCOPIA	50,00
2	90.04.02.001	BIOPSIA-GINECOLOGIA	30,00
2	90.04.04.001	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA - AO	80,00
2	90.04.04.002	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA-MONOCULAR	40,00
2	90.04.05.001	MAPEAMENTO DE RETINA - AO	50,00
2	90.04.05.002	MAPEAMENTO DE RETINA - MONOCULAR	25,00
2	90.04.06.001	LITOTRIPSIA	800,00
2	90.05.01.001	CONTRASTE PARA EXAMES DE IMAGENS	35,00

2	90.05.01.002	CONTRASTE PARA EXAMES DE IMAGENS (PACIENTES ALÉRGICOS)	50,00
2	90.05.02.001	ANESTESIA E ACOMPANHAMENTO PARA REAL. EXAMES	200,00
2	90.06.01.001	ULTRA-SONOGRAFIA DE ÓRGÃO E EST. SUPERFICIAL (MAMAS BIL., TENDÕES, PÊNIS)	27,72
2	90.06.01.003	ULTRA-SONOGRAFIA MORFOLÓGICA (GEMELAR)	118,14
2	90.06.01.004	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA (GEMELAR)	36,30
2	90.06.02.002	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE CARÓTIDAS	120,82
2	90.06.02.003	ULTRA-SONOGRAFIA MORFOLÓGICA	78,76
2	90.06.02.004	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER TESTÍCULO	120,82
2	90.06.02.005	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER BOLSA ESCROTAL	120,82
2	90.06.02.006	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS RENAIIS	120,82
2	90.06.02.008	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO (GEMELAR)	179,32
2	90.06.02.009	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO (GEMELAR)	128,70
2	90.07.01.001	FATOR ANTINUCLEO	10,95
2	90.07.01.002	LIQUOR-ROTINA (CITOL.+QUIM.)	15,00
2	90.07.01.003	BACTERIOSCOPICO-LIQUOR	11,50
2	90.07.01.004	CULTURA LIQUOR	11,60
2	90.07.01.005	HLA B27-DETECCAO POR PCR	72,00
2	90.07.01.006	PSA TOTAL/LIVRE	29,00
2	90.07.01.007	UROCULTURA	15,00
2	90.07.01.008	ANTICOAGULANTE LUPICO	29,50
2	90.07.01.009	ANTICORPOS ANTIENDOMISIO	32,00
2	90.07.01.010	CA 125	21,80
2	90.07.01.011	CA 15-3	21,80
2	90.07.01.012	CA 19-9	21,80
2	90.07.01.013	CA 72-4	2,80
2	90.07.01.014	CAPACIDADE TOTAL LIGACAO DO FERRO	5,15
2	90.07.01.015	ESPERMATOZOIDES-NUMEROS E VOLUME	6,90
2	90.07.01.016	TRAB - ANTICORPO RECEPTOR DE TSH	31,00
2	90.07.01.017	CULTURA FEZES (COPROCULTURA)	7,20
2	90.07.01.018	PESQUISA DE ALBUMINA	3,75
2	90.07.01.019	BRUCELOSE ANTICORPOS IGG	16,20
2	90.07.01.020	BRUCELOSE ANTICORPOS IGM	16,20
2	90.07.01.021	CHAGAS ANTICORPOS IGG	14,80
2	90.07.01.022	CHAGAS ANTICORPOS IGM	11,00
2	90.07.01.023	PARASITOLOGICO	4,50
2	90.07.01.024	CATECOLAMINAS LIVRES	73,00
2	90.07.01.025	CATECOLAMINAS PLASMATICAS	21,80
2	90.07.01.027	CHLAMYDIA - ANTICORPOS IGA	14,80
2	90.07.01.029	D-DIMERO	108,00
2	90.07.01.032	FALCIZAÇÃO-TESTE	2,80
2	90.07.01.033	FATOR DU	5,50
2	90.07.01.034	VITAMINA A	76,00
2	90.07.01.035	VITAMINA C	76,00
2	90.07.01.036	VITAMINA D	141,00
2	90.07.01.037	VITAMINA E	76,00
2	90.07.01.038	VITAMINA B1	50,00
2	90.07.01.039	PROTEINA C	75,00
2	90.07.01.040	PROTEINA S	85,00

