



## EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2016 PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA  
ÁREA DE SAÚDE

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 Portaria nº 005/2016, de 01 de abril de 2016, 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 DE SAÚDE, 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, exames, procedimentos ambulatoriais especializados e cirurgias eletivas, devidamente previstos na Tabela CISCOPAR ou, sucessivamente, na Tabela SUS, a serem prestados nos consultórios particulares, clínicas, nos ambulatórios do CISCOPAR e Hospitais credenciados, conforme suas necessidades, abrangendo as áreas/especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina em atos normativos competentes, conforme segue:~~

~~**2.1. O presente Chamamento Público tem por objeto o Credenciamento de Pessoas Jurídicas da Área Médica, para a prestação de serviços de consultas, exames, procedimentos ambulatoriais especializados, devidamente previstos na Tabela CISCOPAR ou, sucessivamente, na Tabela SUS, a serem prestados nos consultórios particulares, clínicas, nos ambulatórios do CISCOPAR e Hospitais credenciados, conforme suas necessidades, abrangendo as áreas/especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina em atos normativos competentes, conforme segue:** (redação dada pela 1ª Alteração do Edital de Chamamento Público).~~

2.1 – O presente Chamamento Público tem por objeto o Credenciamento de Pessoas Jurídicas da Área Médica, para a prestação de serviços de consultas, exames, procedimentos ambulatoriais especializados e cirurgias eletivas, devidamente previstos na Tabela CISCOPAR ou, sucessivamente, na Tabela SUS, a serem prestados nos consultórios particulares, clínicas, nos ambulatórios do CISCOPAR e Hospitais credenciados, conforme as suas necessidades, abrangendo as áreas/especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina em atos normativos competentes, conforme segue: (redação dada pela 4ª Alteração do Edital de Chamamento Público)

1. Acupuntura
2. Alergia e Imunologia
3. Anestesiologia
4. Angiologia
5. Cancerologia
6. Cardiologia
7. Cirurgia Cardiovascular
8. Cirurgia da Mão
9. Cirurgia de Cabeça e Pescoço
10. Cirurgia do Aparelho Digestivo
11. Cirurgia Geral
12. Cirurgia Pediátrica
13. Cirurgia Plástica
14. Cirurgia Torácica
15. Cirurgia Vascular
16. Clínica Médica

17. Coloproctologia
18. Dermatologia
19. Endocrinologia e Metabologia
20. Endoscopia
21. Gastroenterologia
22. Genética Médica
23. Geriatria
24. Ginecologia e Obstetrícia
25. Hematologia e Hemoterapia
26. Homeopatia
27. Infectologia
28. Mastologia
29. Medicina de Família e Comunidade
30. Medicina do Trabalho
31. Medicina de Tráfego
32. Medicina Esportiva
33. Medicina Física e Reabilitação
34. Medicina Intensiva
35. Medicina Legal e Perícia Médica
36. Medicina Nuclear
37. Medicina Preventiva e Social
38. Nefrologia
39. Neurocirurgia
40. Neurologia
41. Nutrologia
42. Oftalmologia
43. Ortopedia e Traumatologia
44. Otorrinolaringologia
45. Patologia
46. Patologia Clínica/Medicina Laboratorial
47. Pediatria
48. Pneumologia
49. Psiquiatria
50. Radiologia e Diagnóstico por Imagem
51. Radioterapia
52. Reumatologia
53. Urologia
54. Demais especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina

2.2 – O presente Chamamento Público tem por objeto, também, o Credenciamento de Pessoas Jurídicas da área de análises clínicas, fonoaudiologia, psicologia, nutrição, fisioterapia e terapia ocupacional, bem como de outras áreas da saúde cuja profissão esteja devidamente regulamentada, devendo o profissional responsável comprovar o atendimento das qualificações que a lei estabelecer e o registro no conselho profissional respectivo (Conselho Federal de Biomedicina, Conselho Federal de Farmácia, Conselho Federal de Fonoaudiologia, Conselho Federal de Psicologia, Conselho Federal de Nutricionistas e Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e etc.), para a prestação de serviços de consultas, exames e procedimentos previstos na Tabela CISCOPAR, nos consultórios particulares, laboratórios, clínicas, nos ambulatórios do CISCOPAR e Hospitais credenciados.

2.3 – As pessoas jurídicas credenciadas deverão prestar os seus serviços por meio de profissionais qualificados, devidamente relacionados no contrato, os quais deverão manter vínculos com aquelas, com todos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais de sua responsabilidade, com observância do que estabelece o inciso III, do art. 9º, da Lei 8.666/93, considerando-se profissionais da Credenciada:

I – O membro do Corpo Clínico da Credenciada;

II – O que tenha vínculo de emprego com a Credenciada; e

III – O autônomo que, eventualmente ou permanentemente, presta serviço à Credenciada em suas dependências. (redação dada pela 5ª Alteração do Edital de Chamamento Público).

2.3.1 – Equipara-se ao subitem III, do item 2.3, deste edital, o profissional de saúde integrante de pessoa jurídica que exerça atividades na área de saúde, em caráter regular, nas instalações da Credenciada e que atue em nome desta última, mediante a comprovação do respectivo vínculo

**contratual.** (redação dada pela 5ª Alteração do Edital de Chamamento Público).

**2.3.2 – O CISCOPAR não efetuará pagamentos diretamente aos profissionais, sendo este de responsabilidde única e exclusiva da Credenciada.** (redação dada pela 5ª Alteração do Edital de Chamamento Público).

**2.4 – A empresa interessada deverá comprovar, na fase de credenciamento, o vínculo com todos os profissionais que executarão os serviços contratados, bem como deverá comprovar que eles cumprem os requisitos de qualificação técnica previstos no item 6, deste Edital.** (redação dada pela 5ª Alteração do Edital de Chamamento Público).

**2.5 – Independentemente da natureza do vínculo entre o profissional e a Credenciada, permanece a responsabilidade integral desta última pela perfeita execução contratual, cabendo-lhe realizar a supervisão e coordenação das atividades, bem como responder perante o CISCOPAR pelo rigoroso cumprimento das obrigações contratuais correspondentes ao objeto.** (redação dada pela 5ª Alteração do Edital de Chamamento Público).

### **3 – CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO**

3.1 – Poderão participar no credenciamento todos os profissionais nas especialidades indicadas nos itens 2.1 e 2.2, 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.

~~3.4 – Os profissionais concursados em municípios que integram o CISCOPAR, não poderão prestar serviços aos municípios aos quais é concursado através do CISCOPAR, no entanto poderão realizar o credenciamento para prestação de serviços pelo CISCOPAR aos municípios aos quais não é concursado.~~

**3.4 Os Profissionais concursados em municípios que integram o CISCOPAR não poderão**

prestar serviços aos pacientes dos municípios nos quais são concursados, salvo se não houver a possibilidade deles gerarem demanda para si próprio, sendo tal exceção analisada em cada caso pela Direção do Consórcio. (redação dada pela 3ª Alteração do Edital de Chamamento Público).

~~3.5 – Os profissionais médicos contratados não poderão atender nas dependências do CISCOPAR, devendo efetuar o atendimento em seus consultórios/clínicas, com exceção ao atendimento dos pacientes do programa Modelo de Atenção às Condições Crônicas – MACC.~~

**3.5 – Os profissionais da saúde contratados não poderão atender nas dependências do CISCOPAR, devendo efetuar o atendimento em seus consultórios/clínicas, com exceção ao atendimento dos pacientes do programa Modelo de Atenção às Condições Crônicas - MACC. (redação dada pela 2ª Alteração do Edital de Chamamento Público).**

**3.6 Fica permitido, temporariamente, o atendimento nas dependências do CISCOPAR, por profissionais médicos credenciados nas especialidades abaixo, para garantir a continuidade dos serviços prestados pelo Consórcio, até que se diminua a fila de espera ou, no mais tardar, até que sejam contratados os profissionais aprovados no concurso público realizado, de modo a evitar a interrupção dos serviços prestados: (incluído pela 2ª Alteração do Edital de Chamamento Público).**

- 1. Angiologia**
- 2. Cardiologia**
- 3. Cirurgia Geral**
- 4. Cirurgia Cardíaca**
- 5. Cirurgia Vascular**
- 6. Clínica Médica**
- 7. Dermatologia**
- 8. Endocrinologia**
- 9. Endoscopia**
- 10. Gastroenterologia**
- 11. Geriatria**
- 12. Ginecologia e Obstetrícia**
- 13. Hematologia**
- 14. Infectologia**
- 15. Nefrologia**
- 16. Neurologia**
- 17. Oftalmologia**
- 18. Ortopedista e Traumatologia**
- 19. Otorrinolaringologia**
- 20. Pneumologia**
- 21. Proctologia**
- 22. Psiquiatria**
- 23. Radiologia e Diagnóstico por Imagem**
- 24. Reumatologia**
- 25. Urologia**
- 26. Neurocirurgia**

#### **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](http://www.ciscopar.com.br).

4.2 – Serão considerados credenciados as 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 ao chamamento do credenciamento, poderão ter acesso aos modelos respectivos por meio do acesso ao sítio do CISCOPAR ([www.ciscopar.com.br](http://www.ciscopar.com.br)).

#### **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 DE SAÚDE Nº 001/2016

INTERESSADO:

ESPECIALIDADE:

ENDEREÇO:

TELEFONE PARA CONTATO:

E-MAIL:

## **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;\_  
Prova de inscrição dos profissionais vinculados ao CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, da empresa;
- 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) Certificado de Regularidade do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);
- j) Prova de Regularidade fiscal com a Fazenda Federal e Procuradoria da Fazenda Nacional;
- k) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT) ou positiva com efeito de negativa, emitida pela Justiça do Trabalho;
- l) Cópia da cédula de identidade dos sócios administradores;
- m) Cópia do CPF dos sócios administradores;
- n) Cópia da cédula de identidade dos profissionais responsáveis;
- o) Cópia do CPF dos profissionais responsáveis;
- p) Cópia do comprovante de inscrição no Conselho Regional do profissional responsável (carteira de identidade profissional);
- q) Cópia do Cartão Nacional SUS (CNS);
- r) Cópia do Diploma do Profissional Responsável;
- s) Cópia do documento que comprove a especialidade na área pretendida do Médico Responsável, o qual será submetido para análise de uma comissão que definirá sobre o credenciamento.
- t) Comprovante de experiência mínima de 01 (um) ano na especialidade pretendida para cadastramento;
- u) Comprovante de endereço residencial do Profissional Responsável.
- v) Dados bancários da empresa (Banco, Agencia, Conta Corrente);
- w) Declaração de Idoneidade (Anexo II);
- x) Declaração referente à vínculos com a 20ª Regional de Saúde e/ou municípios que compõem a 20ª Regional de Saúde (Anexo III - A e B)
- y) Cópia de contratos firmados com a 20ª Regional de Saúde e/ou municípios que compõem a 20ª Regional de Saúde e/ou espelho FPO – DATASUS;
- z) Termo de compromisso preenchimento do prontuário online do CISCOPAR. (AnexoVI)

~~6.2 – O profissional que possui residência médica reconhecida pelo CRM ou especialidade registrada no referido Conselho fica dispensado do cumprimento do item “r”.~~

**6.2 O profissional que possui residência médica reconhecida pelo CRM, ou especialidade registrada no referido Conselho, fica dispensado do cumprimento do item “t”. (redação dada pela 3ª Alteração do Edital de Chamamento Público).**

**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.**

## **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.~~

**7.1 - 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, devendo o CISCOPAR averiguar se não há impedimento atual, registrado na página eletrônica do TCE-PR, de o interessado participar de licitações. (redação dada pela 3ª Alteração do Edital de Chamamento Público).**

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

**7.3 – 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 027/2016, publicada em data de 16 de junho de 2016 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 quinto dia útil de cada mês, a fatura correspondente ao mês anterior e os documentos, guias e relatórios, devidamente assinados, referentes aos serviços efetivamente prestados. A nota fiscal será solicitada pelo CISCOPAR ao término do faturamento do mês correspondente. Após a validação dos documentos, realizada pelo CONTRATANTE, a CONTRATADA receberá, até o dia 30 (trinta) do mês seguinte, o valor integral da fatura.

12.2 – O pagamento está condicionado à entrega dos documentos mencionados no item acima, pela Contratada, à validação dos mesmos pelo Contratante, bem como à validade das Certidões Negativas de Débito da Fazenda Federal, do Tribunal Superior do Trabalho, 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:

### **01.01 – Serviços Administrativos**

#### **1030210002.0001 - Manutenção das Atividades Administrativas**

##### **3.3.90.39.00.00 – 85 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 112 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 0**

### **01.02 – Serviços de Saúde**

#### **1030210502.002 – Manutenção das Atividades do Centro de Especialidades Odontológicas**

##### **3.3.90.39.00.00 – 240 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 259 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 0**

##### **3.3.90.39.00.00 – 267 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 286 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 496**

#### **1030211002.003 – Manutenção das Atividades do Centro de Testagem e Aconselhamento**

##### **3.3.90.39.00.00 – 423 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 448 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 496**

#### **1030211002.007 – Serv. de Atendimento ao Município de Assis Chateaubriand**

##### **3.3.90.32.00.00 – 842 – Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita**

3.3.90.32.03.00 – 843 – Materiais de Saúde para Distribuição Gratuita  
**3.3.90.39.00.00 – 846 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**  
3.3.90.39.50.30 – 847 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade  
**Fonte: 0**

**3.3.90.39.00.00 – 849 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**  
3.3.90.39.50.30 – 850 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade  
**Fonte: 496**

**1030211002.008 – Serv. de Atendimento ao Município de Diamante do Oeste**

**3.3.90.32.00.00 – 851 – Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita**  
3.3.90.32.03.00 – 852 – Materiais de Saúde para Distribuição Gratuita  
**3.3.90.39.00.00 – 855 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**  
3.3.90.39.50.30 – 856 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade  
**Fonte: 0**

**3.3.90.39.00.00 – 858 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**  
3.3.90.39.50.30 – 859 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade  
**Fonte: 496**

**1030211002.009 – Serv. de Atendimento ao Município de Entre Rios do Oeste**

**3.3.90.32.00.00 – 860 – Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita**  
3.3.90.32.03.00 – 861 – Materiais de Saúde para Distribuição Gratuita  
**3.3.90.39.00.00 – 864 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**  
3.3.90.39.50.30 – 865 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade  
**Fonte: 0**

**3.3.90.39.00.00 – 867 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**  
3.3.90.39.50.30 – 868 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade  
**Fonte: 496**

**1030211002.010 – Serv. de Atendimento ao Município de Guaíra**

**3.3.90.32.00.00 – 869 – Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita**  
3.3.90.32.03.00 – 870 – Materiais de Saúde para Distribuição Gratuita  
**3.3.90.39.00.00 – 873 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**  
3.3.90.39.50.30 – 874 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade  
**Fonte: 0**

**3.3.90.39.00.00 – 876 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**  
3.3.90.39.50.30 – 877 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade  
**Fonte: 496**

**1030211002.011 – Serv. de Atendimento ao Município de Marechal Cândido Rondon**

**3.3.90.32.00.00 – 878 – Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita**  
3.3.90.32.03.00 – 879 – Materiais de Saúde para Distribuição Gratuita  
**3.3.90.39.00.00 – 882 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**  
3.3.90.39.50.30 – 883 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade  
**Fonte: 0**

**3.3.90.39.00.00 – 885 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**  
3.3.90.39.50.30 – 886 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade  
**Fonte: 496**

**1030211002.012 – Serv. de Atendimento ao Município de Maripá**

**3.3.90.32.00.00 – 887 – Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita**  
3.3.90.32.03.00 – 888 – Materiais de Saúde para Distribuição Gratuita  
**3.3.90.39.00.00 – 891 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**  
3.3.90.39.50.30 – 892 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade  
**Fonte: 0**

**3.3.90.39.00.00 – 894 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**  
3.3.90.39.50.30 – 895 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade  
**Fonte: 496**

**1030211002.013 – Serv. de Atendimento ao Município de Mercedes**

**3.3.90.32.00.00 – 896 – Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita**  
3.3.90.32.03.00 – 897 – Materiais de Saúde para Distribuição Gratuita  
**3.3.90.39.00.00 – 900 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**  
3.3.90.39.50.30 – 901 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 0**

**3.3.90.39.00.00 – 903 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 904 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 496**

**1030211002.014 – Serv. de Atendimento ao Município de Nova Santa Rosa**

**3.3.90.32.00.00 – 905 – Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita**

3.3.90.32.03.00 – 906 – Materiais de Saúde para Distribuição Gratuita

**3.3.90.39.00.00 – 909 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 910 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 0**

**3.3.90.39.00.00 – 912 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 913 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 496**

**1030211002.015 – Serv. de Atendimento ao Município de Ouro Verde do Oeste**

**3.3.90.32.00.00 – 914 – Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita**

3.3.90.32.03.00 – 915 – Materiais de Saúde para Distribuição Gratuita

**3.3.90.39.00.00 – 918 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 919 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 0**

**3.3.90.39.00.00 – 921 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 922 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 496**

**1030211002.016 – Serv. de Atendimento ao Município de Palotina**

**3.3.90.32.00.00 – 923 – Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita**

3.3.90.32.03.00 – 924 – Materiais de Saúde para Distribuição Gratuita

**3.3.90.39.00.00 – 927 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 928 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 0**

**3.3.90.39.00.00 – 930 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 931 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 496**

**1030211002.017 – Serv. de Atendimento ao Município de Pato Bragado**

**3.3.90.32.00.00 – 932 – Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita**

3.3.90.32.03.00 – 933 – Materiais de Saúde para Distribuição Gratuita

**3.3.90.39.00.00 – 936 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 937 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 0**

**3.3.90.39.00.00 – 939 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 940 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 496**

**1030211002.018 – Serv. de Atendimento ao Município de Quatro Pontes**

**3.3.90.32.00.00 – 941 – Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita**

3.3.90.32.03.00 – 942 – Materiais de Saúde para Distribuição Gratuita

**3.3.90.39.00.00 – 945 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 946 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 0**

**3.3.90.39.00.00 – 948 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 949 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 496**

**1030211002.019 – Serv. de Atendimento ao Município de Santa Helena**

**3.3.90.32.00.00 – 950 – Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita**

3.3.90.32.03.00 – 951 – Materiais de Saúde para Distribuição Gratuita

**3.3.90.39.00.00 – 954 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 955 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 0**

**3.3.90.39.00.00 – 957 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 958 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade



**Fonte: 496**

**1030211002.020 – Serv. de Atendimento ao Município de São José das Palmeiras**

**3.3.90.32.00.00 – 959 – Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita**

3.3.90.32.03.00 – 960 – Materiais de Saúde para Distribuição Gratuita

**3.3.90.39.00.00 – 963 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 964 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 0**

**3.3.90.39.00.00 – 966 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 967 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 496**

**1030211002.021 – Serv. de Atendimento ao Município de São Pedro do Iguaçu**

**3.3.90.32.00.00 – 968 – Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita**

3.3.90.32.03.00 – 969 – Materiais de Saúde para Distribuição Gratuita

**3.3.90.39.00.00 – 972 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 973 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 0**

**3.3.90.39.00.00 – 975 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 976 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 496**

**1030211002.022 – Serv. de Atendimento ao Município de Terra Roxa**

**3.3.90.32.00.00 – 977 – Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita**

3.3.90.32.03.00 – 978 – Materiais de Saúde para Distribuição Gratuita

**3.3.90.39.00.00 – 981 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 982 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 0**

**3.3.90.39.00.00 – 984 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 985 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 496**

**1030211002.023 – Serv. de Atendimento ao Município de Toledo**

**3.3.90.32.00.00 – 986 – Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita**

3.3.90.32.03.00 – 987 – Materiais de Saúde para Distribuição Gratuita

**3.3.90.39.00.00 – 990 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 991 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 0**

**3.3.90.39.00.00 – 993 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 994 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 496**

**1030211002.024 – Serv. de Atendimento ao Município de Tupãssi**

**3.3.90.32.00.00 – 995 – Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita**

3.3.90.32.03.00 – 996 – Materiais de Saúde para Distribuição Gratuita

**3.3.90.39.00.00 – 999 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 1000 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 0**

**3.3.90.39.00.00 – 1002 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 1003 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 496**

**1030212202.030 – Manutenção das Atividades Centro Atenção Psicossocial, Alcool e Drogas – CAPS AD**

**3.3.90.39.00.00 – 1174 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 1201 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 496**

**3.3.90.39.00.00 – 1223 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 1250 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 1496**

**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 à Secretaria Executiva do CISCOPAR, sito na Rua XV de Novembro, 1287 - Centro, CEP 85.900-200, Fone (45) 3252-1021 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 - ~~Local/Hospital – Realização de Cirurgia;~~

III - Local / Hospital – Realização de Cirurgia; (redação dada pela 4ª Alteração do Edital de Chamamento Público)

III – A - Declaração de Vínculo;

III – B - Termo de ciência sobre a restrição de municípios atendidos;

IV - Tabela de Procedimentos Médicos;

V - Minuta de Contrato de Prestação de Serviços Médicos - Pessoa Jurídica;

VI - Termo de compromisso preenchimento do prontuário online do CISCOPAR.

