EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 004/2023

Chamamento Público para fins de credenciamento de pessoas jurídicas de natureza pública, privada, filantrópicas e de assistência à saúde, estabelecimentos devidamente constituídos e instalados no Estado do Paraná, para prestação de serviços de saúde no ano de 2024, em Média e Alta Complexidade, de forma complementar ao Sistema Único de Saúde.

O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DOS CAMPOS GERAIS – CIMSAÚDE, com sede na cidade de Ponta Grossa, PR, representado neste ato pelo seu Presidente, IRANI JOSÉ BARROS, TORNA PÚBLICO a realização de CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DE SAÚDE para prestação de serviços especializados de saúde, conforme normas estabelecidas neste Edital, com base no Decreto Estadual nº 4.507/2009, na Lei Federal nº 8.080/90, na Lei Federal nº 8.666/93, com base nos artigos 25, II; 26, II; 27; 32; § 2° e 34, § 1° da Lei Federal nº 8.666/93, na Lei Estadual nº 15.608/07 e seu artigo 24, e nos termos das condições estabelecidas a seguir:

1. OBJETO

O presente Chamamento Público tem por objeto o credenciamento e possível contratação dos interessados que tenham capacidade técnica comprovada para prestação de serviços em saúde conforme estabelecido abaixo:

1.1 Consultas médicas especializadas e exames de diagnóstico em Média e Alta Complexidade, em suas dependências e no ambulatório do CIMSAÚDE, em consonância com as Políticas de Saúde do SUS, com plena observância das diretrizes técnicas e gerenciais estabelecidas pelo Ministério da Saúde por meio de suas portarias e protocolos, e conforme o **ANEXO I e II - TABELAS DE PROCEDIMENTOS** - deste Edital.

1.2 Atender as especialidades prioritárias definidas em pactuação da Comissão Intergestores Regionais – CIR, discussão do Planejamento Regional Integrado – PRI e linhas de cuidados na:

1.2.1 3ª Região de Saúde do Estado, para os municípios de: **Arapoti, Carambeí, Castro, Ipiranga, Ivaí, Jaguariaíva, Palmeira, Piraí do Sul, Ponta Grossa, Porto Amazonas, São João do Triunfo e Sengés**, conforme Termo de Convênio nº 013/2022 – SESA/FUNSAÚDE – Programa de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCis. e;

1.2.2 21ª Região de Saúde do Estado, para os municípios de: **Curiúva, Imbaú, Ortigueira, Reserva, Telêmaco Borba, Tibagi e Ventania**, conforme Termo de Convênio nº 112/2022 – SESA/FUNSAÚDE – Programa de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCis, e conforme o **ANEXO III – TABELA DE PROCEDIMENTOS** deste Edital.

1.3 Contratação dos interessados que tenham capacidade técnica comprovada para realização de **procedimentos ambulatoriais em exames de diagnóstico de média complexidade** que serão ofertados aos usuários do Sistema Único de Saúde, em consonância com as Políticas de Saúde do SUS, com plena observância das diretrizes técnicas e gerenciais estabelecidas pelo Ministério da Saúde por meio de suas portarias e protocolos, e conforme o **ANEXO IV – TABELA DE PROCEDIMENTOS** deste Edital.

1.4 contratação dos interessados que tenham capacidade técnica comprovada para realização de **serviços/procedimentos clínicos em fisioterapia na modalidade ambulatorial** de média e/ou alta complexidade que serão ofertados aos usuários do Sistema Único de Saúde, em consonância com as Políticas de Saúde do SUS, com plena observância das diretrizes técnicas e gerenciais estabelecidas pelo Ministério da Saúde por meio de suas portarias e protocolos, e conforme **o ANEXO V – TABELA DE PROCEDIMENTOS** deste Edital.