2	90.07.01.041	CALCIO URINARIO - 24H	2,80
2	90.07.01.042	GLICOSE URINARIA - 24H	2,80
2	90.07.01.043	POTASSIO URINARIO - 24H /	2,80
2	90.07.01.044	SODIO URINARIO - 24H /	2,80
2	90.07.01.045	CREATININA URINARIA - 24H /	3,30
2	90.07.01.046	UREIA URINARIA - 24H	3,30
2	90.07.01.047	ACIDO URICO URINARIO - 24H	3,40
2	90.07.01.048	FOSFORO URINARIO - 24H	3,40
2	90.07.01.049	MAGNESIO URINARIO - 24H	3,60
2	90.07.01.050	CRYPTOCOCCUS - PESQUISA	14,90
2	90.07.01.051	CURVA GLICEMICA 4 DOSAGENS	21,20
2	90.07.01.052	CURVA GLICEMICA 6 DOSAGENS	31,80
2	90.07.01.053	CURVA GLICEMICA-INSULINICA 4 DOSAGENS	65,70
2	90.07.01.054	CURVA GLICEMICA-INSULINICA 5 DOSAGENS	82,00
2	90.07.01.055	CURVA GLICEMICA-INSULINICA 6 DOSAGENS	98,50
2	90.07.01.056	GLOBULINA LIGADORA DE TIROXINA	115,00
2	90.07.01.057	HEMOGLOBINA A2	21,80
2	90.07.01.058	TESTE DE GRAVIDEZ-TIG	4,00
2	90.07.01.059	BRCA 1 E 2-DETENCAO DE MUTAÇÃO NOS GENES	595,00
2	90.07.01.060	ANTI-CITOPLASMA DE NEUTROFILOS	49,00
2	90.07.01.061	CULTURA ESPERMA	11,60
2	90.07.01.062	HEMATOZOARIOS-PESQUISA	4,90
2	90.07.01.063	IGFBP-3 PROTEINAS LIGADORAS IGF-I TIPO 3	47,00
2	90.07.01.064	HOMOCISTEINA	59,80
2	90.07.01.065	BACTERIOSCOPICO-ESCARRO	11,50
2	90.07.01.066	HCG-GANADOTROFINA CORIONICA-QUANTITATIVO	21,80
2	90.07.01.067	TOXOPLASMOSE AVIDEZ-ANTICORPOS IGG	23,00
2	90.07.01.068	CULTURA SECRECAO VAGINAL	11,60
2	90.07.01.069	CULTURA SECRECAO URETRAL	11,60
2	90.07.01.070	BACTERIOSCOPICO-SECRECAO URETRAL	4,20
2	90.07.01.071	CORTISOL URINARIO	14,90
2	90.07.01.072	ANTI JO1	14,90
2	90.07.01.073	CULTURA ESCARRO	11,60
2	90.07.01.074	LIPIDIOS TOTAIS	2,80
2	90.07.01.075	ADENOSINA DEAMINASE-ADA	11,50
2	90.07.01.076	PROTEINA C REATIVA ULTRA SENSÍVEL	14,80
2	90.07.01.077	T3 TRIIODOTIRONINA LIVRE	5,15
2	90.07.01.078	MACONHA-CANABINOIDES-TCH	23,00
2	90.07.01.079	FERRO SERICO TIBC	4,90
2	90.07.01.080	ANTI-LKM 1	18,50
2	90.07.01.081	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS-ANTIC.IGG	14,80
2	90.07.01.082	HERPES 2 ANTICORPOS (IGG,IGM)	14,80
2	90.07.01.083	COLORO	3,30
2	90.07.01.084	SUBCLASSES DE IGG HUMANA(CADA)	92,00
2	90.07.01.085	HEPATITE B-QUANTIFICACAO POR PCR	350,00
2	90.07.01.086	METANEFRIAS-URINARIAS	29,80
2	90.07.01.087	BLASTOMICOSE-ANTICORPOS(SOROLOGIA)	50,00
2	90.07.01.088	INTERLEUCINA-1B	55,00
2	90.07.01.089	17 CETOESTEROIDES	11,00
2	90.07.01.090	17 OH CORTICOSTEROIDES	11,00

2	90.07.01.091	FATOR DE RISCO DE ENFARTO(ACE)	286,00
2	90.07.01.092	PAPILOMAVIRUS HUMANO-DETECCAO/TIPO P/PCR	168,00
2	90.07.01.093	CITOMEGALOVIRUS ANTICORPOS DETECCAO POR PCR	135,00
2	90.07.01.094	CISTICERCOSE-ANTICORPOS IGG NO LCR	11,90
2	90.07.01.095	ANTICORPOS ANTI-CENTROMERO	15,90
2	90.07.01.096	PARATORMONIO-MOLECULA INTACTA	21,80
2	90.07.01.097	APOLIPOPROTEINA B-POLIMORFISMO	529,00
2	90.07.01.098	FENILALANINA PKU	14,70
2	90.07.01.099	FENOBARBITAL	14,70
2	90.07.01.100	FENOMENO LE	5,20
2	90.07.01.101	PROTEIN BOUND IODINE	5,20
2	90.07.01.102	ERITROPOIETINA	45,00
2	90.07.01.103	PROVA DE LIB GH C/ INSULINA HG BASAL E PàS-IN	125,00
2	90.07.01.104	ACANTHAMOEBA-PESQUISA	7,50
2	90.07.01.105	ACANTOCITOS-PESQUISA	4,00
2	90.07.01.106	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO DESIDRATASE	21,00
2	90.07.01.107	ACIDO HOMOGENTISICO-PESQUISA	7,00
2	90.07.01.108	ALDOSTERONA URINARIA 24H	13,50
2	90.07.01.109	ANTI-LA	10,80
2	90.07.01.110	ANTI-RNA	15,30
2	90.07.01.111	ANTI-SM/RNP	11,80
2	90.07.01.112	ANTI-TIREOIDE	26,20
2	90.07.01.113	ANTICORPOS ANTIFOSFOLIPIDES IGG E IGM	29,00
2	90.07.01.114	ANTIOXIDANTES TOTAIS	73,00
2	90.07.01.115	APOLIPOPROTEINA A-1	14,50
2	90.07.01.116	APOLIPOPROTEINA B-1	14,50
2	90.07.01.117	APOLIPOPROTEINA E-POLIMORFISMO	242,00
2	90.07.01.118	ARSENICO	37,00
2	90.07.01.119	BICARBONATO	3,60
2	90.07.01.120	BIOTINIDASE	14,90
2	90.07.01.121	BLASTOMICOSE-PESQUISA	14,00
2	90.07.01.122	BTA-ANTIGENO DE TUMOR DE BEXIGA	67,00
2	90.07.01.123	CETONURIA	5,30
2	90.07.01.124	CHLAMYDIA DETECCAO POR PCR	41,00
2	90.07.01.125	CHUMBO URINARIO	25,00
2	90.07.01.126	CISTINA-PESQUISA	2,80
2	90.07.01.127	CITOLOGIA-ESCARRO	14,90
2	90.07.01.128	CITOLOGIA-RASPADO CONJUNTIVAL	21,80
2	90.07.01.129	CORO URINARIO	3,30
2	90.07.01.130	COBRE URINARIO	35,00
2	90.07.01.131	COCCIDIOS-PESQUISA	14,90
2	90.07.01.132	COMPLEMENTO C1Q	68,00
2	90.07.01.133	CONTROLE DE QUALIDADE DE ESTER TESTE	10,50
2	90.07.01.134	CORPUSCULOS DE DONOVAN-PESQUISA	14,90
2	90.07.01.135	CROMATINA SEXUAL	28,90
2	90.07.01.136	CROMO URINARIO	32,00
2	90.07.01.137	CRYPTOSPORIDIUM-PESQUISA	14,70
2	90.07.01.138	CURVA GH C/INSULINA 5 DOSAGENS (BASAL+DOS.)	125,00
2	90.07.01.139	DEOXIPIRIDINOLINA	66,00
2	90.07.01.140	EPSTEIN BAAR-DETECCAO POR PCR	136,00