**GILBERTO FERNANDES SALVADOR  
PRESIDENTE**

(em papel timbrado/personalizado da empresa)

### ANEXO I – PESSOA JURÍDICA

Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná – CISCOPAR

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS NA ÁREA DE SAÚDE, divulgado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná – CISCOPAR, objetivando a prestação de serviços de saúde, na área \_\_\_\_\_ na especialidade de \_\_\_\_\_ nos termos do chamamento público divulgado em 17 de junho de 2016.

RAZÃO SOCIAL:

NOME FANTASIA:

CNPJ:

CADASTRO MUNICIPAL:

CNES/MS:

ENDEREÇO COMERCIAL :

RUA:

NÚMERO:

BAIRRO:

CEP:

CIDADE:

ESTADO:

TELEFONE:

E-MAIL:

Especialidade: \_\_\_\_\_

Procedimentos: **(relacionar os códigos de acordo com a Tabela de Procedimentos Médicos – Em caso de cirurgia preencher também o anexo III)**

-

-

-

-

Profissional Responsável:

Número de Registro no conselho de Classe do Paraná –  
(CRM-PR / CRF-PR - CRBM-PR / CREFONO-PR / CRP-PR / CFN-PR / CREFITO-PR)

R.G:

CPF:

CNS (Cartão Nacional SUS):

TOLEDO, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(NOME)

Profissional Responsável

\_\_\_\_\_  
(NOME)

Representante Legal

(em papel timbrado/personalizado da empresa)

**ANEXO II**

Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná – CISCOPAR

O interessado \_\_\_\_\_, CNPJ \_\_\_\_\_, com sede na \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_ estado \_\_\_\_\_, DECLARA para os devidos fins de direito, na qualidade de solicitante de cadastramento na área de saúde, 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, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
(NOME)  
Representante Legal

(em papel timbrado/personalizado da empresa)

**ANEXO III**

**LOCAL / HOSPITAL – REALIZAÇÃO DE CIRURGIA**

Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná – CISCOPAR

O Interessado \_\_\_\_\_, CNPJ \_\_\_\_\_, com sede na \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, estado \_\_\_\_\_ DECLARA para os devidos fins de direito, na qualidade de solicitante de cadastramento na área de saúde, que realizará os procedimentos cirúrgicos no local abaixo designado:  
RAZÃO SOCIAL:

NOME FANTASIA:

CNPJ:

CNES/MS:

ENDEREÇO:

RUA:

NÚMERO:

BAIRRO:

CEP

CIDADE

ESTADO

TELEFONE:

E-MAIL:

ALVARÁ DE FUNCIONAMENTO: (indicar vigência e apresentar o documento)

LICENÇA SANITÁRIA: (indicar vigência e apresentar o documento)

---

(NOME)  
Representante Legal

(em papel timbrado/personalizado da empresa)

**ANEXO III - A**

Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná – CISCOPAR

O interessado \_\_\_\_\_, CNPJ \_\_\_\_\_, com sede na \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_ estado \_\_\_\_\_, DECLARA para os devidos fins de direito, na qualidade de solicitante de cadastramento na área de saúde, que não possui em seu quadro clínico e/ou sociedade pessoas que possuem vínculos com outros órgãos públicos da 20ª Regional de Saúde do Paraná, seja Prefeitura e/ou outros órgãos públicos.

Toledo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
(NOME)  
Representante Legal

**\* EM CASO DE EXISTÊNCIA DE VÍNCULO, ENCAMINHAR DECLARAÇÃO ESPECIFICANDO QUAL O VÍNCULO E QUAIS AS ATRIBUIÇÕES DO PROFISSIONAL NESTE.**

(em papel timbrado/personalizado da empresa)

**ANEXO III - B**

**TERMO DE CIÊNCIA SOBRE A RESTRIÇÃO DE MUNICÍPIOS ATENDIDOS**

Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná – CISCOPAR

O interessado \_\_\_\_\_, CNPJ \_\_\_\_\_, com sede na \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_ estado \_\_\_\_\_, DECLARA para os devidos fins de direito, na qualidade de solicitante de cadastramento na área de saúde, que está ciente que em virtude do vínculo do profissional (nome do profissional) com a PREFEITURA DE (NOME DO MUNICÍPIO), seus atendimentos serão destinados apenas aos demais municípios consorciados do CISCOPAR. Sem possibilidade de abertura de agenda para o município ao qual possui vínculo.

Toledo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
(NOME)  
Profissional

\_\_\_\_\_  
(NOME)  
Representante Legal

**ANEXO IV  
TABELA DE PROCEDIMENTOS**

<b>TABELA DE PROCEDIMENTOS MEDICOS - RESOLUÇÃO 002/2011</b>				
Alterada pela Resolução 007/2011 publicada em 07/05/2011				
Alterada pela Resolução 014/2011 publicada em 07/06/2011				
Alterada pela Resolução 028/2011 publicada em 07/10/2011				
Alterada pelas Resoluções 002/2012 e 004/2012 publicada em 15/03/2012				
Alterada pela Resolução 007/2012 publicada em 09/06/2012				
Alterada pela Resolução 016/2012 publicada em 18/08/2012				
Alterada pela Resolução 001/2013 publicada em 09/02/2013				
Alterada pela Resolução 005/2013 publicada em 25/04/2013				
Alterada pela Resolução 011/2013 publicada em 27/07/2013				
Alterada pela Resolução 020/2013 publicada em 19/10/2013				
Alterada pela Resolução 022/2013 publicada em 29/10/2013				
Alterada pela Resolução 005/2014 publicada em 28/03/2014				
Alterada pela Resolução 012/2014 publicada em 28/06/2014				
Alterada pela Resolução 019/2014 publicada em 16/08/2014				
Alterada pela Resolução 006/2015 publicada em 19/02/2015				
Alterada pela Resolução 009/2015 publicada em 25/03/2015				
Alterada pela Resolução 010/2015 publicada em 14/04/2015				
Alterada pela Resolução 018/2015 publicada em 24/09/2015				
Alterada pela Resolução 023/2015 publicada em 05/11/2015				
Alterada pela Resolução 034/2015 publicada em 18/12/2015 - vigente em 01/01/2016				
Alterada pela Resolução 015/2016 publicada em 29/03/2016 - vigente em 01/04/2016				
Alterada pela Resolução 027/2016 publicada em 16/06/2016 - vigente em 01/07/2016				
Classificação	Descrição	Valor CISCOPAR		
<b>DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO</b>				
02.02.01.001	CLEARANCE OSMOLAR	R\$	3,51	\ \ \
02.02.01.002	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$	4,02	\ \ \
02.02.01.003	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	R\$	19,50	\ \ \
02.02.01.004	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$	3,63	\ \ \
02.02.01.005	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA ( 5 DOSAGENS)	R\$	6,55	\ \ \
02.02.01.006	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	R\$	3,68	\ \ \
02.02.01.007	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R\$	20,00	\ \ \
02.02.01.008	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	R\$	5,10	\ \ \
02.02.01.009	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	R\$	3,51	\ \ \
02.02.01.010	DOSAGEM DE ACETONA	R\$	1,85	\ \ \
02.02.01.011	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$	2,01	\ \ \
02.02.01.012	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$	2,80	\ \ \
02.02.01.013	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	R\$	9,00	\ \ \
02.02.01.014	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$	3,68	\ \ \
02.02.01.015	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTI TRIPSINA	R\$	7,36	\ \ \
02.02.01.016	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$	7,36	\ \ \
02.02.01.017	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	R\$	3,68	\ \ \
02.02.01.018	DOSAGEM DE AMILASE	R\$	2,80	\ \ \
02.02.01.019	DOSAGEM DE AMONIA	R\$	7,02	\ \ \
02.02.01.020	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$	2,80	\ \ \
02.02.01.021	DOSAGEM DE CALCIO	R\$	2,80	\ \ \
02.02.01.022	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$	3,51	\ \ \
02.02.01.023	DOSAGEM DE CAROTENO	R\$	4,02	\ \ \
02.02.01.025	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R\$	7,36	\ \ \
02.02.01.026	DOSAGEM DE CLORETO	R\$	1,85	\ \ \
02.02.01.027	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$	4,00	\ \ \
02.02.01.028	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$	4,00	\ \ \
02.02.01.029	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$	2,80	\ \ \
02.02.01.030	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$	3,68	\ \ \
02.02.01.031	DOSAGEM DE CREATININA	R\$	3,51	\ \ \
02.02.01.032	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$	4,20	\ \ \
02.02.01.033	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$	8,24	\ \ \
02.02.01.034	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	R\$	3,51	\ \ \
02.02.01.035	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	R\$	3,51	\ \ \
02.02.01.036	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	R\$	3,68	\ \ \
02.02.01.037	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R\$	3,68	\ \ \
02.02.01.038	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$	15,59	\ \ \
02.02.01.039	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$	3,51	\ \ \
02.02.01.040	DOSAGEM DE FOLATO	R\$	28,00	\ \ \
02.02.01.041	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	R\$	3,40	\ \ \
02.02.01.042	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$	2,80	\ \ \
02.02.01.043	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$	2,80	\ \ \
02.02.01.044	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	R\$	3,40	\ \ \
02.02.01.045	DOSAGEM DE GALACTOSE	R\$	3,51	\ \ \
02.02.01.046	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$	3,51	\ \ \
02.02.01.047	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$	2,80	\ \ \
02.02.01.048	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R\$	7,36	\ \ \
02.02.01.049	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R\$	7,36	\ \ \
02.02.01.050	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$	11,80	\ \ \
02.02.01.051	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R\$	3,68	\ \ \
02.02.01.052	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	R\$	3,51	\ \ \
02.02.01.053	DOSAGEM DE LACTATO	R\$	3,68	\ \ \
02.02.01.054	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	R\$	3,51	\ \ \
02.02.01.055	DOSAGEM DE LIPASE	R\$	2,80	\ \ \
02.02.01.056	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$	2,80	\ \ \
02.02.01.057	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R\$	4,02	\ \ \
02.02.01.058	DOSAGEM DE PIRUVATO	R\$	7,36	\ \ \
02.02.01.059	DOSAGEM DE PORFIRINAS	R\$	3,51	\ \ \
02.02.01.060	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$	3,30	\ \ \
02.02.01.061	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$	1,40	\ \ \
02.02.01.062	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$	2,80	\ \ \



02.02.01.063	DOSAGEM DE SODIO	R\$ 2,80	\	\	\
02.02.01.064	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 2,80	\	\	\
02.02.01.065	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,80	\	\	\
02.02.01.066	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 8,24	\	\	\
02.02.01.067	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,51	\	\	\
02.02.01.068	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	R\$ 3,51	\	\	\
02.02.01.069	DOSAGEM DE UREIA	R\$ 3,51	\	\	\
02.02.01.070	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 15,24	\	\	\
02.02.01.071	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$ 7,36	\	\	\
02.02.01.072	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 8,84	\	\	\
02.02.01.073	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE )	R\$ 15,65	\	\	\
02.02.01.074	PROVA DA D-XULOSE	R\$ 7,36	\	\	\
02.02.01.075	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	R\$ 6,55	\	\	\
02.02.02.001	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	R\$ 6,48	\	\	\
02.02.02.002	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 2,73	\	\	\
02.02.02.003	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 3,00	\	\	\
02.02.02.004	DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	R\$ 3,30	\	\	\
02.02.02.005	DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	R\$ 2,73	\	\	\
02.02.02.006	DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R\$ 2,73	\	\	\
02.02.02.007	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	R\$ 4,00	\	\	\
02.02.02.008	DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R\$ 2,73	\	\	\
02.02.02.009	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R\$ 2,73	\	\	\
02.02.02.010	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R\$ 9,00	\	\	\
02.02.02.011	DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIVENCIA DE HEMACIAS	R\$ 5,79	\	\	\
02.02.02.012	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$ 5,70	\	\	\
02.02.02.013	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 5,77	\	\	\
02.02.02.014	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 3,90	\	\	\
02.02.02.015	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSIDIMENTACAO (VHS)	R\$ 2,73	\	\	\
02.02.02.016	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$ 4,11	\	\	\
02.02.02.017	DOSAGEM DE ANTTROMBINA III	R\$ 25,00	\	\	\
02.02.02.018	DOSAGEM DE FATOR II	R\$ 88,00	\	\	\
02.02.02.019	DOSAGEM DE FATOR IX	R\$ 10,00	\	\	\
02.02.02.020	DOSAGEM DE FATOR V	R\$ 18,00	\	\	\
02.02.02.021	DOSAGEM DE FATOR VII	R\$ 46,00	\	\	\
02.02.02.022	DOSAGEM DE FATOR VIII	R\$ 39,00	\	\	\
02.02.02.023	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	R\$ 8,40	\	\	\
02.02.02.024	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	R\$ 122,00	\	\	\
02.02.02.025	DOSAGEM DE FATOR X	R\$ 76,00	\	\	\
02.02.02.026	DOSAGEM DE FATOR XI	R\$ 88,00	\	\	\
02.02.02.027	DOSAGEM DE FATOR XII	R\$ 85,00	\	\	\
02.02.02.028	DOSAGEM DE FATOR XIII	R\$ 94,00	\	\	\
02.02.02.029	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R\$ 9,20	\	\	\
02.02.02.030	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 1,53	\	\	\
02.02.02.031	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37°C	R\$ 2,73	\	\	\
02.02.02.032	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R\$ 2,73	\	\	\
02.02.02.033	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R\$ 2,73	\	\	\
02.02.02.034	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R\$ 4,11	\	\	\
02.02.02.035	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 10,82	\	\	\
02.02.02.036	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$ 2,73	\	\	\
02.02.02.037	HEMATOCRITO	R\$ 1,53	\	\	\
02.02.02.038	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 8,22	\	\	\
02.02.02.039	LEUCOGRAMA	R\$ 2,73	\	\	\
02.02.02.040	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	R\$ 150,00	\	\	\
02.02.02.041	PESQUISA DE CELULAS LE	R\$ 5,30	\	\	\
02.02.02.042	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	R\$ 2,73	\	\	\
02.02.02.043	PESQUISA DE FILARIA	R\$ 2,73	\	\	\
02.02.02.044	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$ 2,73	\	\	\
02.02.02.046	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R\$ 2,73	\	\	\
02.02.02.048	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$ 4,11	\	\	\
02.02.02.049	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R\$ 2,73	\	\	\
02.02.02.050	PROVA DO LACO	R\$ 2,73	\	\	\
02.02.02.051	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R\$ 2,73	\	\	\
02.02.02.052	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	R\$ 12,00	\	\	\
02.02.02.053	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	R\$ 2,73	\	\	\
02.02.02.054	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 5,46	\	\	\
02.02.03.001	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R\$ 15,00	\	\	\
02.02.03.002	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	R\$ 15,00	\	\	\
02.02.03.003	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R\$ 15,00	\	\	\
02.02.03.004	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$ 65,00	\	\	\
02.02.03.005	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R\$ 96,00	\	\	\
02.02.03.006	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$ 14,90	\	\	\
02.02.03.007	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 5,50	\	\	\
02.02.03.008	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 9,80	\	\	\
02.02.03.009	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 17,20	\	\	\
02.02.03.010	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 19,00	\	\	\
02.02.03.011	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 21,80	\	\	\
02.02.03.012	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 17,16	\	\	\
02.02.03.013	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$ 17,16	\	\	\
02.02.03.014	DOSAGEM DE CRIAGLUTININA	R\$ 5,20	\	\	\
02.02.03.015	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 17,16	\	\	\
02.02.03.016	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 18,50	\	\	\
02.02.03.017	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)	R\$ 14,30	\	\	\
02.02.03.018	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 14,30	\	\	\
02.02.03.019	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	R\$ 4,10	\	\	\
02.02.03.020	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 5,66	\	\	\
02.02.03.022	IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 34,32	\	\	\
02.02.03.023	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 80,00	\	\	\
02.02.03.025	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R\$ 20,00	\	\	\
02.02.03.026	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$ 20,00	\	\	\
02.02.03.027	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 11,80	\	\	\
02.02.03.028	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$ 21,80	\	\	\
02.02.03.029	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 140,00	\	\	\
02.02.03.030	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 14,60	\	\	\
02.02.03.031	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 18,55	\	\	\
02.02.03.032	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$ 21,80	\	\	\