1.5 Contratação dos interessados que tenham capacidade técnica comprovada para prestação de serviços odontológicos, quais sejam consultas, procedimentos e exames de diagnóstico, em suas dependências e nos espaços cedidos pelos municípios consorciados (CEO), em consonância com as Políticas de Saúde do SUS, com plena observância das diretrizes técnicas e gerenciais estabelecidas pelo Ministério da Saúde por meio de suas portarias e protocolos e conforme rol abaixo e **ANEXO VI**:

SERVIÇOS ESPECIALIZADOS COM ATENDIMENTO NOS CEO MUNICIPAIS E TAMBÉM ESPAÇOS PRÓPRIOS DOS MUNICÍPIOS CONSORCIAODS ABAIXO REFERENCIADOS		
a) Atendimento em odontologia na programação CEO I: * Atendimento a Pacientes Especiais; * Buco Maxilo Facial; * Endodontia; * Periodontia;	b) Atendimento em Exames Diagnósticos de Imagem: * Radiografia Panorâmica de arcada dentária; * Radiologia; * Telerradiograifa; * Tomografias;	c) Atendimentos odontológicos de forma complementar: * Buco Maxilo Facial/Implantodontia em ambulatório e/ou hospitalar; * Dentística; * Diagnóstico/Estomatologista; * Endodontia; * Odontopediatria; * Ortodontia; * Prótese;

1.5.1. Os serviços referenciados na alínea "a" do item 1.5 deverão ser prestados nas unidades CEO I, dos municípios consorciados que solicitarem esse serviço. Enquanto os serviços referenciados nas alíneas "b e c" do mesmo item deverão ser atendidos em estrutura própria da credenciada.

2. DOS VALORES E QUANTIDADES

2.1. Os estabelecimentos de saúde serão contratados para a realização de procedimentos ambulatoriais, de acordo com a necessidade do CIMSAÚDE, em conformidade com os valores unitários, que têm como base o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp , as Tabelas CIMSAÚDE anexo.

2.2. Os municípios consorciados através de suas secretarias ou departamentos de saúde, são os responsáveis pela triagem, regulação das filas de espera e pelo agendamento de consultas especializadas e exames, devendo programar suas ações conforme suas demandas e critérios de priorização.

3. DA FORMA DE PAGAMENTO

3.1. Mediante entrega da nota fiscal, em até 45 (quarenta e cinco) dias da data de processamento da produção apresentada e aprovada no Sistema IDS.

3.1.1. O pagamento dos recursos financeiros previstos no contrato ficará condicionado ao regular repasse de recursos por parte dos municípios consorciados.

3.2 A RECEPÇÃO DAS GUIAS DE ATENDIMENTOS DEVEM OCORRER NO PRAZO DE 02 (DOIS) DIAS, DO DIA DO ATENDIMENTO AO USUÁRIO E O PRÓXIMO, PREFERENCIALMENTE NO ATO DO ATENDIMENTO, NÃO HAVENDO A RECEPÇÃO ESSAS GUIAS SERÃO CANCELADAS AUTOMATICAMENTE.

3.3. A remuneração se dará por serviços produzidos (executados) e o pagamento do faturamento será creditado diretamente na conta cadastrada fornecida pelo prestador de serviço.
3.4. O pagamento será realizado, tendo por base o valor pré-definido pela Administração, a qual pode utilizar-se de tabelas de referência anexo.
3.5. É expressamente *vedado* o *pagamento* de *qualquer sobretaxa* em relação à tabela adotada.

Financiamento
3.6. O valor máximo anual estimado para a execução do presente Edital importa em até **R$ 28.116.938,76 (Vinte e oito milhões cento e dezesseis mil novecentos e trinta e oito reais e setenta e seis centavos).**
3.7. Os recursos financeiros são provenientes conforme Dotação Orçamentária:

Dotação Orçamentária

Reduzido	**Programática**	**Desdobramento**	**Sub.**
09	01.001.10.302.0200.2.002.3.3.90.39.00.00	50	99

Projeto/Atividade
Assistência Médica Sanitária Especializada
Natur. Despesa
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA
Desdobramento
SERVIÇO MÉDICO - HOSPITALAR, ODONTOLÓGICO E LABORATORIAL
SubDesdobramento
DEMAIS DESPESAS COM SERVIÇO MÉDICO - HOSPITALAR, ODONTOLÓGICO E LABORATORIAL
Fonte de Recurso
1000 - Recursos Ordinários (livres)
R$ 20.266.433,76 (Vinte milhões duzentos e sessenta e seis mil quatrocentos e trinta e três reais e setenta e seis centavos)