2	90.07.01.141	ESTRIOL URINARIO-24H	12,30
2	90.07.01.142	ETANOL	14,70
2	90.07.01.143	ETANOL URINARIO	14,70
2	90.07.01.144	EXOANTIGENO-PESQUISA	44,00
2	90.07.01.145	FATOR V DE LEIDEM-DETECCAO DE MUTACOES	260,00
2	90.07.01.146	FENOL URINARIO	21,80
2	90.07.01.147	FLUORETO	49,90
2	90.07.01.148	FOSFOLIPIDEOS	3,40
2	90.07.01.149	FRAGILIDADE OSMOTICA	5,00
2	90.07.01.150	FRUTOSAMINA	6,30
2	90.07.01.151	FRUTOSE E ACIDO CITRICO	7,30
2	90.07.01.152	GIARDINA-PESQUISA	11,80
2	90.07.01.153	HEMACIAS DISMORFICAS-PESQUISA	4,20
2	90.07.01.154	HEMOCULTURAS-ANAEROBIOS	21,80
2	90.07.01.155	HEPATITE B-DETECCAO POR PCR	138,00
2	90.07.01.156	HEPATITE C-QUANTIFICACAO POR PCR	360,00
2	90.07.01.157	HEPATITE D	76,00
2	90.07.01.158	HEPATITE E	75,00
2	90.07.01.159	HERPES SIMPLIS - DETECCAO POR PCR (1 OU 2)	138,00
2	90.07.01.160	HIDATIDOSE-SOROLOGIA	220,00
2	90.07.01.161	HIV-DETECCAO POR PCR-QUALITATIVO	352,00
2	90.07.01.162	HIV-WESTERN BLOT	139,00
2	90.07.01.163	HTLV I/II-WESTERN BLOT	215,00
2	90.07.01.164	HTLV I/II-ANTICORPOS	14,80
2	90.07.01.165	IMUNOGLOBINA IGA-SECRETORA	37,20
2	90.07.01.166	INTERLEUCINA-8	55,00
2	90.07.01.167	ISOAGLUTININAS	7,30
2	90.07.01.168	LIPOPROTEINAS(A)-LPA	29,80
2	90.07.01.169	LISTERIOSE-SOROLOGIA	11,80
2	90.07.01.170	MACROPROLACTINA	11,30
2	90.07.01.171	MALONILALDEIDO	26,80
2	90.07.01.172	MANGANES	34,00
2	90.07.01.173	MATURIDADE FETAL-TESTE	18,10
2	90.07.01.174	METANOL-URINARIO	21,80
2	90.07.01.175	MIOGLOBINA-SORO	14,80
2	90.07.01.176	MIOGLOBINA-URINARIA	7,30
2	90.07.01.177	NEISSERIA GONORRHEAH-DETECCAO POR PCR	42,00
2	90.07.01.178	OXCARBAZEPINA	76,00
2	90.07.01.179	PARVOVIRUS B19-DETECCAO POR PCR	135,00
2	90.07.01.180	PIGMENTOS BILIARES-PESQUISA	2,05
2	90.07.01.181	PIRIDINOLINA	60,00
2	90.07.01.182	PORFOBILINOGENIO-PESQUISA	5,10
2	90.07.01.183	PROTEINA BENCE JONES-PESQUISA	2,80
2	90.07.01.184	PROTOPORFIRINA LIVRE ERITROCITARIA	17,50
2	90.07.01.185	PROVA DE ACIDIFICACAO URINARIA	4,30
2	90.07.01.186	RISCO FETAL-AVALIACAO	125,00
2	90.07.01.187	SEROTONINA	28,70
2	90.07.01.188	SUPEROXIDO DESMUTASE	59,00
2	90.07.01.189	T4-TIROXINA NEONATAL	10,80
2	90.07.01.190	TESTE DE PATERNIDADE	790,00
2	90.07.01.191	TESTE DO PEZINHO-PERFIL 1	21,80