02.02.03.033	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$	5,74	\	\	\
02.02.03.034	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$	17,16	\	\	\
02.02.03.035	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$	19,20	\	\	\
02.02.03.036	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$	21,00	\	\	\
02.02.03.037	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R\$	9,25	\	\	\
02.02.03.038	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R\$	10,00	\	\	\
02.02.03.039	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$	9,25	\	\	\
02.02.03.040	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R\$	5,00	\	\	\
02.02.03.041	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R\$	8,90	\	\	\
02.02.03.042	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	R\$	10,00	\	\	\
02.02.03.043	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	R\$	17,16	\	\	\
02.02.03.044	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIQUINOCOS	R\$	9,25	\	\	\
02.02.03.045	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R\$	11,80	\	\	\
02.02.03.046	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	R\$	19,40	\	\	\
02.02.03.047	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTISTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$	4,60	\	\	\
02.02.03.048	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	R\$	10,00	\	\	\
02.02.03.049	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLIADINA (GLUTEN) IGG IGM E IGA	R\$	21,00	\	\	\
02.02.03.050	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	R\$	10,00	\	\	\
02.02.03.051	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILHOTA DE LANGERHANS	R\$	20,00	\	\	\
02.02.03.052	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	R\$	17,16	\	\	\
02.02.03.053	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R\$	8,20	\	\	\
02.02.03.054	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	R\$	5,50	\	\	\
02.02.03.055	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$	34,32	\	\	\
02.02.03.056	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R\$	5,50	\	\	\
02.02.03.057	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R\$	5,50	\	\	\
02.02.03.058	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R\$	5,50	\	\	\
02.02.03.059	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	R\$	17,16	\	\	\
02.02.03.060	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	R\$	17,16	\	\	\
02.02.03.061	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	R\$	10,00	\	\	\
02.02.03.062	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$	17,16	\	\	\
02.02.03.063	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO SUP.DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$	18,55	\	\	\
02.02.03.064	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$	18,55	\	\	\
02.02.03.065	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R\$	7,78	\	\	\
02.02.03.066	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	R\$	9,71	\	\	\
02.02.03.067	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$	23,00	\	\	\
02.02.03.068	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	R\$	18,55	\	\	\
02.02.03.069	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R\$	21,80	\	\	\
02.02.03.070	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	R\$	4,10	\	\	\
02.02.03.071	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	R\$	18,55	\	\	\
02.02.03.072	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R\$	17,16	\	\	\
02.02.03.073	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$	4,20	\	\	\
02.02.03.074	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$	14,30	\	\	\
02.02.03.075	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTIIEISHMANIAS	R\$	9,25	\	\	\
02.02.03.076	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTIITOXOPLASMA	R\$	16,97	\	\	\
02.02.03.077	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTIITRYPANOSOMA CRUZI	R\$	9,25	\	\	\
02.02.03.078	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	R\$	18,55	\	\	\
02.02.03.079	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$	36,90	\	\	\
02.02.03.080	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$	18,55	\	\	\
02.02.03.081	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA VIRUS DA RUBEOLA	R\$	17,16	\	\	\
02.02.03.082	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$	25,50	\	\	\
02.02.03.083	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$	29,00	\	\	\
02.02.03.084	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS	R\$	17,16	\	\	\
02.02.03.085	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$	21,80	\	\	\
02.02.03.086	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTIIEISHMANIAS	R\$	10,00	\	\	\
02.02.03.087	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTIITOXOPLASMA	R\$	18,55	\	\	\
02.02.03.088	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTIITRYPANOSOMA CRUZI	R\$	11,90	\	\	\
02.02.03.089	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$	18,55	\	\	\
02.02.03.090	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$	36,90	\	\	\
02.02.03.091	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGM)	R\$	18,55	\	\	\
02.02.03.092	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$	17,46	\	\	\
02.02.03.093	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$	25,50	\	\	\
02.02.03.094	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$	29,00	\	\	\
02.02.03.095	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS	R\$	21,80	\	\	\
02.02.03.096	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$	21,80	\	\	\
02.02.03.097	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$	18,55	\	\	\
02.02.03.098	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$	18,55	\	\	\
02.02.03.099	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	R\$	60,00	\	\	\
02.02.03.100	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R\$	5,20	\	\	\
02.02.03.101	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$	4,10	\	\	\
02.02.03.102	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLOURESCENCIA	R\$	10,00	\	\	\
02.02.03.103	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	R\$	13,20	\	\	\
02.02.03.104	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	R\$	10,00	\	\	\
02.02.03.107	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	R\$	18,00	\	\	\
02.02.03.108	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	R\$	168,48	\	\	\
02.02.03.109	REACAO DE HEMAGLUTININACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$	4,10	\	\	\
02.02.03.110	REACAO DE MONTENEGRO ID	R\$	2,83	\	\	\
02.02.03.111	TESTE DE VDRL P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$	5,00	\	\	\
02.02.03.112	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$	10,00	\	\	\
02.02.03.113	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$	11,80	\	\	\
02.02.03.117	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	R\$	5,00	\	\	\
02.02.04.001	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	R\$	1,65	\	\	\
02.02.04.002	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R\$	4,00	\	\	\
02.02.04.003	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	R\$	6,08	\	\	\
02.02.04.004	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	R\$	1,65	\	\	\
02.02.04.005	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	R\$	3,30	\	\	\
02.02.04.006	PESQUISA DE EOSINOFILOS	R\$	3,30	\	\	\
02.02.04.007	PESQUISA DE GORDURA FECAL	R\$	3,30	\	\	\
02.02.04.008	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R\$	1,65	\	\	\
02.02.04.009	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R\$	2,50	\	\	\
02.02.04.010	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R\$	1,65	\	\	\
02.02.04.011	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	R\$	1,65	\	\	\
02.02.04.012	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$	3,30	\	\	\
02.02.04.013	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R\$	10,25	\	\	\
02.02.04.014	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$	2,80	\	\	\

02.02.04.015	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	R\$	2,80	\	\	\
02.02.04.016	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	R\$	1,65	\	\	\
02.02.04.017	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	R\$	1,65	\	\	\
02.02.05.001	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$	4,90	\	\	\
02.02.05.002	CLEARANCE DE CREATININA	R\$	7,02	\	\	\
02.02.05.003	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$	3,51	\	\	\
02.02.05.004	CLEARANCE DE UREIA	R\$	7,02	\	\	\
02.02.05.005	CONTAGEM DE ADDIS	R\$	2,04	\	\	\
02.02.05.006	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	R\$	3,70	\	\	\
02.02.05.007	DOSAGEM DE ACUCARES (POR CROMATOGRAFIA)	R\$	3,70	\	\	\
02.02.05.008	DOSAGEM DE CITRATO	R\$	4,02	\	\	\
02.02.05.009	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$	14,80	\	\	\
02.02.05.010	DOSAGEM DE OXALATO	R\$	6,00	\	\	\
02.02.05.011	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$	4,08	\	\	\
02.02.05.012	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	R\$	3,04	\	\	\
02.02.05.013	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	R\$	5,95	\	\	\
02.02.05.014	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	R\$	3,70	\	\	\
02.02.05.015	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	R\$	2,04	\	\	\
02.02.05.016	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	R\$	3,70	\	\	\
02.02.05.017	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	R\$	2,04	\	\	\
02.02.05.018	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	R\$	4,08	\	\	\
02.02.05.019	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R\$	2,04	\	\	\
02.02.05.020	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	R\$	4,08	\	\	\
02.02.05.021	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	R\$	7,40	\	\	\
02.02.05.022	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R\$	2,04	\	\	\
02.02.05.023	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R\$	2,04	\	\	\
02.02.05.024	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	R\$	3,36	\	\	\
02.02.05.025	PESQUISA DE GONADOTROFINA CORIONICA (TESTE DE GRAVIDEZ)	R\$	11,80	\	\	\
02.02.05.026	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R\$	2,80	\	\	\
02.02.05.027	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	R\$	2,04	\	\	\
02.02.05.028	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	R\$	3,70	\	\	\
02.02.05.029	PESQUISA DE PORFIBILINOGENIO NA URINA	R\$	4,08	\	\	\
02.02.05.030	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R\$	8,88	\	\	\
02.02.05.031	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R\$	2,04	\	\	\
02.02.05.032	PROVA DE DILUICAO (URINA)	R\$	2,04	\	\	\
02.02.06.001	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$	12,54	\	\	\
02.02.06.002	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	R\$	12,54	\	\	\
02.02.06.003	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	R\$	14,69	\	\	\
02.02.06.004	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$	12,00	\	\	\
02.02.06.005	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R\$	11,00	\	\	\
02.02.06.006	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	R\$	11,00	\	\	\
02.02.06.007	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	R\$	13,44	\	\	\
02.02.06.008	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$	25,00	\	\	\
02.02.06.009	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$	13,50	\	\	\
02.02.06.010	DOSAGEM DE AMP CICLICO	R\$	12,01	\	\	\
02.02.06.011	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$	13,50	\	\	\
02.02.06.012	DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$	19,00	\	\	\
02.02.06.013	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$	9,86	\	\	\
02.02.06.014	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$	13,60	\	\	\
02.02.06.015	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$	14,60	\	\	\
02.02.06.016	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$	10,15	\	\	\
02.02.06.017	DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$	12,30	\	\	\
02.02.06.018	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$	13,60	\	\	\
02.02.06.019	DOSAGEM DE GASTRINA	R\$	14,70	\	\	\
02.02.06.020	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R\$	15,35	\	\	\
02.02.06.021	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$	11,80	\	\	\
02.02.06.022	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$	12,60	\	\	\
02.02.06.023	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$	7,90	\	\	\
02.02.06.024	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$	8,97	\	\	\
02.02.06.025	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$	9,17	\	\	\
02.02.06.026	DOSAGEM DE INSULINA	R\$	11,80	\	\	\
02.02.06.027	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$	43,13	\	\	\
02.02.06.028	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$	21,80	\	\	\
02.02.06.029	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$	10,22	\	\	\
02.02.06.030	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$	10,15	\	\	\
02.02.06.031	DOSAGEM DE RENINA	R\$	20,00	\	\	\
02.02.06.032	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$	30,70	\	\	\
02.02.06.033	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$	13,11	\	\	\
02.02.06.034	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$	10,43	\	\	\
02.02.06.035	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$	15,20	\	\	\
02.02.06.036	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$	27,00	\	\	\
02.02.06.037	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$	8,76	\	\	\
02.02.06.038	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$	11,60	\	\	\
02.02.06.039	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$	8,71	\	\	\
02.02.06.040	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	R\$	12,01	\	\	\
02.02.06.041	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	R\$	12,01	\	\	\
02.02.06.042	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA	R\$	12,01	\	\	\
02.02.06.043	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R\$	12,01	\	\	\
02.02.06.044	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	R\$	2,01	\	\	\
02.02.06.045	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	R\$	12,01	\	\	\
02.02.06.046	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	R\$	8,43	\	\	\
02.02.07.001	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	R\$	4,12	\	\	\
02.02.07.002	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	R\$	4,12	\	\	\
02.02.07.003	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	R\$	7,36	\	\	\
02.02.07.004	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	R\$	4,08	\	\	\
02.02.07.005	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$	16,00	\	\	\
02.02.07.006	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R\$	3,51	\	\	\
02.02.07.007	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	R\$	2,01	\	\	\
02.02.07.008	DOSAGEM DE ALUMINIO	R\$	36,00	\	\	\
02.02.07.009	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	R\$	10,00	\	\	\
02.02.07.010	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R\$	10,00	\	\	\
02.02.07.011	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	R\$	10,00	\	\	\
02.02.07.012	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$	13,13	\	\	\
02.02.07.013	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	R\$	13,48	\	\	\
02.02.07.014	DOSAGEM DE CADMIO	R\$	6,55	\	\	\

02.02.07.015	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$ 18,80	\	\	\
02.02.07.016	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	R\$ 10,30	\	\	\
02.02.07.017	DOSAGEM DE CHUMBO	R\$ 25,00	\	\	\
02.02.07.018	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$ 69,00	\	\	\
02.02.07.019	DOSAGEM DE COBRE	R\$ 7,02	\	\	\
02.02.07.020	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$ 14,70	\	\	\
02.02.07.021	DOSAGEM DE ETOSUXIMIDA	R\$ 15,65	\	\	\
02.02.07.022	DOSAGEM DE FENITOINA	R\$ 35,22	\	\	\
02.02.07.023	DOSAGEM DE FENOL	R\$ 3,68	\	\	\
02.02.07.024	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	R\$ 3,51	\	\	\
02.02.07.025	DOSAGEM DE LITIO	R\$ 3,60	\	\	\
02.02.07.026	DOSAGEM DE MERCURIO	R\$ 4,08	\	\	\
02.02.07.027	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R\$ 7,50	\	\	\
02.02.07.028	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	R\$ 23,00	\	\	\
02.02.07.029	DOSAGEM DE METOTREXATO	R\$ 10,00	\	\	\
02.02.07.030	DOSAGEM DE QUINIDINA	R\$ 10,00	\	\	\
02.02.07.031	DOSAGEM DE SALICILATOS	R\$ 2,01	\	\	\
02.02.07.032	DOSAGEM DE SULFATOS	R\$ 3,51	\	\	\
02.02.07.033	DOSAGEM DE TEOFILINA	R\$ 31,30	\	\	\
02.02.07.034	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R\$ 3,68	\	\	\
02.02.07.035	DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 26,60	\	\	\
02.02.08.001	ANTIBIOGRAMA	R\$ 9,00	\	\	\
02.02.08.002	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R\$ 13,33	\	\	\
02.02.08.003	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	R\$ 13,33	\	\	\
02.02.08.004	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR	R\$ 7,00	\	\	\
02.02.08.005	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	R\$ 7,00	\	\	\
02.02.08.006	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (TUBERCULOSE)	R\$ 7,00	\	\	\
02.02.08.007	BACTEROSCOPIA (GRAM)	R\$ 5,10	\	\	\
02.02.08.008	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,62	\	\	\
02.02.08.009	CULTURA DO LEITE MATERNO (POS-PASTEURIZACAO)	R\$ 4,33	\	\	\
02.02.08.010	CULTURA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4,33	\	\	\
02.02.08.011	CULTURA PARA BAAR	R\$ 10,00	\	\	\
02.02.08.012	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$ 10,25	\	\	\
02.02.08.013	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$ 4,19	\	\	\
02.02.08.014	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 2,80	\	\	\
02.02.08.015	HEMOCULTURA	R\$ 11,49	\	\	\
02.02.08.016	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R\$ 5,63	\	\	\
02.02.08.017	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R\$ 4,33	\	\	\
02.02.08.018	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R\$ 2,80	\	\	\
02.02.08.019	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$ 4,33	\	\	\
02.02.08.020	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R\$ 2,80	\	\	\
02.02.08.021	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 4,33	\	\	\
02.02.08.022	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R\$ 2,80	\	\	\
02.02.08.023	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R\$ 5,04	\	\	\
02.02.09.001	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89	\	\	\
02.02.09.002	ADENOGRAMA	R\$ 5,79	\	\	\
02.02.09.003	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	R\$ 4,33	\	\	\
02.02.09.004	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4,33	\	\	\
02.02.09.005	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89	\	\	\
02.02.09.006	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89	\	\	\
02.02.09.007	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56	\	\	\
02.02.09.008	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 1,89	\	\	\
02.02.09.009	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	R\$ 2,01	\	\	\
02.02.09.010	DOSAGEM DE FRUTOSE	R\$ 4,02	\	\	\
02.02.09.011	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	R\$ 2,01	\	\	\
02.02.09.012	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89	\	\	\
02.02.09.013	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89	\	\	\
02.02.09.015	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	R\$ 10,46	\	\	\
02.02.09.016	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56	\	\	\
02.02.09.017	ESPLENOGRAMA	R\$ 5,79	\	\	\
02.02.09.018	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	R\$ 1,89	\	\	\
02.02.09.019	MIELOGRAMA	R\$ 5,79	\	\	\
02.02.09.021	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES ( ELISA )	R\$ 9,70	\	\	\
02.02.09.023	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$ 1,89	\	\	\
02.02.09.024	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	R\$ 5,30	\	\	\
02.02.09.025	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	R\$ 1,89	\	\	\
02.02.09.026	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	R\$ 4,80	\	\	\
02.02.09.027	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89	\	\	\
02.02.09.028	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	R\$ 9,70	\	\	\
02.02.09.029	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	R\$ 1,89	\	\	\
02.02.09.030	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$ 5,50	\	\	\
02.02.09.031	REACAO DE PANDY	R\$ 1,89	\	\	\
02.02.09.032	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89	\	\	\
02.02.09.033	TESTE DE CLEMENTS	R\$ 6,00	\	\	\
02.02.09.034	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	R\$ 4,69	\	\	\
02.02.09.035	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	R\$ 4,69	\	\	\
02.02.10.001	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 198,00	\	\	\
02.02.10.002	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 320,00	\	\	\
02.02.10.003	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 229,00	\	\	\
02.02.11.001	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 8,80	\	\	\
02.02.11.002	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	R\$ 66,00	\	\	\
02.02.11.003	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	R\$ 66,00	\	\	\
02.02.11.004	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 5,50	\	\	\
02.02.11.005	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	R\$ 12,10	\	\	\
02.02.11.006	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH (T4) (P/ DETECCAO DA VARIANTE HEMOGLOBINA)	R\$ 20,90	\	\	\
02.02.11.007	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA	R\$ 7,30	\	\	\
02.02.11.008	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 13,20	\	\	\
02.02.12.001	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	R\$ 10,65	\	\	\
02.02.12.002	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37	\	\	\
02.02.12.003	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	R\$ 10,65	\	\	\
02.02.12.004	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	R\$ 10,65	\	\	\
02.02.12.005	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	R\$ 5,79	\	\	\
02.02.12.006	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC	R\$ 5,79	\	\	\
02.02.12.007	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	R\$ 5,79	\	\	\