2	90.07.01.192	TESTE DO PEZINHO-PERFIL 2	52,00
2	90.07.01.193	TESTE DO PEZINHO-PERFIL 3	76,00
2	90.07.01.194	TOXOCARIASE-ANTICORPOS	36,00
2	90.07.01.195	TOXOPLASMOSE GONDII-DETECCAO POR PCR	138,00
2	90.07.01.196	TOXOPLASMOSE-ANTICORPOS IGA(ELISA)	29,00
2	90.07.01.197	TOXOPLASMOSE ANTICORPOS IGM(CAPTURA)	12,22
2	90.07.01.198	TREPONEMA PALLIDUM-ANTICORPOS IGM	21,80
2	90.07.01.199	TRIAGEM TOXICOLOGICA	240,00
2	90.07.01.200	TRICLOROCOMPOSTO TOTAIS	14,80
2	90.07.01.201	TROPONINA CARDIACA I	20,37
2	90.07.01.202	TSH NEONATAL	6,15
2	90.07.01.203	UROBILINOGENIO-PESQUISA	4,90
2	90.07.01.204	UROPORFIRINA-PESQUISA	7,30
2	90.07.01.205	VARICELA ZOSTER-DETECCAO POR PCR	138,00
2	90.07.01.206	WASSERMAN-REACAO	2,80
2	90.07.01.207	WUCHERERIA BANCROFTI-PESQUISA	29,00
2	90.07.01.208	ZINCO URINARIO	26,60
2	90.07.01.209	ANTITROMBINA	28,00
2	90.08.01.001	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX-INTERNADOS	45,00
2	90.08.01.002	TOMOGRAFIA COMPUT. DE SEGM. APENDICULARES (BRACO, PERNA)-INTERNADOS	45,00
2	90.08.01.003	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO-INTERNADOS	45,00
2	90.08.01.004	TOMOGRAFIA COMPUT. DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR-INTERNADOS	45,00
2	90.08.01.005	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE OU BACIA-INTERNADOS	45,00
2	90.08.01.006	TOMOGRAFIA COMPUT. FACE/SEIOS DA FACE/ART.TEMPORO MADIBULAR-INTERNADOS	45,00
2	90.08.01.007	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO-INTERNADOS	45,00
2	90.08.01.008	TOMOGRAFIA COMPUT. DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE-INTERNADOS	45,00
2	90.08.01.009	TOMOGRAFIA COMPUT. DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE-INTERNADOS	45,00
2	90.08.01.010	TOMOGRAFIA COMPUT. DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE-INTERNADOS	45,00
2	90.08.01.011	TOMOGRAFIA COMPUT. DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR-INTERNADOS	45,00
2	90.08.01.012	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR-INTERNADOS	45,00
2	90.09.01.001	RX SEIOS DA FACE: F.N.	14,34
ATENDIMENTOS CRE			
4	02.05.02.003	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VESICULA, VIAS BILIARES)	18,00
4	02.05.02.004	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	18,00
4	02.05.02.005	ULTRA-SONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	18,00
4	02.05.02.007	ULTRA-SONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	18,00
4	02.05.02.009	ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	18,00
4	02.05.02.010	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	18,00
4	02.05.02.012	ULTRA-SONOGRAFIA DE TIREOIDE	18,00
4	02.05.02.014	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA	18,00
4	02.05.02.016	ULTRA-SONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	18,00
4	02.05.02.018	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL	18,00
4	02.11.02.003	ELETROCARDIOGRAMA - LAUDO	6,50

4	90.07.04.001	ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO-ESTIMULO - LAUDO - ADULTO	13,00
4	90.07.04.002	ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO-ESTIMULO - LAUDO - INFANTIL	15,00
10	90.10.01.001	0,00 ATÉ + 2,00 ESFÉRICO	32,00
10	90.10.01.002	+ 2,25 ATÉ +4 ESFÉRICO	34,00
10	90.10.01.003	+ 4,25 ATÉ + 6 ESFÉRICO	40,00
10	90.10.01.004	0,00 ATÉ +2 ESFÉRICO / CILINDRICO -2,00	40,00
10	90.10.01.005	+ 2,25 ATÉ +4,00 ESFÉRICO/ CILINDRICO-2,00	42,00
10	90.10.01.006	+ 4,25 ATÉ +6,00 ESFÉRICO/ CILINDRICO-2,00	44,00
10	90.10.01.007	+ 6,25 ATÉ +8,00 ESFÉRICO/ CILINDRICO-2,00	46,00
10	90.10.01.008	-2,00 ATÉ +2,00 ESFÉRICO/ CILINDRICO -3,00	45,00
10	90.10.01.009	-4,00 ATÉ +4,00 ESFÉRICO/ CILINDRICO -3,00	55,00
10	90.10.01.010	-5,00 ATÉ +5,00 ESFÉRICO/ CILINDRICO -5,00	60,00
10	90.10.01.011	BIFOCAL ULTEX <u>COM ARMAÇÃO</u>	45,00
10	90.10.01.012	PROGRESSIVAS / MULTIFOCAIS <u>COM ARMAÇÃO</u>	55,00
10	07.01.04.006	PROTESE OCULAR	238,00
10	07.01.04.002	LENTE ESCLERAL PINTADA	275,00
		CIRURGIAS ELETIVAS CONFORME TABELA SUS	

ANEXO IV

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, QUE ENTRE SI FAZEM O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE COSTA OESTE DO PARANÁ - CISCOPAR, E A EMPRESA CREDENCIADA....., PARA EXECUÇÃO DE SERVIÇOS TÉCNICO-PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS.

O **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE COSTA OESTE DO PARANÁ - CISCOPAR**, neste ato representado pelo Senhor Presidente Luiz Ernesto de Giacometti, doravante denominado **CONTRATANTE**, e o de outro lado a empresa credenciada.....(qualificação completa)....., neste ato representada pelo seu sócio administrador Sr(a). (nome, endereço, número e órgão expedidor da Carteira de Identidade, número da Carteira CRM, inscrição no CPF nº ...), doravante denominado **CONTRATADO**, tendo em vista o que dispõe a Constituição Federal, em especial os seus artigos 196 e seguintes; as Leis nºs. 8.080/90 e 8.142/90; as normas gerais da lei federal de licitações e contratos administrativos e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, e a Portaria/GM/MS 1.286/93; e, ainda, o objeto constante do Edital de Chamamento Público nº 001/2011, de 00 de abril de 2011, RESOLVEM celebrar o presente contrato de prestação de serviços mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente contrato tem por objeto a execução de serviços técnico-profissionais a serem prestados pelo CONTRATADO, através de seu corpo de sócios ou de funcionários, dentro dos limites quantitativos a seguir fixados:

- I –
- II –
- III –
- IV –
- etc.

§ 1º - Os serviços ora contratados serão ofertados com base nas indicações técnicas do planejamento da saúde mediante compatibilização das necessidades da demanda e a disponibilidade de recursos financeiros.

§ 2º - Os serviços serão prestados pelo CONTRATADO, nos termos desta cláusula, a pacientes que lhe sejam encaminhados pelos órgãos do CONTRATANTE/SUS, dentro do horário previamente estabelecido.

§ 3º - Mediante termo aditivo, e de acordo com a capacidade operacional do CONTRATADO e as necessidades do CONTRATANTE, os contraentes poderão fazer acréscimos nos valores limites deste contrato, durante o período de sua vigência, incluídas as prorrogações, mediante justificativa aprovada pelo CISCOPAR.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

Os serviços referidos na Cláusula Primeira serão executados pelo CONTRATADO, no seu consultório, situado na rua nº na cidade de do Estado de registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, sob o número, ou na sede do CISCOPAR ou nos hospitais contratados.

Parágrafo único. A eventual mudança de endereço do consultório ou a mudança do Médico Responsável para cada especialidade do CONTRATADO, será por este imediatamente comunicada ao CONTRATANTE, que analisará a conveniência de manter os serviços ora contratados, podendo o CONTRATANTE rever as condições do contrato e, até mesmo rescindi-lo, se entender conveniente.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA RELAÇÃO JURÍDICA DO CONTRATADO

A prestação dos serviços ora contratados não implica vínculo empregatício nem exclusividade de colaboração entre o CONTRATANTE e o CONTRATADO.

§ 1º - Sem prejuízo do acompanhamento e da fiscalização exercida pelo CONTRATANTE, bem como da normatividade suplementar exercidos pelo GESTOR/SUS sobre a execução do objeto deste contrato, os contraentes reconhecem a prerrogativa de controle e a autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS, decorrente da Lei Orgânica da Saúde.

§ 2º - É de responsabilidade exclusiva e integral do CONTRATADO a utilização de pessoal para execução do objeto deste contrato, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o CONTRATANTE ou para o Ministério da Saúde.

§ 3º - O CONTRATADO fica exonerado da responsabilidade pelo não atendimento do paciente amparado pelo SUS, na hipótese de atraso superior a 90 (noventa) dias no pagamento devido pelo CONTRATANTE, ressalvadas as situações de calamidade pública ou grave ameaça da ordem interna ou as situações de urgência e emergência.

CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO

O CONTRATADO se obriga a:

- I – manter sempre atualizado o prontuário dos pacientes e o arquivo médico;
- II – não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;
- III – atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação de serviços;
- IV – afixar aviso, em local visível, de sua condição de prestador de serviços integrante do SUS, e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;
- V – justificar ao paciente ou a seu responsável, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto no contrato;
- VI – Manter seu consultório em perfeito estado de conservação, higiene e funcionamento;
- VII – fornecer ao paciente demonstrativo dos valores pagos pelo SUS, pelo seu atendimento, na forma do disposto na Portaria/GM/ MS n. 1.286/93;
- VIII – notificar o CONTRATANTE de eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança em sua diretoria, contrato ou estatuto, enviando ao CONTRATANTE, no prazo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data do registro da alteração, cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas;
- IX – apresentar a fatura em meio virtual e mediante a utilização do software disponibilizado pelo CISCOPAR;
- X – quando por qualquer motivo, os serviços agendados precisarão ser cancelados, os mesmos deverão ser feitos até o dia 18 (dezoito) de cada mês para o agendamento do mês seguinte, o profissional deverá repor os atendimentos cancelados, em data e horários além do estabelecido no contrato;
- XI – devolver no prazo de 48 (quarenta e oito) horas todos os documentos retirados ou lhe enviados pelo CONTRATANTE, sob pena de bloqueio de pagamento dos serviços prestados;
- XII – proceder, quando solicitado pelo CISCOPAR, ao cadastro do serviço junto à Secretaria Municipal de Saúde de Toledo, sob pena de suspensão do pagamento referentes aos serviços prestados.

§ 1º O CONTRATADO não poderá cobrar do paciente, ou seu acompanhante, qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados nos termos deste contrato.