02.02.12.008	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37	\	\	\
02.02.12.009	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 5,90	\	\	\
02.02.12.010	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	R\$ 5,79	\	\	\
02.13.01.006	EXAME PARASITOLOGICO DIRETO P/ LEISHMANIA CHAGAS1 (LEISHMANIOSE VISCERAL CANINA)	R\$ 7,50	\	\	\
02.13.01.008	FAGOTIPAGEM P/ IDENTIFICACAO DA SALMONELA TYPHI (FEBRE TIFOIDE)	R\$ 6,10	\	\	\
02.13.01.057	TESTE DE ELISA IGG P/ IDENTIFICACAO DO TOXOPLASMA GONDII (TOXOPLASMOSE)	R\$ 9,25	\	\	\
05.01.07.003	TIPAGEM SANGUINEA ABO E OUTROS EXAMES HEMATOLOGICOS EM POSSIVEL DOADOR DE ORGAOS	R\$ 15,00	\	\	\
90.07.01.001	FATOR ANTINUCLEO	R\$ 10,95	\	\	\
90.07.01.002	LIQUOR-ROTINA (CITOL.+QUIM.)	R\$ 15,00	\	\	\
90.07.01.003	BACTERIOSCOPICO-LIQUOR	R\$ 11,50	\	\	\
90.07.01.004	CULTURA LIQUOR	R\$ 11,60	\	\	\
90.07.01.005	HLA B27-DETECCAO POR PCR	R\$ 72,00	\	\	\
90.07.01.006	PSA TOTAL/LIVRE	R\$ 29,00	\	\	\
90.07.01.007	UROCULTURA	R\$ 15,00	\	\	\
90.07.01.008	ANTICOAGULANTE LUPICO	R\$ 29,50	\	\	\
90.07.01.009	ANTICORPOS ANTIENDOMISIO	R\$ 32,00	\	\	\
90.07.01.010	CA 125	R\$ 21,80	\	\	\
90.07.01.011	CA 15-3	R\$ 21,80	\	\	\
90.07.01.012	CA 19-9	R\$ 21,80	\	\	\
90.07.01.013	CA 72-4	R\$ 2,80	\	\	\
90.07.01.014	CAPACIDADE TOTAL LIGACAO DO FERRO	R\$ 5,15	\	\	\
90.07.01.015	ESPERMATOZOIDES-NUMEROS E VOLUME	R\$ 6,90	\	\	\
90.07.01.016	TRAB - ANTICORPO RECEPTOR DE TSH	R\$ 31,00	\	\	\
90.07.01.017	CULTURA FEZES (COPROCULTURA)	R\$ 7,20	\	\	\
90.07.01.018	PESQUISA DE ALBUMINA	R\$ 3,75	\	\	\
90.07.01.019	BRUCELOSE ANTICORPOS IGG	R\$ 16,20	\	\	\
90.07.01.020	BRUCELOSE ANTICORPOS IGM	R\$ 16,20	\	\	\
90.07.01.021	CHAGAS ANTICORPOS IGG	R\$ 14,80	\	\	\
90.07.01.022	CHAGAS ANTICORPOS IGM	R\$ 11,00	\	\	\
90.07.01.023	PARASITOLOGICO	R\$ 4,50	\	\	\
90.07.01.024	CATECOLAMINAS LIVRES	R\$ 73,00	\	\	\
90.07.01.025	CATECOLAMINAS PLASMATICAS	R\$ 21,80	\	\	\
90.07.01.027	CHLAMYDIA - ANTICORPOS IGA	R\$ 14,80	\	\	\
90.07.01.029	D-DIMERO	R\$ 108,00	\	\	\
90.07.01.032	FALCIZACAO-TESTE	R\$ 2,80	\	\	\
90.07.01.033	FATOR DU	R\$ 5,50	\	\	\
90.07.01.034	VITAMINA A	R\$ 76,00	\	\	\
90.07.01.035	VITAMINA C	R\$ 76,00	\	\	\
90.07.01.036	VITAMINA D	R\$ 85,00	\	\	\
90.07.01.037	VITAMINA E	R\$ 76,00	\	\	\
90.07.01.038	VITAMINA B1	R\$ 50,00	\	\	\
90.07.01.039	PROTEINA C	R\$ 75,00	\	\	\
90.07.01.040	PROTEINA S	R\$ 85,00	\	\	\
90.07.01.041	CALCIO URINARIO - 24H	R\$ 2,80	\	\	\
90.07.01.042	GLICOSE URINARIA - 24H	R\$ 2,80	\	\	\
90.07.01.043	POTASSIO URINARIO - 24H /	R\$ 2,80	\	\	\
90.07.01.044	SODIO URINARIO - 24H /	R\$ 2,80	\	\	\
90.07.01.045	CREATININA URINARIA - 24H /	R\$ 3,30	\	\	\
90.07.01.046	UREIA URINARIA - 24H	R\$ 3,30	\	\	\
90.07.01.047	ACIDO URICO URINARIO - 24H	R\$ 3,40	\	\	\
90.07.01.048	FOSFORO URINARIO - 24H	R\$ 3,40	\	\	\
90.07.01.049	MAGNESIO URINARIO - 24H	R\$ 3,60	\	\	\
90.07.01.050	CRYPTOCOCCUS - PESQUISA	R\$ 14,90	\	\	\
90.07.01.051	CURVA GLICEMICA 4 DOSAGENS	R\$ 21,20	\	\	\
90.07.01.052	CURVA GLICEMICA 6 DOSAGENS	R\$ 31,80	\	\	\
90.07.01.053	CURVA GLICEMICA-INSULINICA 4 DOSAGENS	R\$ 65,70	\	\	\
90.07.01.054	CURVA GLICEMICA-INSULINICA 5 DOSAGENS	R\$ 82,00	\	\	\
90.07.01.055	CURVA GLICEMICA-INSULINICA 6 DOSAGENS	R\$ 98,50	\	\	\
90.07.01.056	GLOBULINA LIGADORA DE TIROXINA	R\$ 115,00	\	\	\
90.07.01.057	HEMOGLOBINA A2	R\$ 21,80	\	\	\
90.07.01.058	TESTE DE GRAVIDEZ-TIG	R\$ 4,00	\	\	\
90.07.01.059	BRCA 1 E 2-DETENCAO DE MUTACAO NOS GENES	R\$ 595,00	\	\	\
90.07.01.060	ANTI-CITOPLASMA DE NEUTROFILOS	R\$ 49,00	\	\	\
90.07.01.061	CULTURA ESPERMA	R\$ 11,60	\	\	\
90.07.01.062	HEMATOZOARIOS-PESQUISA	R\$ 4,90	\	\	\
90.07.01.063	IGFBP-3 PROTEINAS LIGADORAS IGF-I TIPO 3	R\$ 47,00	\	\	\
90.07.01.064	HOMOCISTEINA	R\$ 59,80	\	\	\
90.07.01.065	BACTERIOSCOPICO-ESCARRO	R\$ 11,50	\	\	\
90.07.01.066	HCG-GANADOTROFINA CORIONICA-QUANTITATIVO	R\$ 21,80	\	\	\
90.07.01.067	TOXOPLASMOSE AVIDEZ-ANTICORPOS IGG	R\$ 23,00	\	\	\
90.07.01.068	CULTURA SECRECAO VAGINAL	R\$ 11,60	\	\	\
90.07.01.069	CULTURA SECRECAO URETRAL	R\$ 11,60	\	\	\
90.07.01.070	BACTERIOSCOPICO-SECRECAO URETRAL	R\$ 4,20	\	\	\
90.07.01.071	CORTISOL URINARIO	R\$ 14,90	\	\	\
90.07.01.072	ANTI JO1	R\$ 14,90	\	\	\
90.07.01.073	CULTURA ESCARRO	R\$ 11,60	\	\	\
90.07.01.074	LIPIDIOS TOTAIS	R\$ 2,80	\	\	\
90.07.01.075	ADENOSINA DEAMINASE-ADA	R\$ 11,50	\	\	\
90.07.01.076	PROTEINA C REATIVA ULTRA SENSIVEL	R\$ 14,80	\	\	\
90.07.01.077	T3 TRIIODOTIRONINA LIVRE	R\$ 5,15	\	\	\
90.07.01.078	MACONHA-CANABINOIDES-TCH	R\$ 23,00	\	\	\
90.07.01.079	FERRO SERICO TIBC	R\$ 4,90	\	\	\
90.07.01.080	ANTI-LKM 1	R\$ 18,50	\	\	\
90.07.01.081	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS-ANTIC.IGG	R\$ 14,80	\	\	\
90.07.01.082	HERPES 2 ANTICORPOS (IGG,IGM)	R\$ 14,80	\	\	\
90.07.01.083	CLORO	R\$ 3,30	\	\	\
90.07.01.084	SUBCLASSES DE IGG HUMANA(CADA)	R\$ 92,00	\	\	\
90.07.01.085	HEPATITE B-QUANTIFICACAO POR PCR	R\$ 350,00	\	\	\
90.07.01.086	METANEFRIAS-URINARIAS	R\$ 29,80	\	\	\
90.07.01.087	BLASTOMICOSE-ANTICORPOS(SOROLOGIA)	R\$ 50,00	\	\	\
90.07.01.088	INTERLEUCINA-1B	R\$ 55,00	\	\	\
90.07.01.089	17 CETOESTEROIDES	R\$ 11,00	\	\	\
90.07.01.090	17 OH CORTICOSTEROIDES	R\$ 1,00	\	\	\
90.07.01.091	FATOR DE RISCO DE ENFARTO(ACE)	R\$ 286,00	\	\	\

90.07.01.092	PAPILOMAVIRUS HUMANO-DETECCAO/TIPO P/PCR	R\$ 168,00	\	\	\
90.07.01.093	CITOMEGALOVIRUS ANTICORPOS DETECCAO POR PCR	R\$ 135,00	\	\	\
90.07.01.094	CISTICERCOSE-ANTICORPOS IGG NO LCR	R\$ 11,90	\	\	\
90.07.01.095	ANTICORPOS ANTI-CENTROMERO	R\$ 15,90	\	\	\
90.07.01.096	PARATORMONIO-MOLECULA INTACTA	R\$ 21,80	\	\	\
90.07.01.097	APOLIPOPROTEINA B-POLIMORFISMO	R\$ 529,00	\	\	\
90.07.01.098	FENILALANINA PKU	R\$ 14,70	\	\	\
90.07.01.099	FENOBARBITAL	R\$ 14,70	\	\	\
90.07.01.100	FENOMENO LE	R\$ 5,20	\	\	\
90.07.01.101	PROTEIN BOUND IODINE	R\$ 5,20	\	\	\
90.07.01.102	ERITROPOIETINA	R\$ 45,00	\	\	\
90.07.01.103	PROVA DE LIB GH C/ INSULINA HG BASAL E PaS-IN	R\$ 125,00	\	\	\
90.07.01.104	ACANTHAMOEBA-PESQUIZA	R\$ 7,50	\	\	\
90.07.01.105	ACANTOCITOS-PESQUIZA	R\$ 4,00	\	\	\
90.07.01.106	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO DESIDRATASE	R\$ 21,00	\	\	\
90.07.01.107	ACIDO HOMOGENSISICO-PESQUIZA	R\$ 7,00	\	\	\
90.07.01.108	ALDOSTERONA URINARIA 24H	R\$ 13,50	\	\	\
90.07.01.109	ANTI-LA	R\$ 10,80	\	\	\
90.07.01.110	ANTI-RNA	R\$ 15,30	\	\	\
90.07.01.111	ANTI-SM/RNP	R\$ 11,80	\	\	\
90.07.01.112	ANTI-TIREOIDE	R\$ 26,20	\	\	\
90.07.01.113	ANTICORPOS ANTIFOSFOLIPIDES IGG E IGM	R\$ 29,00	\	\	\
90.07.01.114	ANTIOXIDANTES TOTAIS	R\$ 73,00	\	\	\
90.07.01.115	APOLIPOPROTEINA A-1	R\$ 14,50	\	\	\
90.07.01.116	APOLIPOPROTEINA B-1	R\$ 14,50	\	\	\
90.07.01.117	APOLIPOPROTEINA E-POLIMORFISMO	R\$ 242,00	\	\	\
90.07.01.118	ARSENICO	R\$ 37,00	\	\	\
90.07.01.119	BICARBONATO	R\$ 3,60	\	\	\
90.07.01.120	BIOTINIDASE	R\$ 14,90	\	\	\
90.07.01.121	BLASTOMICOSE-PESQUIZA	R\$ 14,00	\	\	\
90.07.01.122	BTA-ANTIGENO DE TUMOR DE BEXIGA	R\$ 67,00	\	\	\
90.07.01.123	CETONURIA	R\$ 5,30	\	\	\
90.07.01.124	CHLAMYDIA DETECCAO POR PCR	R\$ 41,00	\	\	\
90.07.01.125	CHUMBO URINARIO	R\$ 25,00	\	\	\
90.07.01.126	CISTINA-PESQUIZA	R\$ 2,80	\	\	\
90.07.01.127	CITOLOGIA-ESCARRO	R\$ 14,90	\	\	\
90.07.01.128	CITOLOGIA-RASPADO CONJUNTIVAL	R\$ 21,80	\	\	\
90.07.01.129	COLOR URINARIO	R\$ 3,30	\	\	\
90.07.01.130	COBRE URINARIO	R\$ 35,00	\	\	\
90.07.01.131	COCCIDIOS-PESQUIZA	R\$ 14,90	\	\	\
90.07.01.132	COMPLEMENTO C1Q	R\$ 68,00	\	\	\
90.07.01.133	CONTROLE DE QUALIDADE DE ESTER TESTE	R\$ 10,50	\	\	\
90.07.01.134	CORPUSCULOS DE DONOVAN-PESQUIZA	R\$ 14,90	\	\	\
90.07.01.135	CROMATINA SEXUAL	R\$ 28,90	\	\	\
90.07.01.136	CROMO URINARIO	R\$ 32,00	\	\	\
90.07.01.137	CRYPTOSPORIDIUM-PESQUIZA	R\$ 14,70	\	\	\
90.07.01.138	CURVA GH C/INSULINA 5 DOSAGENS (BASAL+DOS.)	R\$ 125,00	\	\	\
90.07.01.139	DEOXIPIRIDINOLINA	R\$ 66,00	\	\	\
90.07.01.140	EPSTEIN BAAR-DETECCAO POR PCR	R\$ 136,00	\	\	\
90.07.01.141	ESTRIOL URINARIO-24H	R\$ 12,30	\	\	\
90.07.01.142	ETANOL	R\$ 14,70	\	\	\
90.07.01.143	ETANOL URINARIO	R\$ 14,70	\	\	\
90.07.01.144	EXOANTIGENO-PESQUIZA	R\$ 44,00	\	\	\
90.07.01.145	FATOR V DE LEIDEM-DETECCAO DE MUTACOES	R\$ 260,00	\	\	\
90.07.01.146	FENOL URINARIO	R\$ 21,80	\	\	\
90.07.01.147	FLUORETO	R\$ 49,90	\	\	\
90.07.01.148	FOSFOLIPIDEOS	R\$ 3,40	\	\	\
90.07.01.149	FRAGILIDADE OSMOTICA	R\$ 5,00	\	\	\
90.07.01.150	FRUTOSAMINA	R\$ 6,30	\	\	\
90.07.01.151	FRUTOSE E ACIDO CITRICO	R\$ 7,30	\	\	\
90.07.01.152	GIARDINA-PESQUIZA	R\$ 11,80	\	\	\
90.07.01.153	HEMACIAS DISMORFICAS-PESQUIZA	R\$ 4,20	\	\	\
90.07.01.154	HEMOCULTURAS-ANAEROBIOS	R\$ 21,80	\	\	\
90.07.01.155	HEPATITE B-DETECCAO POR PCR	R\$ 138,00	\	\	\
90.07.01.156	HEPATITE C-QUANTIFICACAO POR PCR	R\$ 360,00	\	\	\
90.07.01.157	HEPATITE D	R\$ 76,00	\	\	\
90.07.01.158	HEPATITE E	R\$ 75,00	\	\	\
90.07.01.159	HERPES SIMPLS - DETECCAO POR PCR (1 OU 2)	R\$ 138,00	\	\	\
90.07.01.160	HIDATIDOSE-SOROLOGIA	R\$ 220,00	\	\	\
90.07.01.161	HIV-DETECCAO POR PCR-QUALITATIVO	R\$ 352,00	\	\	\
90.07.01.162	HIV-WESTERN BLOT	R\$ 139,00	\	\	\
90.07.01.163	HTLVIII-WESTERN BLOT	R\$ 215,00	\	\	\
90.07.01.164	HTLV I/II-ANTICORPOS	R\$ 14,80	\	\	\
90.07.01.165	IMUNOGLOBINA IGA-SECRETORA	R\$ 37,20	\	\	\
90.07.01.166	INTERLEUCINA-8	R\$ 55,00	\	\	\
90.07.01.167	ISOAGLUTININAS	R\$ 7,30	\	\	\
90.07.01.168	LIPOPROTEINAS(A)-LPA	R\$ 29,80	\	\	\
90.07.01.169	LISTERIOSE-SOROLOGIA	R\$ 11,80	\	\	\
90.07.01.170	MACROPROLACTINA	R\$ 11,30	\	\	\
90.07.01.171	MALONILALDEIDO	R\$ 26,80	\	\	\
90.07.01.172	MANGANES	R\$ 34,00	\	\	\
90.07.01.173	MATURIDADE FETAL-TESTE	R\$ 18,10	\	\	\
90.07.01.174	METANOL-URINARIO	R\$ 21,80	\	\	\
90.07.01.175	MIOGLOBINA-SORO	R\$ 14,80	\	\	\
90.07.01.176	MIOGLOBINA-URINARIA	R\$ 7,30	\	\	\
90.07.01.177	NEISSERIA GONORRHEAH-DETECCAO POR PCR	R\$ 42,00	\	\	\
90.07.01.178	OXCARBAZEPINA	R\$ 76,00	\	\	\
90.07.01.179	PARVOVIRUS B19-DETECCAO POR PCR	R\$ 135,00	\	\	\
90.07.01.180	PIGMENTOS BILIARES-PESQUIZA	R\$ 2,05	\	\	\
90.07.01.181	PIRIDINOLINA	R\$ 60,00	\	\	\
90.07.01.182	PORFIBILINOGENIO-PESQUIZA	R\$ 5,10	\	\	\
90.07.01.183	PROTEINA BENCE JONES-PESQUIZA	R\$ 2,80	\	\	\
90.07.01.184	PROTOPORFIRINA LIVRE ERITROCITARIA	R\$ 17,50	\	\	\
90.07.01.185	PROVA DE ACIDIFICACAO URINARIA	R\$ 4,30	\	\	\
90.07.01.186	RISCO FETAL-AVALIACAO	R\$ 125,00	\	\	\

90.07.01.187	SEROTONINA	R\$ 28,70	\	\	\
90.07.01.188	SUPEROXIDO DESMUTASE	R\$ 59,00	\	\	\
90.07.01.189	T4-TIROXINA NEONATAL	R\$ 10,80	\	\	\
90.07.01.191	TESTE DO PEZINHO-PERFIL 1	R\$ 21,80	\	\	\
90.07.01.192	TESTE DO PEZINHO-PERFIL 2	R\$ 52,00	\	\	\
90.07.01.193	TESTE DO PEZINHO-PERFIL 3	R\$ 76,00	\	\	\
90.07.01.194	TOXOCARIASE-ANTICORPOS	R\$ 36,00	\	\	\
90.07.01.195	TOXOPLASMOSE GONDII-DETECCAO POR PCR	R\$ 138,00	\	\	\
90.07.01.196	TOXOPLASMOSE-ANTICORPOS IGA(ELISA)	R\$ 29,00	\	\	\
90.07.01.197	TOXOPLASMOSE ANTICORPOS IGM(CAPTURA)	R\$ 12,22	\	\	\
90.07.01.198	TREPONEMA PALLIDUM-ANTICORPOS IGM	R\$ 21,80	\	\	\
90.07.01.199	TRIAGEM TOXICOLOGICA	R\$ 240,00	\	\	\
90.07.01.200	TRICLOROCOMPOSTO TOTAIS	R\$ 14,80	\	\	\
90.07.01.201	TROPONINA CARDIACA I	R\$ 20,37	\	\	\
90.07.01.202	TSH NEONATAL	R\$ 6,15	\	\	\
90.07.01.203	UROBILINOGENIO-PESQUISA	R\$ 4,90	\	\	\
90.07.01.204	UROPORFIRINA-PESQUISA	R\$ 7,30	\	\	\
90.07.01.205	VARICELA ZOSTER-DETECCAO POR PCR	R\$ 138,00	\	\	\
90.07.01.206	WASSERMAN-REACAO	R\$ 2,80	\	\	\
90.07.01.207	WUCHERERIA BANCROFTI-PESQUISA	R\$ 29,00	\	\	\
90.07.01.208	ZINCO URINARIO	R\$ 26,60	\	\	\
90.07.01.209	ANTITROMBINA	R\$ 28,00	\	\	\
90.07.01.213	ANTICORPOS CONTRA PEPTIDEO CITRULINADO (ANTI-CCP)	R\$ 60,00	\	\	\
90.07.02.000	TESTE DE PATERNIDADE (PAI, MAE, CRIANÇA)	R\$ 420,00	\	\	\
90.07.03.000	TESTE DE PATERNIDADE (PAI, CRIANÇA)	R\$ 540,00	\	\	\
<b>COLETA DE MATERIAL POR MEIO DE PUNÇÃO / BIÓPSIA</b>					
02.01.01.008	BIÓPSIA DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO	R\$ 19,06	\	\	\
02.01.01.047	BIÓPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE	R\$ 30,00	\	\	\
02.01.01.056	BIÓPSIA/ EXERESE DE NÓDULO DE MAMA	R\$ 70,00	\	\	\
90.04.02.001	BIÓPSIA-GINECOLOGIA	R\$ 30,00	\	\	\
90.04.08.170	BIÓPSIA HEPÁTICA - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 60,67	\	\	\
90.04.08.171	BIÓPSIA HEPÁTICA - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 81,15	\	\	\
<b>DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA</b>					
02.04.01.003	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	R\$ 20,95	\	\	\
02.04.01.004	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMÁTICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)	R\$ 20,00	\	\	\
02.04.01.005	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	R\$ 20,95	\	\	\
02.04.01.006	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R\$ 20,00	\	\	\
02.04.01.007	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ)	R\$ 22,88	\	\	\
02.04.01.008	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	R\$ 20,00	\	\	\
02.04.01.009	RADIOGRAFIA DE LARINGE	R\$ 20,00	\	\	\
02.04.01.010	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	R\$ 22,58	\	\	\
02.04.01.011	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	R\$ 20,00	\	\	\
02.04.01.012	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 20,95	\	\	\
02.04.01.013	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO)	R\$ 20,00	\	\	\
02.04.01.014	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 20,00	\	\	\
02.04.01.015	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)	R\$ 20,00	\	\	\
02.04.01.016	RADIOGRAFIA OCLUSAL	R\$ 10,00	\	\	\
02.04.01.017	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MANDIBULA	R\$ 22,58	\	\	\
02.04.01.018	RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING)	R\$ 10,00	\	\	\
02.04.01.019	SIALOGRAFIA (POR GLANDULA)	R\$ 69,82	\	\	\
02.04.02.001	MIELOGRAFIA	R\$ 176,72	\	\	\
02.04.02.003	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	R\$ 20,83	\	\	\
02.04.02.004	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	R\$ 20,48	\	\	\
02.04.02.005	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 21,00	\	\	\
02.04.02.006	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 23,00	\	\	\
02.04.02.007	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	R\$ 27,00	\	\	\
02.04.02.008	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 27,00	\	\	\
02.04.02.009	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	R\$ 22,90	\	\	\
02.04.02.010	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	R\$ 24,33	\	\	\
02.04.02.011	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA	R\$ 30,00	\	\	\
02.04.02.012	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	R\$ 17,60	\	\	\
02.04.02.013	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL- TELESPONDILOGRAFIA ( P/ ESCOLIOSE)	R\$ 29,51	\	\	\
02.04.03.002	DUCTOGRAFIA (POR MAMA)	R\$ 84,54	\	\	\
02.04.03.003	MAMOGRAFIA BILATERAL	R\$ 61,72	\	\	\
02.04.03.005	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 19,12	\	\	\
02.04.03.006	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)	R\$ 13,35	\	\	\
02.04.03.007	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	R\$ 15,72	\	\	\
02.04.03.008	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	R\$ 37,63	\	\	\
02.04.03.009	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$ 17,69	\	\	\
02.04.03.010	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	R\$ 17,28	\	\	\
02.04.03.011	RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO	R\$ 27,27	\	\	\
02.04.03.012	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)	R\$ 13,35	\	\	\
02.04.03.013	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)	R\$ 21,48	\	\	\
02.04.03.014	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 19,12	\	\	\
02.04.03.015	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R\$ 16,68	\	\	\
02.04.03.016	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)	R\$ 13,10	\	\	\
02.04.03.017	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R\$ 14,00	\	\	\
02.04.04.001	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	R\$ 14,28	\	\	\
02.04.04.002	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 13,54	\	\	\
02.04.04.003	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	R\$ 13,54	\	\	\
02.04.04.004	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$ 14,16	\	\	\
02.04.04.005	RADIOGRAFIA DE BRACO	R\$ 16,51	\	\	\
02.04.04.006	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R\$ 16,51	\	\	\
02.04.04.007	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 13,34	\	\	\
02.04.04.008	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	R\$ 13,34	\	\	\
02.04.04.009	RADIOGRAFIA DE MAO	R\$ 13,34	\	\	\
02.04.04.010	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	R\$ 13,11	\	\	\
02.04.04.011	RADIOGRAFIA DE OMOPLATA / OMBRO (TRES POSICOES)	R\$ 17,69	\	\	\
02.04.04.012	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 13,12	\	\	\
02.04.05.001	CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE	R\$ 74,45	\	\	\
02.04.05.002	COLANGIOGRAFIA PER-OPERATORIA	R\$ 34,09	\	\	\
02.04.05.003	COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA	R\$ 34,09	\	\	\
02.04.05.004	DUODENOGRAFIA HIPOTONICA	R\$ 35,06	\	\	\