§ 2º O CONTRATADO responsabilizar-se-á por qualquer cobrança indevida, feita ao paciente ou seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato.

CLÁUSULA QUINTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO CONTRATADO

O CONTRATADO é responsável pela indenização de dano causado ao paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a eles vinculados, decorrentes de ato ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência, praticadas por seus empregados, profissionais ou prepostos, ficando assegurado ao CONTRATADO o direito de regresso.

§ 1º - A fiscalização ou o acompanhamento da execução deste contrato pelos órgãos competentes do SUS não exclui nem reduz a responsabilidade do CONTRATADO, nos termos da legislação referente a licitações e contratos administrativos.

§ 2º - A responsabilidade de que trata esta Cláusula estende-se aos casos de danos causados por defeitos relativos à prestação dos serviços nos estritos termos do art. 14 da Lei 8.078, de 11.09.90 (Código de Defesa do Consumidor).

CLÁUSULA SEXTA – DO VALOR

O CONTRATANTE pagará mensalmente ao CONTRATADO, pelos serviços efetivamente prestados, a importância correspondente aos honorários profissionais, de acordo com a Tabela SUS ou alterações constantes da Tabela de Procedimentos Médicos aprovada pela Resolução nº 002/2011, publicada em data de 01 de março de 2011, alterada pela Resolução 007/2011, publicada em data de 07 de maio de 2011, no Diário Oficial do CONTRATANTE, bem como eventuais alterações posteriores.

Parágrafo Único. O limite financeiro mensal deste contrato é de R\$, totalizando o limite total de R\$.....

CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

As despesas dos serviços realizados por força deste Contrato, nos termos e limites do serviço efetivamente prestado pelo CONTRATADO correrão à conta de dotação consignada no orçamento do CONTRATANTE, alocados nas seguintes dotações orçamentárias:

01.000 – Consórcio Intermunicipal de Saúde - CISCOPAR

01.002 – Serviços de Saúde

1030211002.007 – Serviços de Atend. ao Município de Assis Chateaubriand

3.3.90.39.50–847–Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.000 3.3.90.39.50–849– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.496

1030211002.008 – Manutenção dos Serviços de Atend. ao Município de Diamante do Oeste

3.3.90.39.50–855 – Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.000

3.3.90.39.50–857 – Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. – Fonte 1.496

1030211002.009 – Manutenção dos Serviços de Atend. ao Município de Entre Rios do Oeste

3.3.90.39.50–863– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.000

3.3.90.39.50–865– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.496

1030211002.010– Manutenção dos Serviços de Atend. ao Município de Guáira

3.3.90.39.50–870– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.000

3.3.90.39.50–872– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.496

1030211002.011– Manutenção dos Serviços de Atend. ao Município de Marechal C. Rondon

3.3.90.39.50–878– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.000

3.3.90.39.50–880– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.496

1030211002.012– Manutenção dos Serviços de Atend. ao Município de Maripá

3.3.90.39.50–885– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. – Fonte 1.000

3.3.90.39.50–887– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. – Fonte 1.496

1030211002.013– Manutenção dos Serviços de Atend. ao Município de Mercedes

3.3.90.39.50–893– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.000

3.3.90.39.50–895– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.496

1030211002.014– Manutenção dos Serviços de Atend. ao Município de Nova Santa Rosa
3.3.90.39.50–901– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.000
3.3.90.39.50–903– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.496

1030211002.015– Manutenção dos Serviços de Atend. ao Município de Ouro Verde do Oeste
3.3.90.39.50–909– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.000
3.3.90.39.50–911– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.496

1030211002.016– Manutenção dos Serviços de Atend. ao Município de Palotina
3.3.90.39.50–916– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.000
3.3.90.39.50–918– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.496

1030211002.017– Manutenção dos Serviços de Atend. ao Município de Pato Bragado
3.3.90.39.50–924– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.000
3.3.90.39.50–926– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.496

1030211002.018– Manutenção dos Serviços de Atend. ao Município de Quatro Pontes
3.3.90.39.50–931– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.000
3.3.90.39.50–933– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.496

1030211002.019– Manutenção dos Serviços de Atend. ao Município de Santa Helena
3.3.90.39.50–939– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.000
3.3.90.39.50–941– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.496

1030211002.020– Manutenção dos Serviços de Atend. ao Município de São José das Palmeiras
3.3.90.39.50–946– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.000
3.3.90.39.50–948– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.496

1030211002.021– Manutenção dos Serviços de Atend. ao Município de São Pedro do Iguaçu
3.3.90.39.50–954– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.000
3.3.90.39.50–956– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.496

1030211002.022– Manutenção dos Serviços de Atend. ao Município de Terra Roxa
3.3.90.39.50–961– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.000
3.3.90.39.50–963– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.496

1030211002.023– Manutenção dos Serviços de Atend. ao Município de Toledo
3.3.90.39.50–968– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.000
3.3.90.39.50–970– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.496

1030211002.024– Manutenção dos Serviços de Atend. ao Município de Tupãssi
3.3.90.39.50–976– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.000
3.3.90.39.50–978– Serviço Médico-Hospital, Odont. e Laborat. - Fonte 1.496

§ 1º O CONTRATANTE, mediante verificação prévia dos serviços efetivamente prestados pelo CONTRATADO, é o responsável pelo pagamento de serviços contratados até o montante previsto na Tabela Própria de Valores dos Procedimentos Médicos.

§ 2º Nos exercícios financeiros futuros, as despesas correrão à conta das dotações próprias que forem aprovadas para os mesmos.