02.04.05.005	FISTULOGRAFIA	R\$ 53,36	\	\	\
02.04.05.006	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R\$ 75,27	\	\	\
02.04.05.008	PIELOGRAFIA ASCENDENTE	R\$ 68,00	\	\	\
02.04.05.011	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	R\$ 19,19	\	\	\
02.04.05.012	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	R\$ 23,35	\	\	\
02.04.05.013	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	R\$ 16,27	\	\	\
02.04.05.014	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO	R\$ 35,22	\	\	\
02.04.05.015	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)	R\$ 68,99	\	\	\
02.04.05.016	RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE)	R\$ 72,13	\	\	\
02.04.05.017	URETROCISTOGRAFIA	R\$ 65,95	\	\	\
02.04.05.018	UROGRAFIA VENOSA	R\$ 78,39	\	\	\
02.04.06.001	ARTROGRAFIA	R\$ 77,92	\	\	\
02.04.06.002	DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES) ou FÊMUR	R\$ 85,00	\	\	\
02.04.06.003	ESCANOMETRIA	R\$ 19,43	\	\	\
02.04.06.006	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	R\$ 19,43	\	\	\
02.04.06.007	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	R\$ 19,43	\	\	\
02.04.06.008	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	R\$ 19,43	\	\	\
02.04.06.009	RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 19,43	\	\	\
02.04.06.010	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	R\$ 19,43	\	\	\
02.04.06.011	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 19,43	\	\	\
02.04.06.012	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R\$ 19,43	\	\	\
02.04.06.013	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 19,43	\	\	\
02.04.06.014	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	R\$ 22,00	\	\	\
02.04.06.015	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	R\$ 19,43	\	\	\
02.04.06.016	RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$ 22,35	\	\	\
02.04.06.017	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 24,00	\	\	\
90.09.01.001	RX SEIOS DA FACE: F. N.	R\$ 14,34	\	\	\
<b>DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA</b>					
02.05.01.001	ECCARDIOGRAFIA SOB ESTRESSE FARMACOLÓGICO	R\$ 580,00	\	\	\
90.13.04.000	ECCARDIOGRAFIA SO ESTESSE FÍSICO	R\$ 400,00	\	\	\
90.13.01.000	ECCARDIOGRAFIA DOPPLER FETAL	R\$ 230,00	\	\	\
02.05.01.002	ECCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA	R\$ 580,00	\	\	\
02.05.01.003	ECCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	R\$ 140,00	\	\	\
02.05.01.003	ECCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA INFANTIL	R\$ 140,00	\	\	\
02.05.01.004	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS ( ATE 3 VASOS )	R\$ 100,00	\	\	\
02.05.01.005	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	R\$ 100,00	\	\	\
02.05.02.002	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA	R\$ 29,62	\	\	\
02.05.02.003	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VESICULA, VIAS BILIARES)	R\$ 60,00	\	\	\
02.05.02.004	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 90,00	\	\	\
02.05.02.005	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	R\$ 55,00	\	\	\
02.05.02.006	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO	R\$ 55,00	\	\	\
02.05.02.007	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 55,00	\	\	\
02.05.02.008	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA	R\$ 55,00	\	\	\
02.05.02.009	ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	R\$ 55,00	\	\	\
02.05.02.010	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 55,00	\	\	\
02.05.02.011	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 55,00	\	\	\
02.05.02.012	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 55,00	\	\	\
02.05.02.013	ULTRASSONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R\$ 55,00	\	\	\
02.05.02.014	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	R\$ 55,00	\	\	\
02.05.02.015	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 119,55	\	\	\
02.05.02.016	ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R\$ 55,00	\	\	\
02.05.02.017	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELAR	R\$ 55,00	\	\	\
02.05.02.018	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 55,00	\	\	\
90.06.01.001	ULTRA-SONOGRAFIA DE ÓRGÃO E EST. SUPERFICIAL (MAMAS BIL., TENDÕES, PÊNIS)	R\$ 27,72	\	\	\
90.06.01.003	ULTRA-SONOGRAFIA MORFOLÓGICA (GEMELAR)	R\$ 118,14	\	\	\
90.06.01.004	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA (GEMELAR)	R\$ 36,30	\	\	\
90.06.02.002	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE CARÓTIDAS	R\$ 120,82	\	\	\
90.06.02.003	ULTRA-SONOGRAFIA MORFOLÓGICA	R\$ 78,76	\	\	\
90.06.02.004	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER TESTÍCULO	R\$ 120,82	\	\	\
90.06.02.005	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER BOLSA ESCROTAL	R\$ 120,82	\	\	\
90.06.02.006	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS RENAIIS	R\$ 120,82	\	\	\
90.06.02.008	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO (GEMELAR)	R\$ 179,32	\	\	\
90.06.02.009	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO (GEMELAR)	R\$ 128,70	\	\	\
<b>DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA</b>					
02.06.01.001	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 200,00	\	\	\
02.06.01.002	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 200,00	\	\	\
02.06.01.003	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 200,00	\	\	\
02.06.01.004	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$ 220,00	\	\	\
02.06.01.005	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO	R\$ 220,00	\	\	\
02.06.01.006	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	R\$ 220,00	\	\	\
02.06.01.007	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	R\$ 220,00	\	\	\
02.06.02.001	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 210,00	\	\	\
02.06.02.002	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	R\$ 210,00	\	\	\
02.06.02.003	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R\$ 220,00	\	\	\
02.06.03.001	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 220,00	\	\	\
02.06.03.002	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 210,00	\	\	\
02.06.03.003	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 210,00	\	\	\
90.14.01.001	TOMOGRFIA DE COERENCIA OPTICA	R\$ 200,00	\	\	\
<b>ANGIOTOMOGRAFIAS COM CONTRASTE</b>					
90.14.01.002	ANGIOTOMOGRAFIA DE CRANIO ARTERIAL	R\$ 450,00	\	\	\
90.14.01.003	ANGIOTOMOGRAFIA DE PESCOÇO ARTERIAL	R\$ 450,00	\	\	\
90.14.01.004	ANGIOTOMOGRAFIA DE TORAX ARTERIAL	R\$ 450,00	\	\	\
90.14.01.005	ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR ARTERIAL	R\$ 450,00	\	\	\
90.14.01.006	ANGIOTOMOGRAFIA DE PELVE ARTERIAL	R\$ 450,00	\	\	\
90.14.01.007	ANGIOTOMOGRAFIA DE CRANIO VENOSA	R\$ 450,00	\	\	\
90.14.01.008	ANGIOTOMOGRAFIA DE PESCOÇO VENOSA	R\$ 450,00	\	\	\
90.14.01.009	ANGIOTOMOGRAFIA DE TORAX VENOSA	R\$ 450,00	\	\	\
90.14.01.010	ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR VENOSA	R\$ 450,00	\	\	\
90.14.01.011	ANGIOTOMOGRAFIA DE PELVE VENOSA	R\$ 450,00	\	\	\
90.14.01.022	ANGIOTOMOGRAFIA CORONORIANA	R\$ 450,00	\	\	\
90.14.01.023	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORÁCICA	R\$ 450,00	\	\	\
90.14.01.024	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL	R\$ 450,00	\	\	\



ANGIOTOMOGRAFIAS SEM CONTRASTE					
90.14.01.012	ANGIOTOMOGRAFIA DE CRANIO ARTERIAL	R\$ 400,00	\	\	\
90.14.01.013	ANGIOTOMOGRAFIA DE PESCOÇO ARTERIAL	R\$ 400,00	\	\	\
90.14.01.014	ANGIOTOMOGRAFIA DE TORAX ARTERIAL	R\$ 400,00	\	\	\
90.14.01.015	ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR ARTERIAL	R\$ 400,00	\	\	\
90.14.01.016	ANGIOTOMOGRAFIA DE PELVE ARTERIAL	R\$ 400,00	\	\	\
90.14.01.017	ANGIOTOMOGRAFIA DE CRANIO VENOSA	R\$ 400,00	\	\	\
90.14.01.018	ANGIOTOMOGRAFIA DE PESCOÇO VENOSA	R\$ 400,00	\	\	\
90.14.01.019	ANGIOTOMOGRAFIA DE TORAX VENOSA	R\$ 400,00	\	\	\
90.14.01.020	ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR VENOSA	R\$ 400,00	\	\	\
90.14.01.021	ANGIOTOMOGRAFIA DE PELVE VENOSA	R\$ 400,00	\	\	\
90.14.01.025	ANGIOTOMOGRAFIA CORONORIANA	R\$ 400,00	\	\	\
90.14.01.026	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORÁCICA	R\$ 400,00	\	\	\
90.14.01.027	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL	R\$ 400,00	\	\	\
90.08.01.001	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX-INTERNADOS	R\$ 45,00	\	\	\
90.08.01.002	TOMOGRAFIA COMPUT. DE SEGM. APENDICULARES (BRACO, PERNA)-INTERNADOS	R\$ 45,00	\	\	\
90.08.01.003	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO-INTERNADOS	R\$ 45,00	\	\	\
90.08.01.004	TOMOGRAFIA COMPUT. DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR-INTERNADOS	R\$ 45,00	\	\	\
90.08.01.005	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE OU BACIA-INTERNADOS	R\$ 45,00	\	\	\
90.08.01.006	TOMOGRAFIA COMPUT. FACE/SEIOS DA FACE/ART. TEMPORO MADIBULAR-INTERNADOS	R\$ 45,00	\	\	\
90.08.01.007	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO-INTERNADOS	R\$ 45,00	\	\	\
90.08.01.008	TOMOGRAFIA COMPUT. DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE-INTERNADOS	R\$ 45,00	\	\	\
90.08.01.009	TOMOGRAFIA COMPUT. DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE-INTERNADOS	R\$ 45,00	\	\	\
90.08.01.010	TOMOGRAFIA COMPUT. DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE-INTERNADOS	R\$ 45,00	\	\	\
90.08.01.011	TOMOGRAFIA COMPUT. DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR-INTERNADOS	R\$ 45,00	\	\	\
90.08.01.012	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR-INTERNADOS	R\$ 45,00	\	\	\
DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA - SUS					
02.06.01.001	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE - SUS	R\$ 86,76	\	\	\
02.06.01.002	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE - SUS	R\$ 101,10	\	\	\
02.06.01.003	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE - SUS	R\$ 86,76	\	\	\
02.06.01.004	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES - SUS	R\$ 86,75	\	\	\
02.06.01.005	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO - SUS	R\$ 86,75	\	\	\
02.06.01.006	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA - SUS	R\$ 97,44	\	\	\
02.06.01.007	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO - SUS	R\$ 97,44	\	\	\
02.06.02.001	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR - SUS	R\$ 86,75	\	\	\
02.06.02.002	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) - SUS	R\$ 86,75	\	\	\
02.06.02.003	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX - SUS	R\$ 136,41	\	\	\
02.06.03.001	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR - SUS	R\$ 138,63	\	\	\
02.06.03.002	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR - SUS	R\$ 86,75	\	\	\
02.06.03.003	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR - SUS	R\$ 138,63	\	\	\
DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA					
02.07.01.001	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	R\$ 400,00	\	\	\
02.07.01.002	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	R\$ 400,00	\	\	\
02.07.01.003	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 400,00	\	\	\
02.07.01.004	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 400,00	\	\	\
02.07.01.005	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	R\$ 400,00	\	\	\
02.07.01.006	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	R\$ 400,00	\	\	\
02.07.01.007	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	R\$ 400,00	\	\	\
02.07.02.001	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE	R\$ 400,00	\	\	\
02.07.02.002	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 400,00	\	\	\
02.07.02.003	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	R\$ 400,00	\	\	\
02.07.03.001	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 400,00	\	\	\
02.07.03.002	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 400,00	\	\	\
02.07.03.003	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$ 400,00	\	\	\
02.07.03.004	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES	R\$ 400,00	\	\	\
DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO					
02.08.01.001	CINTILOGRAFIA DE CORACAO C/ GALIO 67	R\$ 457,55	\	\	\
02.08.01.002	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECOES)	R\$ 436,81	\	\	\
02.08.01.003	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECOES)	R\$ 383,07	\	\	\
02.08.01.004	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ LOCALIZACAO DE NECROSE (MINIMO 3 PROJECOES)	R\$ 166,47	\	\	\
02.08.01.005	CINTILOGRAFIA P/ AVALIACAO DE FLUXO SANGUINEO DE EXTREMIDADES	R\$ 114,02	\	\	\
02.08.01.006	CINTILOGRAFIA P/ QUANTIFICACAO DE SHUNT EXTRACARDIACO	R\$ 142,57	\	\	\
02.08.01.007	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE ESFORCO	R\$ 237,01	\	\	\
02.08.01.008	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)	R\$ 176,72	\	\	\
02.08.01.009	DETERMINACAO DE FLUXO SANGUINEO REGIONAL	R\$ 130,73	\	\	\
02.08.02.001	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E BACO (MINIMO 5 IMAGENS)	R\$ 151,26	\	\	\
02.08.02.002	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E VIAS BILIARES	R\$ 217,06	\	\	\
02.08.02.003	CINTILOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTIMULO	R\$ 98,86	\	\	\
02.08.02.005	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (LIQUIDO)	R\$ 179,81	\	\	\
02.08.02.006	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (SEMI-SOLIDO)	R\$ 179,81	\	\	\
02.08.02.007	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO GASTRICO	R\$ 171,77	\	\	\
02.08.02.008	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL	R\$ 141,74	\	\	\
02.08.02.010	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NAO ATIVA	R\$ 319,22	\	\	\
02.08.02.011	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO	R\$ 179,81	\	\	\
02.08.02.012	IMUNO-CINTILOGRAFIA (ANTICORPO MONOCLONAL)	R\$ 1.328,00	\	\	\
02.08.03.001	CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES	R\$ 349,14	\	\	\
02.08.03.002	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ OU S/ CAPTACAO	R\$ 92,34	\	\	\
02.08.03.003	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ TESTE DE SUPRESSAO / ESTIMULO	R\$ 107,30	\	\	\
02.08.03.004	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO	R\$ 338,70	\	\	\
02.08.03.005	TESTE DO PERCLORATO C/ RADIOISOTOPO	R\$ 107,40	\	\	\
02.08.04.002	CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GALIO 67	R\$ 457,55	\	\	\
02.08.04.003	CINTILOGRAFIA DE TESTICULO E BOLSA ESCROTAL	R\$ 130,34	\	\	\
02.08.04.005	CINTILOGRAFIA RENAL (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	R\$ 157,31	\	\	\
02.08.04.006	CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	R\$ 153,41	\	\	\
02.08.04.007	CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	R\$ 157,81	\	\	\
02.08.04.008	DETERMINACAO DE FILTRACAO GLOMERULAR	R\$ 63,22	\	\	\
02.08.04.009	DETERMINACAO DE FLUXO PLASMÁTICO RENAL	R\$ 63,22	\	\	\