CLÁUSULA OITAVA – DA APRESENTAÇÃO DAS CONTAS E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

O valor estipulado neste contrato será pago da seguinte forma:

I – O CONTRATADO apresentará mensalmente ao CONTRATANTE até o dia 10 (dez) de cada mês a fatura correspondente ao mês anterior, juntamente com a respectiva nota fiscal, e os documentos referentes aos serviços efetivamente prestados. Após a validação dos documentos, realizado pelo CONTRATANTE, o CONTRATADO receberá, até o dia 30 (trinta) do mês seguinte, o valor integral da fatura.

II – O pagamento está condicionado a validade das Certidões Negativas de Débito do INSS, da Fazenda Federal, da Fazenda Estadual, da Fazenda Municipal da sede do CONTRATADO, e do Certificado de Regularidade do FGTS.

III – As contas rejeitadas pelo serviço de validação serão devolvidas ao CONTRATADO para as correções cabíveis, no prazo de 10 (dez) dias, e serão reapresentadas na próxima competência àquela em que ocorreu a devolução. O documento reapresentado será acompanhado do correspondente documento original devidamente inutilizado por meio de carimbo.

IV – Ocorrendo erro, falha ou falta de processamento das contas, por culpa do CONTRATANTE, este garantirá ao CONTRATADO o pagamento, no prazo avençado neste contrato, pelos valores do mês imediatamente anterior, acertando-se as diferenças que houver no pagamento seguinte, mas ficando o CONTRATANTE exonerado do pagamento de multas e sanções financeiras.

V – As contas rejeitadas quanto ao mérito serão objeto de análise pelos órgãos de avaliação e controle do SUS.

VI – O pagamento será realizado através de transferência eletrônica para a conta corrente de titularidade do contratado, no Banco do Brasil, agência....., conta corrente.....

CLÁUSULA NONA – DO REAJUSTE DO PREÇO

Os valores estipulados na Cláusula Sexta poderão ser reajustados conforme preços acordados pelo CRESEMS e aprovado pela Assembléia Geral do CISCOPAR, garantindo sempre o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, nos termos do artigo 26 da Lei nº 8.080/90, e das normas gerais da lei federal de licitações e contratos administrativos.

CLÁUSULA DÉCIMA – DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO

A execução do presente contrato será avaliada pelos órgãos competentes do CONTRATANTE, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste contrato, e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.

§ 1º - Sob critérios definidos em normatização complementar, poderá, em casos específicos, ser realizada auditoria especializada.

§ 2º - Anualmente, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data do término deste contrato, se for do interesse das partes a sua prorrogação, o CONTRATANTE vistoriará as instalações do CONTRATADO para verificar se persistem as mesmas condições básicas originais, comprovadas por ocasião da assinatura deste contrato.

§ 3º - Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa do CONTRATADO poderá ensejar a não prorrogação deste contrato ou a revisão das condições ora estipuladas.

§ 4º - A fiscalização exercida pelo CONTRATANTE sobre serviços ora contratados não eximirá o CONTRATADO da sua plena responsabilidade perante o CONTRATANTE ou para com os pacientes e terceiros, decorrente de culpa ou dolo na execução do contrato.

§ 5º - O CONTRATADO facilitará ao CONTRATANTE o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores do CONTRATANTE designados para tal fim.

§ 6º - Em qualquer hipótese é assegurado ao CONTRATADO amplo direito de defesa, nos termos das normas gerais da lei federal de licitações e contratos administrativos.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS PENALIDADES

Fica o CONTRATADO sujeito à multa prevista no artigo 87, da Lei 8.666/93, correspondente a 10% (dez por cento) do valor do contrato, por infração de qualquer cláusula ou condição deste contrato, sem prejuízo das demais penalidades previstas na legislação referente a licitações e contratos administrativos, assegurado o direito à defesa.

Parágrafo único. O valor da multa será descontado dos pagamentos devidos pelo CONTRATANTE ao CONTRATADO.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA RESCISÃO

Constituem motivo para rescisão do presente contrato o não cumprimento de qualquer de suas cláusulas e condições, bem como os motivos previstos na legislação referente a licitações e contratos administrativos, sem prejuízo das multas cominadas na Cláusula Décima Terceira.

§ 1º - O CONTRATADO reconhece desde já os direitos do CONTRATANTE em caso de rescisão administrativa prevista na legislação referente a licitações e contratos administrativos.

§ 2º - Em caso de rescisão contratual, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, será observado o prazo de 60 (sessenta) dias para ocorrer a rescisão. Se neste prazo o CONTRATADO negligenciar a prestação dos serviços ora contratados a multa cabível poderá ser duplicada.

§ 3º - O presente contrato rescinde todos os demais ajustes anteriormente celebrados entre o CONTRATANTE e o CONTRATADO, que tenham como objeto a prestação de serviços de assistência à saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DOS RECURSOS PROCESSUAIS

Dos atos de aplicação de penalidade prevista neste contrato, ou de sua rescisão, praticados pelo CONTRATANTE, cabe recurso no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato.

§ 1º - Da decisão do Secretário Executivo do CISCOPAR que rescindir o presente contrato cabe, inicialmente, pedido de reconsideração, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato.

§ 2º - Sobre o pedido de reconsideração formulado nos termos do § 1º, o Secretário Executivo deverá manifestar-se no prazo de 15 (quinze) dias e poderá, ao recebê-lo, atribuir-lhe eficácia suspensiva, desde que o faça motivadamente diante de razões de interesse público.

§ 3º - Negado o pedido de reconsideração pelo Secretário Executivo, o recurso subirá para decisão final e irrecurável do Presidente do CISCOPAR, que deverá manifestar-se no prazo de 15 (quinze) dias.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO

A duração do presente contrato será de 2 (dois) anos, a partir da data de assinatura, sendo adstrita à vigência do crédito orçamentário, podendo ser prorrogado mediante termo aditivo, nos termos do artigo 57, II da Lei nº 8.666/93 pelo prazo de até 60 (sessenta) meses.

§ 1º - A parte que não se interessar pela prorrogação contratual, deverá comunicar a sua intenção, por escrito, à outra parte, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

§ 2º - O Termo Aditivo de Prorrogação Contratual, de celebração obrigatória, será acompanhado do Termo de Vistoria, conforme o disposto no § 2º da Cláusula Décima, e farão parte integrante deste contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS ALTERAÇÕES

Qualquer das alterações do presente contrato será objeto de Termo Aditivo, na forma da legislação referente a licitações e contratos administrativos.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DA PUBLICAÇÃO

O presente contrato será publicado, por extrato, em Jornal de Circulação na Região, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de sua assinatura.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DO FORO

As partes elegem o Foro da Comarca de Toledo (PR), com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir questões oriundas do presente contrato que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem as partes justas e contratadas, firmam o presente contrato em 02 (duas) vias de igual teor e forma para um único efeito, na presença de 2 (duas) testemunhas, abaixo assinadas.

Toledo (PR), ____ de _____ de 20__.

CONTRATANTE

CONTRATADO

TESTEMUNHAS: 1) _____

CPF:

RG:

2) _____

CPF:

RG:



1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

2.7 - Nome Fantasia do Estabelecimento

9 - DADOS DO PROFISSIONAL

CADASTRAMENTO

SUS

NÃO SUS

9.1 - Dados de Identificação

9.1.1 - Nome do Profissional

9.1.3 - CPF

9.1.4 - Número CNS

9.1.5 - Sexo

 M F

9.1.6 - Nome da Mãe

9.1.7 - Nome do Pai

9.1.8 - Data do Nascimento do Profissional

9.1.9 - Município de Nascimento

9.1.10 - Código IBGE do Município

9.1.11 - UF

9.1.12 - Raça/Cor

9.1.13 - Certidão/Tipo

9.1.14 - Nome do Cartório

9.1.15 - Livro

9.1.16 - Fls

9.1.17 - Termo

9.1.18 - Data de Emissão

9.1.19 - N° Identidade

9.1.20 - UF

9.1.21 - Órgão Emissor

9.1.22 - Data de Emissão

9.1.23 - Nacionalidade

 Brasileiro
 Estrangeiro

9.1.24 - País de origem (nascimento)

9.1.25 - Data de Entrada

9.1.26 - Data de Naturalização

9.1.27 - N° da Portaria

9.1.28 - N° Título de Eleitor

9.1.29 - Zona

9.1.30 - Seção

9.1.31 - CTPS Número

9.1.32 - Série

9.1.33 - UF

9.1.34 - Data de Emissão

9.1.35 - Escolaridade

9.1.36 - Sit. Familiar/Conjugal

9.1.37 - Frequenta Escola?

 Sim Não

9.2 - Dados Residenciais

9.2.1 - Tipo Logradouro *

9.2.2 - Logradouro *

9.2.3 - Número *

9.2.4 - Complemento

9.2.5 - Bairro/Distrito *

9.2.6 - Município de Residência *

9.2.7 - Código IBGE do Município *

9.2.8 - UF *

9.2.9 - CEP *

9.2.10 - Telefone

9.3 - Dados Bancários

9.3.1 - Banco

9.3.2 - Agência

9.3.3 - Conta Corrente

Código

Nome

Código

Nome

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

DATA

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

DATA



1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

2.7 - Nome Fantasia do Estabelecimento

9.1.1 - Nome do Profissional *

9 - DADOS DO PROFISSIONAL - Continuação

9.4 - Vínculos

9.4.1 - Registro no Conselho de Classe

9.4.2 - Órgão Emissor

9.4.3 - Atendimento ao SUS

Cód.

Vinculação

Cód.

Tipo

Cód.

Sub-Tipo

9.4.5 - Classificação Brasileira de Ocupações - CBO

Código

Descrição

9.4.6 - Carga Horária

Ambulatorial

Hospitalar

Outros

9.4.1 - Registro no Conselho de Classe

9.4.2 - Órgão Emissor

9.4.3 - Atendimento ao SUS

Cód.

Vinculação

Cód.

Tipo

Cód.

Sub-Tipo

9.4.5 - Classificação Brasileira de Ocupações - CBO

Código

Descrição

9.4.6 - Carga Horária

Ambulatorial

Hospitalar

Outros

9.4.2 - Órgão Emissor

9.4.3 - Atendimento ao SUS

9.4.1 - Registro no Conselho de Classe

Cód.

Vinculação

Cód.

Tipo

Cód.

Sub-Tipo

9.4.5 - Classificação Brasileira de Ocupações - CBO

Código

Descrição

9.4.6 - Carga Horária

Ambulatorial

Hospitalar

Outros

* Preencher com o nome do profissional informado na ficha 07

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

DATA

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

DATA

Assinatura Carimbo do Gestor Estadual do SUS

DATA