02.08.04.010	ESTUDO RENAL DINAMICO C/ OU S/ DIURETICO	R\$ 171,22	\	\	\
02.08.05.001	CINTILOGRAFIA DE ARTICULACOES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO	R\$ 180,32	\	\	\
02.08.05.003	CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUINEO (CORPO INTEIRO)	R\$ 190,99	\	\	\
02.08.05.004	CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO C/ GALIO 67	R\$ 457,55	\	\	\
02.08.06.001	CINTILOGRAFIA DE PERFUSAO CEREBRAL C/ TALIO (SPCTO)	R\$ 438,01	\	\	\
02.08.06.002	CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIACAO DO TRANSITO LIQUORICO)	R\$ 261,71	\	\	\
02.08.06.003	ESTUDO DE FLUXO SANGUINEO CEREBRAL	R\$ 119,16	\	\	\
02.08.07.001	CINTILOGRAFIA DE PULMAO C/ GALIO 67	R\$ 457,55	\	\	\
02.08.07.002	CINTILOGRAFIA DE PULMAO P/ PESQUISA DE ASPIRACAO	R\$ 170,51	\	\	\
02.08.07.003	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR INALACAO (MINIMO 2 PROJECOES)	R\$ 128,12	\	\	\
02.08.07.004	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECOES)	R\$ 161,52	\	\	\
02.08.08.001	CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA OSSEA)	R\$ 137,51	\	\	\
02.08.08.002	DEMONSTRACAO DE SEQUESTRO DE HEMACIAS PELO BACO (C/ RADIOISOTOPOS)	R\$ 97,37	\	\	\
02.08.08.003	DETERMINACAO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS (C/ RADIOISOTOPOS)	R\$ 73,21	\	\	\
02.08.08.004	LINFOCINTILOGRAFIA	R\$ 170,51	\	\	\
02.08.09.001	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS	R\$ 906,80	\	\	\
02.08.09.002	CINTILOGRAFIA DE GLANDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)	R\$ 70,58	\	\	\
02.08.09.003	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	R\$ 311,77	\	\	\
<b>TRATAMENTO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO</b>					
03.03.12.005	TRATAMENTO DE DOR OSSEA C/ SAMARIO (POR PACIENTE)	R\$ 579,90	\	\	\
03.03.12.006	TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO (PLUMMER - ATE 30 MCI)	R\$ 443,70	\	\	\
03.03.12.007	TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO GRAVES	R\$ 359,70	\	\	\
<b>DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA</b>					
02.09.01.001	COLANGIOPANCREATOGRRAFIA RETROGRADA (VIA ENDOSCOPICA)	R\$ 59,36	\	\	\
02.09.01.002	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	R\$ 250,00	\	\	\
02.09.01.003	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (ENDOSCOPIA)	R\$ 130,00	\	\	\
02.09.01.005	RETOSIGMOIDOSCOPIA	R\$ 100,00	\	\	\
90.01.14.001	COLO+ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	R\$ 350,00	\	\	\
<b>TRATAMENTO DE DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO</b>					
03.03.07.001	DILATAÇÃO DE ESOFAGO C/ OGIVAS SOB VISAO ENDOSCOPICA (POR SESSAO)	R\$ 72,60	\	\	\
03.03.07.004	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESOFAGO	R\$ 140,00	\	\	\
90.04.08.437	DILATAÇÃO DE CÔLON – CRE	R\$ 40,00	\	\	\
<b>DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA</b>					
02.10.01.002	ANGIOGRAFIA DE ARCO AORTICO	R\$ 137,01	\	\	\
02.10.01.004	AORTOGRAFIA ABDOMINAL	R\$ 189,73	\	\	\
02.10.01.007	ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO (UNILATERAL)	R\$ 179,46	\	\	\
02.10.01.008	ARTERIOGRAFIA DIGITAL (POR VIA VENOSA)	R\$ 200,01	\	\	\
02.10.01.009	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE DOENCA ARTERIOSCLEROTICA AORTO-ILIACA E DISTAL	R\$ 504,33	\	\	\
02.10.01.010	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE HEMORRAGIA CEREBRAL	R\$ 504,33	\	\	\
02.10.01.011	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE ISQUEMIA CEREBRAL	R\$ 504,43	\	\	\
02.10.01.013	ARTERIOGRAFIA SELETIVA DE CAROTIDA	R\$ 190,31	\	\	\
02.10.01.014	ARTERIOGRAFIA SELETIVA POR CATETER (POR VASO)	R\$ 201,51	\	\	\
02.10.01.015	ARTERIOGRAFIA SELETIVA VERTEBRAL	R\$ 201,51	\	\	\
02.10.01.017	FLEBOGRAFIA DE MEMBRO	R\$ 145,94	\	\	\
02.10.02.001	COLANGIOGRAFIA TRANSCUTANEA	R\$ 53,65	\	\	\
<b>DIAGNÓSTICO EM CARDIOLOGIA</b>					
02.11.02.001	CATERISMO CARDIACO	R\$ 800,00	\	\	\
02.11.02.003	ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 10,50	\	\	\
02.11.02.004	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	R\$ 98,00	\	\	\
02.11.02.005	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL	R\$ 80,00	\	\	\
02.11.02.006	TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMETRICO	R\$ 63,00	\	\	\
<b>DIAGNÓSTICO EM GINECOLOGIA-OBSTETRÍCIA</b>					
02.11.04.002	COLPOSCOPIA	R\$ 20,00	\	\	\
02.11.04.003	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO DO CONTEUDO CERVICO-VAGINAL	R\$ 2,80	\	\	\
<b>TRATAMENTO DO APARELHO GENITURINÁRIO</b>					
03.09.03.004	CRIOCAUTERIZACAO / ELETROCOAGULACAO DE COLO DE UTERO	R\$ 40,00	\	\	\
90.04.06.001	LITOTRIPSIA	R\$ 800,00	\	\	\
<b>DIAGNÓSTICO EM UROLOGIA</b>					
02.09.02.001	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA	R\$ 200,00	\	\	\
02.11.09.001	AVALIAÇÃO URODINAMICA COMPLETA/ESTUDO URODINÂMICO	R\$ 250,00	\	\	\
<b>DIAGNÓSTICO EM NEUROLOGIA</b>					
02.11.05.002	ELETRORNOCEFALOGRAFIA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO-ESTIMULO	R\$ 25,00	\	\	\
02.11.05.003	ELETRORNOCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG)	R\$ 39,60	\	\	\
02.11.05.008	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) DE DOIS MEMBROS (INFERIORES OU SUPERIORES)	R\$ 240,00	\	\	\
<b>DIAGNÓSTICO EM OFTALMOLOGIA</b>					
02.11.06.001	BIOMETRIA ULTRASSONICA	R\$ 24,24	\	\	\
02.11.06.003	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	R\$ 40,00	\	\	\
02.11.06.010	FUNDOSCOPIA	R\$ 3,75	\	\	\
02.11.06.012	MAPEAMENTO DE RETINA	R\$ 25,00	\	\	\
02.11.06.014	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA	R\$ 24,24	\	\	\
02.11.06.015	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	R\$ 49,83	\	\	\
02.11.06.017	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R\$ 49,36	\	\	\
02.11.06.018	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R\$ 80,00	\	\	\
02.11.06.025	TONOMETRIA	R\$ 5,00	\	\	\
02.11.06.026	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CORNEA	R\$ 50,00	\	\	\
90.04.04.001	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA - AO	R\$ 80,00	\	\	\
90.04.04.002	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA-MONOCULAR	R\$ 40,00	\	\	\
90.04.05.001	MAPEAMENTO DE RETINA - AO	R\$ 50,00	\	\	\
90.04.05.002	MAPEAMENTO DE RETINA - MONOCULAR	R\$ 25,00	\	\	\
<b>DIAGNÓSTICO EM OTORRINOLARINGOLOGIA / FONOAUDILOGIA</b>					
02.11.07.002	AUDIOMETRIA DE REFORÇO VISUAL (VIA AEREA / OSSEA)	R\$ 21,00	\	\	\
02.11.07.003	AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	R\$ 20,13	\	\	\
02.11.07.004	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)	R\$ 21,00	\	\	\
02.11.07.009	AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DE DEFICIENCIA AUDITIVA	R\$ 24,75	\	\	\
02.11.07.010	AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE DEFICIENCIA AUDITIVA	R\$ 46,56	\	\	\

02.11.07.015	ESTUDO DE EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANSITORIAS E PRODUTOS DE DISTORCAO (EOA)	R\$ 46,88	\	\	\
02.11.07.020	IMITANCIOMETRIA	R\$ 23,00	\	\	\
02.11.07.021	LOGOaudiometria (LDV-IRF-LRF)	R\$ 26,50	\	\	\
02.11.07.024	PESQUISA DE GANHO DE INSERCAO	R\$ 12,00	\	\	\
02.11.07.026	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA MEDIA E LONGA LATENCIA	R\$ 46,88	\	\	\
02.11.07.027	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO P/ TRIAGEM AUDITIVA	R\$ 13,51	\	\	\
02.11.07.029	REAVALIACAO DIAGNOSTICA DE DEFICIENCIA AUDITIVA EM PACIENTE MAIOR DE 3 ANOS	R\$ 22,55	\	\	\
02.11.07.030	REAVALIACAO DIAGNOSTICA DE DEFICIENCIA AUDITIVA EM PACIENTE MENOR DE 3 ANOS	R\$ 44,36	\	\	\
02.11.07.031	SELECAO E VERIFICACAO DE BENEFICIO DO AASI	R\$ 8,75	\	\	\
90.02.02.002	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR INFANTIL CONDICIONADA -PEEP SHOW(AC)	R\$ 9,00	\	\	\
90.02.02.003	TESTE DE PROTESE AUDITIVA PARA SELEÇÃO OU VERIFICAÇÃO DO GAN	R\$ 3,51	\	\	\
90.02.02.004	TESTE DE VERIFICAÇÃO DO GANHO DE INSERCAO DA PROTESE AUDITIVA	R\$ 3,51	\	\	\
02.09.04.001	BRONCOSCÓPIA (BRONCOFIBROSCOPIA)	R\$ 70,00	\	\	\
02.09.04.002	LARINGOSCÓPIA	R\$ 50,00	\	\	\
<b>TRATAMENTO / ATENDIMENTO / ACOMPANHAMENTO</b>					
03.01.07.001	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE C/ IMPLANTE COCLEAR	R\$ 58,62	\	\	\
03.01.07.003	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE P/ ADAPTAÇÃO DE APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) UNILATERAL	R\$ 21,68	\	\	\
03.01.07.011	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL	R\$ 10,90	\	\	\
90.04.01.001	CAUTERIZAÇÃO NASAL (EPISTAXE) - UNILATERAL	R\$ 20,00	\	\	\
90.04.01.002	CAUTERIZAÇÃO NASAL (EPISTAXE) - BILATERAL	R\$ 40,00	\	\	\
90.04.01.003	CAUTERIZAÇÃO DE FARINGE - POR SESSÃO	R\$ 15,00	\	\	\
90.04.01.004	LARINGOESTROSCOPIA	R\$ 75,00	\	\	\
90.04.01.005	NASOFIBROSCOPIA	R\$ 50,00	\	\	\
<b>DIAGNÓSTICO EM PNEUMOLOGIA</b>					
02.11.08.002	GASOMETRIA	R\$ 9,80	\	\	\
02.11.08.005	PROVA DE FUNCAO PULMONAR SIMPLES OU COMPLETA C/ BRONCODILATADOR (ESPIROMETRIA)	R\$ 50,00	\	\	\
<b>FISIOTERAPIA</b>					
03.02.05.001	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES NO PRE E POS-OPERATORIO NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELETICAS	R\$ 8,50	\	\	\
03.02.05.002	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO NAS ALTERACOES MOTORAS	R\$ 8,50	\	\	\
03.02.05.003	ATENDIMENTO FISIOTERAPICO EM PACIENTES ACAMADOS	R\$ 17,00	\	\	\
90.02.05.001	EQUOTERAPIA	R\$ 25,00	\	\	\
90.02.07.001	HIDROTERAPIA	R\$ 15,00	\	\	\
<b>TRATAMENTO VASCULAR - ANGIOLOGIA</b>					
90.02.03.001	BOTA DE UNNA	R\$ 45,00	\	\	\
90.02.03.002	TRATAMENTO DE VARIZES COM ESPUMA	R\$ 320,00	\	\	\
<b>CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA</b>					
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA NIVEL 01	R\$ 37,00	\	\	\
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA NIVEL 02	R\$ 50,00	\	\	\
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA NIVEL 03	R\$ 60,00	\	\	\
<b>CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)</b>					
03.01.08.017	CONSULTA EM PSICOLOGIA	R\$ 18,00	\	\	\
03.01.01.004	CONSULTA EM FONOAUDILOGIA	R\$ 18,00	\	\	\
03.01.01.004	CONSULTA EM NUTRIÇÃO	R\$ 18,00	\	\	\
03.01.01.004	CONSULTA EM TERAPIA OCUPACIONAL	R\$ 18,00	\	\	\
<b>ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS</b>					
07.01.03.015	MOLDE AURICULAR (REPOSICAO)	R\$ 8,75	\	\	\
07.01.04.005	OCULOS C/ LENTES CORRETIVAS IGUAIS / MAIORES QUE 0,5 DIOPTRIAS (TABELA SUS)	R\$ 28,00	\	\	\
07.01.04.006	PROTESE OCULAR	R\$ 910,00	\	\	\
07.01.04.002	LENTE ESCLERAL PINTADA	R\$ 1.060,00	\	\	\
90.10.01.001	Oculos (lente com armação)0,00 ATÉ + 2,00 ESFÉRICO COM ARMAÇÃO	R\$ 48,00	\	\	\
90.10.01.002	Oculos (lente com armação)+2,25 ATE +4 ESFÉRICO COM ARMAÇÃO	R\$ 51,00	\	\	\
90.10.01.003	Oculos (Lente com armação) +4,25 ATÉ +6 ESFÉRICO COM ARMAÇÃO	R\$ 60,00	\	\	\
90.10.01.004	Oculos (Lente com armação)0,00 ATÉ +2 ESFÉRICO / CILINDRICO -2,00 COM ARMAÇÃO	R\$ 60,00	\	\	\
90.10.01.005	Oculos (lente com armação) + 2,25 ATÉ +4,00 ESFÉRICO/ CILINDRICO-2,00 COM ARMAÇÃO	R\$ 60,00	\	\	\
90.10.01.006	Oculos (lente com armação) + 4,25 ATÉ +6,00 ESFÉRICO/ CILINDRICO-2,00 COM ARMAÇÃO	R\$ 66,00	\	\	\
90.10.01.007	Oculos (lente com armação) + 6,25 ATÉ +8,00 ESFÉRICO/ CILINDRICO-2,00 COM ARMAÇÃO	R\$ 69,00	\	\	\
90.10.01.008	Oculos (lente com armação) de -2,00 ATÉ +2,00 ESFÉRICO/ CILINDRICO -3,00 COM ARMAÇÃO	R\$ 67,50	\	\	\
90.10.01.009	Oculos (lente com armação) de 4,00 ATÉ +4,00 ESFÉRICO/ CILINDRICO -3,00 COM ARMAÇÃO	R\$ 82,50	\	\	\
90.10.01.010	Oculos (lente com armação) -5,00 ATÉ +5,00 ESFÉRICO/ CILINDRICO -5,00 COM ARMAÇÃO	R\$ 90,00	\	\	\
90.10.01.011	BIFOCAL ULTEX COM ARMAÇÃO	R\$ 67,50	\	\	\
90.10.01.012	PROGRESSIVAS / MULTIFOCAIS COM ARMAÇÃO	R\$ 82,50	\	\	\
<b>LAUDO</b>					
02.11.02.003	ELETROCARDIOGRAMA - LAUDO	R\$ 6,50	\	\	\
90.07.04.001	ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO-ESTIMULO - LAUDO - ADULTO	R\$ 13,00	\	\	\
90.07.04.002	ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO-ESTIMULO - LAUDO - INFANTIL	R\$ 15,00	\	\	\
90.09.01.003	LAUDO DE RX	R\$ 5,00	\	\	\
<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO CRE</b>					
90.06.01.001	ULTRA-SONOGRAFIA DE ÓRGÃO E EST. SUPERFICIAL (MAMAS BIL., TENDÕES, PÊNIS)	R\$ 16,63	\	\	\
90.06.01.003	ULTRA-SONOGRAFIA MORFOLÓGICA (GEMELAR)	R\$ 70,88	\	\	\
90.06.01.004	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTÉTRICA (GEMELAR)	R\$ 21,78	\	\	\
90.06.02.002	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE CARÓTIDAS	R\$ 72,49	\	\	\
90.06.02.003	ULTRA-SONOGRAFIA MORFOLÓGICA	R\$ 47,26	\	\	\
90.06.02.004	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER TESTÍCULO	R\$ 72,49	\	\	\
90.06.02.005	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER BOLSA ESCROTAL	R\$ 72,49	\	\	\
90.06.02.006	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS RENAIS	R\$ 72,49	\	\	\
90.06.02.008	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTÉTRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO (GEMELAR)	R\$ 107,59	\	\	\
90.06.02.009	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO (GEMELAR)	R\$ 77,22	\	\	\
02.05.01.004	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS ( ATÉ 3 VASOS )	R\$ 60,00	\	\	\
02.05.01.005	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	R\$ 60,00	\	\	\
02.05.02.003	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	R\$ 36,00	\	\	\
02.05.02.004	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 54,00	\	\	\
02.05.02.005	ULTRA-SONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$ 33,00	\	\	\
02.05.02.006	ULTRA-SONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO	R\$ 33,00	\	\	\
02.05.02.007	ULTRA-SONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 33,00	\	\	\

02.05.02.008	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA	R\$ 33,00	\	\	\
02.05.02.009	ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	R\$ 33,00	\	\	\
02.05.02.010	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 33,00	\	\	\
02.05.02.011	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 33,00	\	\	\
02.05.02.012	ULTRA-SONOGRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 33,00	\	\	\
02.05.02.013	ULTRA-SONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R\$ 33,00	\	\	\
02.05.02.014	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA	R\$ 33,00	\	\	\
02.05.02.015	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 71,73	\	\	\
02.05.02.016	ULTRA-SONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R\$ 33,00	\	\	\
02.05.02.017	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSFONTANELAR	R\$ 33,00	\	\	\
02.05.02.018	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 33,00	\	\	\
02.11.02.004	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTZER 24 HORAS (3 CANAIS) - realizados no CRE	R\$ 48,00	\	\	\
02.11.02.005	MAPA (MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL) - realizada no CRE	R\$ 40,00	\	\	\
02.11.05.008	ELETRONEUROMIOGRAFIA (ENMG) DE DOIS MEMBROS (INFERIORES OU SUPERIORES) - realizados no CRE	R\$ 110,00	\	\	\
02.09.01.003	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA - CRE	R\$ 65,00	\	\	\
02.09.01.002	COLONOSCOPIA - CRE	R\$ 125,00	\	\	\
90.04.14.001	COLO+ENDOSCOPIA - CRE	R\$ 175,00	\	\	\
02.09.01.005	RETOSIGMOENDOSCOPIA - CRE	R\$ 50,00	\	\	\
04.07.01.031	TRATAMENTO ESCLEROSANTE / LIGADURA ELASTICA DE LESAO HEMORRAGICA DO APARELHO DIGESTIVO - CRE	R\$ 75,00	\	\	\
04.07.01.032	TRATAMENTO ESCLEROSANTE DE LESOES NAO HEMORRAGICAS DO APARELHO DIGESTIVO INCLUINDO LIGADURA ELASTICA - CRE	R\$ 75,00	\	\	\
03.03.07.004	POLIPECTOMIA DE ESOFAGO - CRE	R\$ 70,00	\	\	\
04.07.02.039	POLIPECTOMIA DE COLON - CRE	R\$ 70,00	\	\	\
03.03.07.001	DILATAÇÃO DE ESÓFAGO C/ OGIVAS SOB VISÃO ENDOSCÓPICA - CRE	R\$ 40,00	\	\	\
90.04.08.437	DILATAÇÃO DE COLON - CRE	R\$ 40,00	\	\	\
<b>PROCEDIMENTOS AMBULATÓRIOS - (CRE)</b>		<b>Total</b>	<b>Hospital</b>	<b>Profissional</b>	
02.01.01.061	PUNCAO DE VAGINA	R\$ 21,15	R\$ 10,58	R\$ 10,58	\
02.01.01.063	PUNCAO LOMBAR	R\$ 10,56	R\$ 5,28	R\$ 5,28	\
02.01.01.064	PUNCAO P/ ESVAZIAMENTO	R\$ 19,88	R\$ 9,94	R\$ 9,94	\
03.01.10.010	INALACAÇÃO / NEBULIZAÇÃO	R\$ 6,00	R\$ 3,00	R\$ 3,00	\
03.01.10.014	OXIGENOTERAPIA	R\$ 5,00	R\$ 2,50	R\$ 2,50	\
03.03.09.001	ARTROCENTESE DE GRANDES ARTICULACOES	R\$ 46,04	R\$ 23,02	R\$ 23,02	\
03.03.09.007	REVISAO COM TROCA DE APARELHO GESSADO EM MEMBRO INFERIOR	R\$ 37,97	R\$ 18,99	R\$ 18,99	\
03.03.09.009	REVISAO COM TROCA DE APARELHO GESSADO EM MEMBRO SUPERIOR	R\$ 33,32	R\$ 16,66	R\$ 16,66	\
03.03.09.012	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA NA CINTURA ESCAPULAR (C/ IMOBILIZACAO)	R\$ 54,89	R\$ 27,45	R\$ 27,45	\
03.03.09.014	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE COSTELAS	R\$ 22,56	R\$ 11,28	R\$ 11,28	\
03.03.09.015	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE PUNHO COM LUVA GESSADA	R\$ 171,66	R\$ 85,83	R\$ 85,83	\
03.03.09.016	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE OSSO METACARPICO	R\$ 171,66	R\$ 85,83	R\$ 85,83	\
03.03.09.020	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO INFERIOR C/ IMOBILIZACAO	R\$ 62,90	R\$ 31,45	R\$ 31,45	\
03.03.09.021	TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESAO DA COLUNA CERVICAL C/ IMOBILIZACAO	R\$ 71,37	R\$ 35,69	R\$ 35,69	\
03.03.09.022	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO SUPERIOR C/ IMOBILIZACAO	R\$ 62,45	R\$ 31,23	R\$ 31,23	\
03.03.09.025	TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESAO DE COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA C/ IMOBILIZACAO	R\$ 71,37	R\$ 35,69	R\$ 35,69	\
03.03.09.026	TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESAO DE MECANISMO EXTENSOR DOS DEDOS	R\$ 26,78	R\$ 13,39	R\$ 13,39	\
03.03.09.028	TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESAO LIGAMENTAR EM MEMBRO C/ IMOBILIZACAO	R\$ 52,80	R\$ 26,40	R\$ 26,40	\
03.09.06.003	INSTALCAO DE CATETER MONO LUMEN POR PUNCAO	R\$ 127,50	R\$ 63,75	R\$ 63,75	\
04.01.01.001	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO (POR PACIENTE)	R\$ 48,60	R\$ 24,30	R\$ 24,30	\
04.01.01.002	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO (POR PACIENTE)	R\$ 24,30	R\$ 12,15	R\$ 12,15	\
04.01.01.005	EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	R\$ 34,74	R\$ 17,37	R\$ 17,37	\
04.01.01.007	EXCERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA	R\$ 18,69	R\$ 9,35	R\$ 9,35	\
04.01.02.005	EXCISAO E SUTURA DE LESAO NA PELE C/ PLASTICA EM Z OU ROTACAO DE RETALHO	R\$ 11,75	R\$ 5,88	R\$ 5,88	\
04.04.01.026	PUNCAO TRANSMIATICA DO SEIO MAXILAR (UNILATERAL)	R\$ 16,92	R\$ 8,46	R\$ 8,46	\
04.04.02.009	EXCISAO E SUTURA DE LESAO NA BOCA	R\$ 42,00	R\$ 21,00	R\$ 21,00	\
04.05.01.017	SUTURA DE PALPEBRAS	R\$ 123,42	R\$ 61,71	R\$ 61,71	\
04.06.02.013	EXCISAO E SUTURA DE HEMANGIOMA	R\$ 44,79	R\$ 22,40	R\$ 22,40	\
04.06.02.014	EXCISAO E SUTURA DE LINFANGIOMA / NEVUS	R\$ 44,79	R\$ 22,40	R\$ 22,40	\
04.07.02.013	DRENAGEM DE ABSCESSO ANU-RETAL	R\$ 34,08	R\$ 17,04	R\$ 17,04	\
04.07.02.014	DRENAGEM DE ABSCESSO ISQUIORRETAL	R\$ 34,08	R\$ 17,04	R\$ 17,04	\
04.08.06.008	BURCECTOMIA JOELHO	R\$ 42,63	R\$ 21,32	R\$ 21,32	\
04.08.06.015	MANIPULACAO ARTICULAR	R\$ 42,63	R\$ 21,32	R\$ 21,32	\
04.08.06.021	RESSECCAO DE CISTO SINOVIAL	R\$ 42,60	R\$ 21,30	R\$ 21,30	\
04.08.06.035	RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-OSSEO	R\$ 42,63	R\$ 21,32	R\$ 21,32	\
04.08.06.040	RETIRADA DE TRACAO TRANS-ESQUELETICA	R\$ 42,63	R\$ 21,32	R\$ 21,32	\
04.09.04.001	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOLSA ESCROTAL	R\$ 19,46	R\$ 9,73	R\$ 9,73	\
04.09.07.012	DRENAGEM DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE	R\$ 19,46	R\$ 9,73	R\$ 9,73	\
04.12.05.017	TORACOCENTESE/DRENAGEM DE PLEURA	R\$ 82,46	R\$ 41,23	R\$ 41,23	\
04.13.01.003	CURATIVO EM GRANDE QUEIMADO	R\$ 65,63	R\$ 32,82	R\$ 32,82	\
04.13.01.004	CURATIVO EM MEDIO QUEIMADO	R\$ 46,88	R\$ 23,44	R\$ 23,44	\
04.13.01.005	CURATIVO EM PEQUENO QUEIMADO	R\$ 28,13	R\$ 14,07	R\$ 14,07	\
04.15.04.004	DEBRIDAMENTO DE ULCERA / NECROSE	R\$ 44,79	R\$ 22,40	R\$ 22,40	\
90.10.01.013	OBSERVAÇÃO CLÍNICA ATÉ 12 HORAS	R\$ 20,00	R\$ 10,00	R\$ 10,00	\
<b>PROCEDIMENTOS CIRURGICOS</b>					
<b>PEQUENAS CIRURGIAS E CIRURGIAS DE PELE, TECIDO SUBCUTÂNEO E MUCOSA</b>		<b>Total</b>	<b>Hospital</b>	<b>Profissional</b>	<b>Anestesiista</b>
04.01.02.008	EXERESE DE CISTO SACRO-COCCIGEO	R\$ 287,44	R\$ 143,72	R\$ 100,60	R\$ 43,12
<b>CIRURGIAS DE GLÂNDULA ENDÓCRINAS</b>					
04.02.01.003	TIREOIDECTOMIA PARCIAL	R\$ 851,26	R\$ 425,63	R\$ 297,94	R\$ 127,69
<b>CIRURGIA DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL E PERIFÉRICO</b>					
04.03.02.012	TRATAMENTO CIRURGICO DA SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL ÓSTEO FIBROSO AO NIVEL DO CARPO	R\$ 695,24	R\$ 347,62	R\$ 243,33	R\$ 104,29
<b>CIRURGIA DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES, DA FACE, DA CABEÇA E DO PESCOÇO</b>					
04.04.01.001	ADENOIDECTOMIA	R\$ 696,36	R\$ 348,18	R\$ 243,73	R\$ 104,45
04.04.01.002	AMIGDALECTOMIA	R\$ 613,14	R\$ 306,57	R\$ 214,60	R\$ 91,97
04.04.01.003	AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA	R\$ 674,44	R\$ 337,22	R\$ 236,05	R\$ 101,17
04.04.01.010	ETAPEDECTOMIA	R\$ 1.352,52	R\$ 676,26	R\$ 473,38	R\$ 202,88
04.04.01.021	MASTOIDECTOMIA RADICAL	R\$ 1.514,26	R\$ 757,13	R\$ 529,99	R\$ 227,14
04.04.01.022	MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL	R\$ 967,10	R\$ 483,55	R\$ 338,49	R\$ 145,07
04.04.01.023	MICROCIRURGIA OTOLÓGICA	R\$ 753,50	R\$ 376,75	R\$ 263,73	R\$ 113,03

04.04.01.027	REMOÇÃO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNI / BILATERAL	R\$ 5,63	R\$ 2,82	R\$ 1,97	R\$ 0,84
04.04.01.030	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CAVIDADE AUDITIVA E NASAL	R\$ 18,00	R\$ 9,00	R\$ 6,30	R\$ 2,70
04.04.01.031	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO / FARINGE / LARINGE / NARIZ	R\$ 26,42	R\$ 13,21	R\$ 9,25	R\$ 3,96
04.04.01.034	TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR	R\$ 40,00	R\$ 20,00	R\$ 14,00	R\$ 6,00
04.04.01.035	TIMPANOPLASTIA (UNI/ BILATERAL)	R\$ 1.236,30	R\$ 618,15	R\$ 432,71	R\$ 185,45
04.04.01.041	TURBINECTOMIA	R\$ 631,30	R\$ 315,65	R\$ 220,96	R\$ 94,70
04.04.01.048	SEPTOPLASTIA	R\$ 300,00	R\$ 150,00	R\$ 105,00	R\$ 45,00
04.04.02.008	EXCISAO DE RANULA OU FENOMENO DE RETENCAO SALIVAR	R\$ 21,64	R\$ 10,82	R\$ 7,57	R\$ 3,25
04.04.02.033	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	R\$ 888,40	R\$ 444,20	R\$ 310,94	R\$ 133,26
<b>CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO</b>					
04.05.02.001	CORREÇÃO CIRURGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MUSCULOS)	R\$ 1.389,76	R\$ 694,88	R\$ 486,42	R\$ 208,46
04.05.02.002	CORRECAO CIRURGICA DE ESTRABISSMO (ATE 2 MUSCULOS)	R\$ 970,74	R\$ 485,37	R\$ 339,76	R\$ 145,61
04.05.03.004	FOTOCOAGULACAO A LASER - (MAXIMO 4 APLICACOES POR OLHO)	R\$ 100,00	R\$ 50,00	R\$ 35,00	R\$ 15,00
04.05.03.013	VITRECTOMIA ANTERIOR	R\$ 762,16	R\$ 381,08	R\$ 266,76	R\$ 114,32
04.05.03.014	VITRECTOMIA POSTERIOR	R\$ 3.239,34	R\$ 1.619,67	R\$ 1.133,77	R\$ 485,90
04.05.03.016	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSAO DE PERFLUOCARBONO/ OLEO DE SILICONE/ ENDOLASER	R\$ 5.080,28	R\$ 2.540,14	R\$ 1.778,10	R\$ 762,04
04.05.03.017	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSAO DE PERFLUOCARBONO/ OLEO DE SILICONE/ ENDOLASER	R\$ 5.710,28	R\$ 2.855,14	R\$ 1.998,60	R\$ 856,54
04.05.03.018	TERMOTERAPIA TRANSPUPILAR	R\$ 1.238,34	R\$ 619,17	R\$ 433,42	R\$ 185,75
04.05.03.019	PAN-FOTOCOAGULACAO RETINIANA A LASER	R\$ 360,00	R\$ 180,00	R\$ 126,00	R\$ 54,00
04.05.05.002	CAPSULOTOMIA A YAG-LASER	R\$ 90,00	R\$ 45,00	R\$ 31,50	R\$ 13,50
04.05.05.009	FACECTOMIA COM IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR	R\$ 664,50	R\$ 332,25	R\$ 232,58	R\$ 99,68
04.05.05.010	FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR	R\$ 604,50	R\$ 302,25	R\$ 211,58	R\$ 90,68
04.05.05.011	FAOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA	R\$ 1.086,00	R\$ 543,00	R\$ 380,10	R\$ 162,90
04.05.05.012	FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER	R\$ 90,00	R\$ 45,00	R\$ 31,50	R\$ 13,50
04.05.05.013	IMPLANTE DE PROTESE ANTI-GLAUCOMATOSA	R\$ 998,40	R\$ 499,20	R\$ 349,44	R\$ 149,76
04.05.05.019	IRIDOTOMIA A LASER	R\$ 90,00	R\$ 45,00	R\$ 31,50	R\$ 13,50
04.05.05.035	TRATAMENTO CIRURGICO DO GLAUCOMA CONGENITO	R\$ 1.405,40	R\$ 702,70	R\$ 491,89	R\$ 210,81
04.05.05.036	TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO	R\$ 400,00	R\$ 200,00	R\$ 140,00	R\$ 60,00
04.05.05.037	FAOEMULSIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR DOBRÁVEL	R\$ 964,50	R\$ 482,25	R\$ 337,58	R\$ 144,68
90.02.04.001	YAG LASER	R\$ 100,00	R\$ 50,00	R\$ 35,00	R\$ 15,00
<b>CIRURGIA DO APARELHO CIRCULATORIO</b>					
04.06.02.056	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)	R\$ 1.164,08	R\$ 582,04	R\$ 407,43	R\$ 174,61
04.06.02.057	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	R\$ 966,74	R\$ 483,37	R\$ 338,36	R\$ 145,01
<b>CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, ORGÃOS ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL</b>					
04.07.01.025	RETIRADA DE POLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA	R\$ 120,00	R\$ 60,00	R\$ 42,00	R\$ 18,00
04.07.01.031	TRATAMENTO ESCLEROSANTE / LIGADURA ELASTICA DE LESAO HEMORRAGICA DO APARELHO DIGESTIVO	R\$ 150,00	R\$ 75,00	R\$ 52,50	R\$ 22,50
04.07.01.032	TRATAMENTO ESCLEROSANTE DE LESOES NAO HEMORRAGICAS DO APARELHO DIGESTIVO INCLUINDO LIGADURA ELASTICA	R\$ 150,00	R\$ 75,00	R\$ 52,50	R\$ 22,50
04.07.02.022	EXCISAO DE LESAO/ TUMOR ANU-RETAL	R\$ 670,70	R\$ 335,35	R\$ 234,75	R\$ 100,61
04.07.02.027	FISTULECTOMIA/ FISTULOTOMIA ANAL	R\$ 508,24	R\$ 254,12	R\$ 177,88	R\$ 76,24
04.07.02.028	HEMORROIDECTOMIA	R\$ 631,88	R\$ 315,94	R\$ 221,16	R\$ 94,78
04.07.02.039	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO / POLIPOS DO RETO / COLO SIGMOIDE	R\$ 140,00	R\$ 70,00	R\$ 49,00	R\$ 21,00
04.07.03.002	COLECISTECTOMIA	R\$ 1.391,54	R\$ 695,77	R\$ 487,04	R\$ 208,73
04.07.03.003	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 1.386,10	R\$ 693,05	R\$ 485,14	R\$ 207,92
04.07.03.006	COLEDOCOTOMIA COM OU SEM	R\$ 1.234,82	R\$ 617,41	R\$ 432,19	R\$ 185,22
04.07.04.006	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	R\$ 1.119,74	R\$ 559,87	R\$ 391,91	R\$ 167,96
04.07.04.008	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	R\$ 1.079,84	R\$ 539,92	R\$ 377,94	R\$ 161,98
04.07.04.009	HERNIOPLASTIA INGUINA BILATERAL	R\$ 852,04	R\$ 426,02	R\$ 298,21	R\$ 127,81
04.07.04.010	HERNIOPLASTIA INGUINAL/ CRURAL (BILATERAL)	R\$ 891,02	R\$ 445,51	R\$ 311,86	R\$ 133,65
04.07.04.011	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	R\$ 832,86	R\$ 416,43	R\$ 291,50	R\$ 124,93
04.07.04.012	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R\$ 869,98	R\$ 434,99	R\$ 304,49	R\$ 130,50
04.07.04.022	REPARACAO DE OUTRAS HERNIAS	R\$ 764,38	R\$ 382,19	R\$ 267,53	R\$ 114,66
<b>CIRURGIA DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR</b>					
04.08.04.007	ARTOPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (REVISAO/ RECONSTRUCAO)	R\$ 3.357,74	R\$ 1.678,87	R\$ 1.175,21	R\$ 503,66
04.08.04.008	ARTOPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL CIMENTADA	R\$ 3.270,54	R\$ 1.635,27	R\$ 1.144,69	R\$ 490,58
04.08.05.003	ASTRODESE DE MEDIAS/ GRANDES ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 742,24	R\$ 371,12	R\$ 259,78	R\$ 111,34
04.08.05.016	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	R\$ 3.204,36	R\$ 1.602,18	R\$ 1.121,53	R\$ 480,65
04.08.05.076	TRATAMENTO CIRURGICO DO PE TORTO CONGENITO	R\$ 568,12	R\$ 284,06	R\$ 198,84	R\$ 85,22
04.08.05.088	TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI/ BICOMPATIMENTAL	R\$ 1.157,78	R\$ 578,89	R\$ 405,22	R\$ 173,67
04.08.05.089	TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCTOMIA PARCIAL/ TOTAL	R\$ 664,52	R\$ 332,26	R\$ 232,58	R\$ 99,68
04.08.05.091	TRATAMENTO CIRURGICO DO HALUX VALGUS S/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO	R\$ 673,20	R\$ 336,60	R\$ 235,62	R\$ 100,98
04.08.06.012	EXPLORACAO ARTICULAR COM OU SEM SINOVECTOMIA DE MEDIAS / GRANDES ARTICULACOES	R\$ 567,32	R\$ 283,66	R\$ 198,56	R\$ 85,10
04.08.06.014	FASCIECTOMIA	R\$ 445,90	R\$ 222,95	R\$ 156,07	R\$ 66,89
04.08.06.019	OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PE	R\$ 1.291,36	R\$ 645,68	R\$ 451,98	R\$ 193,70
04.08.06.041	RETRACAO CICATRICIAL DOS DEDOS COM COMPRIMIMENTO TENDINOSO (POR DEDO)	R\$ 411,06	R\$ 205,53	R\$ 143,87	R\$ 61,66
04.08.06.044	TENOLISE	R\$ 458,80	R\$ 229,40	R\$ 160,58	R\$ 68,82
04.08.06.045	TENOMIORRAFIA	R\$ 411,82	R\$ 205,91	R\$ 144,14	R\$ 61,77
04.08.06.047	TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDAO UNICO	R\$ 1.360,40	R\$ 680,20	R\$ 476,14	R\$ 204,06
04.08.06.057	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEDO EM MARTELO / EM GARRA (MAO E PE)	R\$ 536,82	R\$ 268,41	R\$ 187,89	R\$ 80,52
04.08.06.059	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DOS OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PE	R\$ 1.111,66	R\$ 555,83	R\$ 389,08	R\$ 166,75
04.08.06.062	TRATAMENTO CIRURGICO DE INFECAO POS ARTROPLASTIA (GRANDES ARTICULACOES)	R\$ 1.226,70	R\$ 613,35	R\$ 429,35	R\$ 184,01
04.08.06.067	TRATAMENTO CIRURGICO DE RETRACAO MUSCULAR	R\$ 789,36	R\$ 394,68	R\$ 276,28	R\$ 118,40
<b>CIRURGIA DO APARELHO GENTURINARIO</b>					
04.09.01.023	NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA	R\$ 1.603,00	R\$ 801,50	R\$ 561,05	R\$ 240,45
04.09.01.056	URETEROLITOTOMIA	R\$ 1.532,22	R\$ 766,11	R\$ 536,28	R\$ 229,83
04.09.03.002	PROSTATECTOMIA SUPRAPUBICA	R\$ 2.003,42	R\$ 1.001,71	R\$ 701,20	R\$ 300,51
04.09.03.004	RESSECCAO ENDOSCOPICA DE PROSTATA	R\$ 1.189,36	R\$ 594,68	R\$ 416,28	R\$ 178,40
04.09.04.013	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	R\$ 720,14	R\$ 360,07	R\$ 252,05	R\$ 108,02
04.09.04.014	ORQUIDOPEXIA SUBCAPSULAR BILATERAL	R\$ 867,24	R\$ 433,62	R\$ 303,53	R\$ 130,09
04.09.04.021	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIROCELE	R\$ 513,94	R\$ 256,97	R\$ 179,88	R\$ 77,09
04.09.04.023	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE	R\$ 515,12	R\$ 257,56	R\$ 180,29	R\$ 77,27
04.09.04.024	VASECTOMIA	R\$ 612,94	R\$ 306,47	R\$ 214,53	R\$ 91,94
04.09.05.003	CORRECAO DE HIPOSPADIA (1º TEMPO)	R\$ 745,92	R\$ 372,96	R\$ 261,07	R\$ 111,89
04.09.05.004	CORRECAO DE HIPOSPADIA (2º TEMPO)	R\$ 745,92	R\$ 372,96	R\$ 261,07	R\$ 111,89
04.09.05.008	POSTECTOMIA	R\$ 438,24	R\$ 219,12	R\$ 153,38	R\$ 65,74
04.09.06.002	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR COM AMPUTACAO DE COLO	R\$ 898,40	R\$ 449,20	R\$ 314,44	R\$ 134,76
04.09.06.003	CONIZACAO	R\$ 887,32	R\$ 443,66	R\$ 310,56	R\$ 133,10

04.09.06.004	CURETAGEM SEIOTICA C/ OU S/ DILATAÇÃO DO COLO DO UTERO	R\$ 334,84	R\$ 167,42	R\$ 117,19	R\$ 50,23
04.09.06.010	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	R\$ 920,16	R\$ 460,08	R\$ 322,06	R\$ 138,02
04.09.06.011	HISTERECTOMIA COM ANEXECTOMIA (UNI/BILATERAL)	R\$ 1.541,40	R\$ 770,70	R\$ 539,49	R\$ 231,21
04.09.06.013	HISTERECTOMIA TOTAL	R\$ 1.268,06	R\$ 634,03	R\$ 443,82	R\$ 190,21
04.09.06.017	HISTERECTOMIA CIRURGICA COM RESSECTOCOPIO	R\$ 346,66	R\$ 173,33	R\$ 121,33	R\$ 52,00
04.09.06.018	LAQUEADURA TUBARIA	R\$ 678,04	R\$ 339,02	R\$ 237,31	R\$ 101,71
04.09.06.019	MIOMECTOMIA	R\$ 1.057,88	R\$ 528,94	R\$ 370,26	R\$ 158,68
04.09.06.020	MIOMECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 874,92	R\$ 437,46	R\$ 306,22	R\$ 131,24
04.09.06.021	OOFORECTOMIA/ OOFOROSPLASTIA	R\$ 1.019,72	R\$ 509,86	R\$ 356,90	R\$ 152,96
04.09.07.005	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	R\$ 944,86	R\$ 472,43	R\$ 330,70	R\$ 141,73
04.09.07.015	EXERESE DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE	R\$ 449,36	R\$ 224,68	R\$ 157,28	R\$ 67,40
04.09.07.027	TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA VIA VAGINAL	R\$ 745,78	R\$ 372,89	R\$ 261,02	R\$ 111,87
04.09.01.049	TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA VIA ABDOMINAL	R\$ 772,40	R\$ 386,20	R\$ 270,34	R\$ 115,86
<b>CIRURGIA DE MAMA</b>					
04.10.01.006	MASTECTOMIA SIMPLES	R\$ 925,60	R\$ 462,80	R\$ 323,96	R\$ 138,84
04.10.01.007	PLASTICA MAMARIA FEMININA NÃO ESTETICA	R\$ 1.028,34	R\$ 514,17	R\$ 359,92	R\$ 154,25
<b>OUTROS</b>					
90.07.01.212	TERMOMETRIA	R\$ 170,00	\	\	\
90.05.01.001	CONTRASTE PARA EXAMES DE IMAGENS	R\$ 35,00	\	\	\
90.05.01.002	CONTRASTE PARA EXAMES DE IMAGENS (PACIENTES ALÉRGICOS)	R\$ 50,00	\	\	\
90.05.02.001	ANESTESIA E ACOMPANHAMENTO PARA REAL EXAMES	R\$ 200,00	\	\	\
90.04.12.000	MANIPULAÇÃO E APLICAÇÃO DE METOTREXATO	R\$ 58,00	\	\	\
<b>Tabela de Procedimentos cirurgicos, exames e consultas por especialidade com preço da Tabela SUS</b>					

## ANEXO V

### CONTRATO N.º 000 /2016 REFERENTE: CHAMAMENTO PÚBLICO – N.º 001/2016 PROCESSO DE INEXIGIBILIDADE 005/2016

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

**O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE COSTA OESTE DO PARANÁ – CISCOPAR**, pessoa jurídica de direito público, devidamente inscrito no CNPJ sob o n.º 73.449.977/0001-64, com sede na Rua XV de Novembro, nº 1.287, Centro, Toledo, Estado do Paraná, neste ato representado pelo Senhor Presidente Nelton Brum, portador da Carteira de Identidade RG nº. 5.187.371-8 – SSP-PR, inscrito no CPF sob o nº. 840.502.099-34 doravante denominado **CONTRATANTE**, e o de outro lado a empresa credenciada **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, CNPJ 00.000.000/0000-00, neste ato representada pelo seu sócio administrador Sr(a). XXXXXXXX, residente e domiciliada@ à XXXXXXXXXX endereço XXXXXXXXXX portador@ do RG 00000000000, inscrição no CPF nº 000.000.000-00, doravante denominada **CONTRATADA**, 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 24 de maio 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 pela CONTRATADA, através de seu corpo de sócios ou de funcionários aqui designados e devidamente registrados em seu CNES, dentro dos limites quantitativos a seguir fixados:

Profissional / Especialidade:

Código – procedimento– Limite Máximo Mensal:  
Código – procedimento– Limite Máximo Mensal:  
Código – procedimento– Limite Máximo Mensal:  
Código – procedimento– Limite Máximo Mensal:  
Código – procedimento– Limite Máximo Mensal:  
Código – procedimento – Limite Máximo Mensal:

Profissional / Especialidade:

Código – procedimento– Limite Máximo Mensal:  
Código – procedimento – Limite Máximo Mensal:  
Código – procedimento– Limite Máximo Mensal:  
Código – procedimento– Limite Máximo Mensal:  
Código – procedimento– Limite Máximo Mensal:  
Código – procedimento – Limite Máximo Mensal:

§ 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 pela CONTRATADA, 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 da CONTRATADA 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 pela CONTRATADA, no seu consultório, situado na Rua \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_ do Estado do \_\_\_\_\_ registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, sob o número \_\_\_\_\_, ou no Hospital indicado no Anexo III. Parágrafo único. A eventual mudança do endereço do consultório, do local de prestação dos serviços ou a mudança do Profissional Responsável para cada área/especialidade da CONTRATADA, será por este imediatamente comunicada ao CONTRATANTE, sob pena da incidência da penalidade prevista na Cláusula Décima Primeira deste Contrato. O CONTRATANTE analisará a conveniência de manter os serviços ora contratados, podendo rever as condições do contrato e, até mesmo rescindi-lo, se entender conveniente.

## **CLÁUSULA TERCEIRA – DA RELAÇÃO JURÍDICA DA CONTRATADA**

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

§ 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 da CONTRATADA 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 - A CONTRATADA 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 DA CONTRATADA**

A CONTRATADA 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 30 (trinta) 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 precisarem 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;

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 A CONTRATADA não poderá cobrar do paciente, ou seu acompanhante, qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados nos termos deste contrato.

§ 2º A CONTRATADA 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 DA CONTRATADA**

A CONTRATADA 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 aA CONTRATADA 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 da CONTRATADA, 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 a CONTRATADA, 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 027/2016, publicada em data de 16 de junho de 2016, no Diário Oficial do CONTRATANTE, bem como eventuais alterações posteriores.

O limite financeiro mensal deste contrato é de R\$ 00.000,00 (xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx), totalizando o limite para a vigência de dois anos em R\$ 000.000,00 (xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx).

#### **CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS**

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

##### **01.01 – Serviços Administrativos**

###### **1030210002.0001 - Manutenção das Atividades Administrativas**

###### **3.3.90.39.00.00 – 85 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 112 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

Fonte: 0

##### **01.02 – Serviços de Saúde**

###### **1030210502.002 – Manutenção das Atividades do Centro de Especialidades Odontológicas**

###### **3.3.90.39.00.00 – 240 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 259 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

Fonte: 0

###### **3.3.90.39.00.00 – 267 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 286 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

Fonte: 496

**1030211002.003 – Manutenção das Atividades do Centro de Testagem e Aconselhamento**  
**3.3.90.39.00.00 – 423 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**  
3.3.90.39.50.30 – 448 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade  
**Fonte: 496**

**1030211002.007 – Serv. de Atendimento ao Município de Assis Chateaubriand**  
**3.3.90.32.00.00 – 842 – Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita**  
3.3.90.32.03.00 – 843 – Materiais de Saúde para Distribuição Gratuita  
**3.3.90.39.00.00 – 846 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**  
3.3.90.39.50.30 – 847 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade  
**Fonte: 0**  
**3.3.90.39.00.00 – 849 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**  
3.3.90.39.50.30 – 850 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade  
**Fonte: 496**

**1030211002.008 – Serv. de Atendimento ao Município de Diamante do Oeste**  
**3.3.90.32.00.00 – 851 – Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita**  
3.3.90.32.03.00 – 852 – Materiais de Saúde para Distribuição Gratuita  
**3.3.90.39.00.00 – 855 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**  
3.3.90.39.50.30 – 856 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade  
**Fonte: 0**  
**3.3.90.39.00.00 – 858 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**  
3.3.90.39.50.30 – 859 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade  
**Fonte: 496**

**1030211002.009 – Serv. de Atendimento ao Município de Entre Rios do Oeste**  
**3.3.90.32.00.00 – 860 – Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita**  
3.3.90.32.03.00 – 861 – Materiais de Saúde para Distribuição Gratuita  
**3.3.90.39.00.00 – 864 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**  
3.3.90.39.50.30 – 865 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade  
**Fonte: 0**  
**3.3.90.39.00.00 – 867 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**  
3.3.90.39.50.30 – 868 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade  
**Fonte: 496**

**1030211002.010 – Serv. de Atendimento ao Município de Guaira**  
**3.3.90.32.00.00 – 869 – Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita**  
3.3.90.32.03.00 – 870 – Materiais de Saúde para Distribuição Gratuita  
**3.3.90.39.00.00 – 873 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**  
3.3.90.39.50.30 – 874 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade  
**Fonte: 0**  
**3.3.90.39.00.00 – 876 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**  
3.3.90.39.50.30 – 877 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade  
**Fonte: 496**

**1030211002.011 – Serv. de Atendimento ao Município de Marechal Cândido Rondon**  
**3.3.90.32.00.00 – 878 – Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita**  
3.3.90.32.03.00 – 879 – Materiais de Saúde para Distribuição Gratuita  
**3.3.90.39.00.00 – 882 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**  
3.3.90.39.50.30 – 883 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade  
**Fonte: 0**  
**3.3.90.39.00.00 – 885 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**  
3.3.90.39.50.30 – 886 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade  
**Fonte: 496**

**1030211002.012 – Serv. de Atendimento ao Município de Maripá**  
**3.3.90.32.00.00 – 887 – Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita**  
3.3.90.32.03.00 – 888 – Materiais de Saúde para Distribuição Gratuita  
**3.3.90.39.00.00 – 891 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**  
3.3.90.39.50.30 – 892 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade  
**Fonte: 0**  
**3.3.90.39.00.00 – 894 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**  
3.3.90.39.50.30 – 895 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 496**

**1030211002.013 – Serv. de Atendimento ao Município de Mercedes**

**3.3.90.32.00.00 – 896 – Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita**

3.3.90.32.03.00 – 897 – Materiais de Saúde para Distribuição Gratuita

**3.3.90.39.00.00 – 900 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 901 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 0**

**3.3.90.39.00.00 – 903 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 904 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 496**

**1030211002.014 – Serv. de Atendimento ao Município de Nova Santa Rosa**

**3.3.90.32.00.00 – 905 – Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita**

3.3.90.32.03.00 – 906 – Materiais de Saúde para Distribuição Gratuita

**3.3.90.39.00.00 – 909 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 910 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 0**

**3.3.90.39.00.00 – 912 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 913 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 496**

**1030211002.015 – Serv. de Atendimento ao Município de Ouro Verde do Oeste**

**3.3.90.32.00.00 – 914 – Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita**

3.3.90.32.03.00 – 915 – Materiais de Saúde para Distribuição Gratuita

**3.3.90.39.00.00 – 918 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 919 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 0**

**3.3.90.39.00.00 – 921 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 922 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 496**

**1030211002.016 – Serv. de Atendimento ao Município de Palotina**

**3.3.90.32.00.00 – 923 – Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita**

3.3.90.32.03.00 – 924 – Materiais de Saúde para Distribuição Gratuita

**3.3.90.39.00.00 – 927 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 928 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 0**

**3.3.90.39.00.00 – 930 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 931 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 496**

**1030211002.017 – Serv. de Atendimento ao Município de Pato Bragado**

**3.3.90.32.00.00 – 932 – Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita**

3.3.90.32.03.00 – 933 – Materiais de Saúde para Distribuição Gratuita

**3.3.90.39.00.00 – 936 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 937 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 0**

**3.3.90.39.00.00 – 939 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 940 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 496**

**1030211002.018 – Serv. de Atendimento ao Município de Quatro Pontes**

**3.3.90.32.00.00 – 941 – Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita**

3.3.90.32.03.00 – 942 – Materiais de Saúde para Distribuição Gratuita

**3.3.90.39.00.00 – 945 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 946 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 0**

**3.3.90.39.00.00 – 948 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 949 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 496**

**1030211002.019 – Serv. de Atendimento ao Município de Santa Helena**

**3.3.90.32.00.00 – 950 – Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita**  
3.3.90.32.03.00 – 951 – Materiais de Saúde para Distribuição Gratuita  
**3.3.90.39.00.00 – 954 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**  
3.3.90.39.50.30 – 955 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade  
**Fonte: 0**  
**3.3.90.39.00.00 – 957 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**  
3.3.90.39.50.30 – 958 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade  
**Fonte: 496**

**1030211002.020 – Serv. de Atendimento ao Município de São José das Palmeiras**  
**3.3.90.32.00.00 – 959 – Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita**  
3.3.90.32.03.00 – 960 – Materiais de Saúde para Distribuição Gratuita  
**3.3.90.39.00.00 – 963 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**  
3.3.90.39.50.30 – 964 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade  
**Fonte: 0**  
**3.3.90.39.00.00 – 966 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**  
3.3.90.39.50.30 – 967 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade  
**Fonte: 496**

**1030211002.021 – Serv. de Atendimento ao Município de São Pedro do Iguaçu**  
**3.3.90.32.00.00 – 968 – Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita**  
3.3.90.32.03.00 – 969 – Materiais de Saúde para Distribuição Gratuita  
**3.3.90.39.00.00 – 972 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**  
3.3.90.39.50.30 – 973 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade  
**Fonte: 0**  
**3.3.90.39.00.00 – 975 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**  
3.3.90.39.50.30 – 976 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade  
**Fonte: 496**

**1030211002.022 – Serv. de Atendimento ao Município de Terra Roxa**  
**3.3.90.32.00.00 – 977 – Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita**  
3.3.90.32.03.00 – 978 – Materiais de Saúde para Distribuição Gratuita  
**3.3.90.39.00.00 – 981 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**  
3.3.90.39.50.30 – 982 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade  
**Fonte: 0**  
**3.3.90.39.00.00 – 984 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**  
3.3.90.39.50.30 – 985 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade  
**Fonte: 496**

**1030211002.023 – Serv. de Atendimento ao Município de Toledo**  
**3.3.90.32.00.00 – 986 – Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita**  
3.3.90.32.03.00 – 987 – Materiais de Saúde para Distribuição Gratuita  
**3.3.90.39.00.00 – 990 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**  
3.3.90.39.50.30 – 991 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade  
**Fonte: 0**  
**3.3.90.39.00.00 – 993 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**  
3.3.90.39.50.30 – 994 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade  
**Fonte: 496**

**1030211002.024 – Serv. de Atendimento ao Município de Tupãssi**  
**3.3.90.32.00.00 – 995 – Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita**  
3.3.90.32.03.00 – 996 – Materiais de Saúde para Distribuição Gratuita  
**3.3.90.39.00.00 – 999 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**  
3.3.90.39.50.30 – 1000 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade  
**Fonte: 0**  
**3.3.90.39.00.00 – 1002 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**  
3.3.90.39.50.30 – 1003 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade  
**Fonte: 496**

**1030212202.030 – Manutenção das Atividades Centro Atenção Psicossocial, Alcool e Drogas – CAPS AD**  
**3.3.90.39.00.00 – 1174 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**  
3.3.90.39.50.30 – 1201 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 496**

**3.3.90.39.00.00 – 1223 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

3.3.90.39.50.30 – 1250 – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade

**Fonte: 1496**

§ 1º O CONTRATANTE, mediante verificação prévia dos serviços efetivamente prestados pela CONTRATADA, 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 – A CONTRATADA apresentará mensalmente ao CONTRATANTE, até o quinto dia útil de cada mês, a fatura correspondente ao mês anterior e os documentos, guias e relatórios, devidamente assinados, referentes aos serviços efetivamente prestados. A nota fiscal será solicitada pelo CISCOPAR ao término do faturamento do mês correspondente. Após a validação dos documentos, realizada pelo CONTRATANTE, A CONTRATADA receberá, até o dia 30 (trinta) do mês seguinte, o valor integral da fatura.

II – O pagamento está condicionado à entrega dos documentos mencionados no item acima, pela Contratada, à validação dos mesmos pelo Contratante, bem como à validade das Certidões Negativas de Débito da Fazenda Federal, do Tribunal Superior do Trabalho, da Fazenda Estadual, do Certificado de Regularidade do FGTS e Certidão Negativa do Município sede da empresa cadastrada. III – As contas rejeitadas pelo serviço de validação serão devolvidas aA CONTRATADA 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 aA CONTRATADA 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 da CONTRATADA, no Banco \_\_\_\_\_, agência 00000, conta corrente 00000.

#### **CLÁUSULA NONA – DO REAJUSTE DOPREÇO**

Os valores estipulados na Cláusula Sexta poderão ser reajustados conforme preços acordados pelo CRESEMS e aprovado pela Assembleia 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 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 - A fiscalização exercida pelo CONTRATANTE, sobre serviços ora contratados, não eximirá A CONTRATADA da sua plena responsabilidade perante o CONTRATANTE ou para com os pacientes e terceiros, decorrente de culpa ou dolo na execução do contrato.

§ 3º - A CONTRATADA 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.

§ 4º - Em qualquer hipótese é assegurado a CONTRATADA amplo direito de defesa, nos termos das normas gerais da lei federal de licitações e contratos administrativos.

## **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS PENALIDADES**

Fica a CONTRATADA 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 aA CONTRATADA.

## **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 - A CONTRATADA 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 A CONTRATADA 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 A CONTRATADA, 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 irrecorrível 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 - Se for do interesse da CONTRATADA a sua prorrogação, este deverá enviar ao CONTRATANTE, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data do término deste contrato, cópia do Alvará de Funcionamento e da Licença Sanitária atualizada.

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

§ 4º - O Termo Aditivo de Prorrogação Contratual, de celebração obrigatória, fará 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, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

---

**Prefeito**  
CONTRATANTE  
CISOPAR

---

**Representante legal empresa**  
CONTRATADA  
EMPRESA

TESTEMUNHAS:

---

Nome  
CPF:

---

Nome  
CPF:

**ANEXO VI**

**TERMO DE COMPROMISSO  
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CISCOPAR**

Considerando a RESOLUÇÃO CFM Nº 1.821/2007 sobre o prontuário eletrônico.  
Comprometo-me ao preenchimento do prontuário eletrônico do sistema do CISCOPAR, nos  
atendimentos aos pacientes atendidos, mediante contrato de prestação de serviços ao CISCOPAR.

Toledo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

\_\_\_\_\_  
(NOME)

Assinatura do profissional responsável