Reduzido	**Programática**	**Desdobramento**	**Sub.**
10	01.004.04.302.0200.3.003.3.3.90.39.00.00	50	99

Projeto/Atividade
Assistência Médica Sanitária Especializada
Natur. Despesa
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA
Desdobramento
SERVIÇO MÉDICO - HOSPITALAR, ODONTOLÓGICO E LABORATORIAL
SubDesdobramento
DEMAIS DESPESAS COM SERVIÇO MÉDICO - HOSPITALAR, ODONTOLÓGICO E LABORATORIAL
Fonte de Recurso
639 - Recursos Vinculados (QualiCis)
R$ 5.005.588,20 (Cinco milhões cinco mil quinhentos e oitenta e oito reais e vinte centavos)

Reduzido	**Programática**	**Desdobramento**	**Sub.**
09	01.004.04.302.0200.3.003.3.3.90.39.00.00	50	99

Projeto/Atividade
Assistência Médica Sanitária Especializada

Natur. Despesa
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA
Desdobramento
SERVIÇO MÉDICO - HOSPITALAR, ODONTOLÓGICO E LABORATORIAL
SubDesdobramento
DEMAIS DESPESAS COM SERVIÇO MÉDICO - HOSPITALAR, ODONTOLÓGICO E LABORATORIAL
Fonte de Recurso
369 - Recursos Vinculados (Serviços Prestados SUS / Faturamento AIH's)
R$ 2.844.916,80 (Dois milhões oitocentos e quarenta e quatro mil novecentos e dezesseis reais e oitenta centavos)

4. DO CREDENCIAMENTO

4.3. O credenciamento permanecerá aberto, a fim de viabilizar o ingresso de novos interessados até atingir a necessidade do CIMSAÚDE, devendo ser republicado anualmente como condição de eficácia, mantendo as mesmas condições aos novos interessados.

4.4. Os interessados deverão atender aos subitens "6.1", "6.2" e "6.3" do presente Edital. Protocolizando a entrega da documentação completa (somente serão aceitas por meio físico) diretamente na Secretaria de Administração do CIMSAÚDE, na Avenida Anita Garibaldi, 1.870, Órfãs, CEP 84.015-050, Ponta Grossa, Estado do Paraná, nos dias úteis, no horário das 08h00min às 12h00min e das 13h00min às 17h00min.

4.5. À medida em que forem credenciados novos interessados, estes serão cadastrados e seu acesso disponibilizado no sistema de agendamento on-line, para se alocar cada demanda, distribuída por padrões estritamente impessoais e aleatórios.

4.6. O credenciamento não estabelece qualquer obrigação do CIMSAÚDE em efetivar a contratação do serviço, face à sua precariedade e, por isso, a qualquer momento o credenciado ou o CIMSAÚDE poderá denunciar o credenciamento, inclusive quando for constatada qualquer irregularidade na observância e cumprimento das normas fixadas no Edital e na legislação pertinente, sem prejuízo do contraditório e da ampla defesa.

4.7. Durante a vigência do credenciamento é obrigatório que os credenciados mantenham regulares todas as condições de habilitação e que informem toda e qualquer alteração na documentação referente à sua habilitação jurídica, qualificação técnica, qualificação econômico-financeira e regularidade fiscal relacionadas às condições de credenciamento.

4.8. Estando credenciado para um determinado serviço, o interessado poderá se pré-qualificar para outro serviço. Para tanto, poderá se valer do mesmo processo de pré-qualificação de seu primeiro credenciamento, salvo se para o outro serviço for exigida qualificação técnica diferente, caso em que deverá apresentar documentação que comprove possuir capacidade técnica para o novo serviço.

4.9. O credenciado contratado deverá indicar e manter preposto, aceito pelo CIMSAÚDE, para representá-lo na execução do contrato.

4.10. Serão credenciados todos os prestadores que:

4.10.1. Atenderem às condições estabelecidas neste Edital e ofertarem os procedimentos ambulatoriais para a população de referência estabelecida;

4.10.2. Disponibilizarem material/equipamento para realização dos procedimentos e tiverem suas instalações físicas em conformidade com as normas da vigilância sanitária;

4.10.3. Encaminharem a documentação completa descrita nos itens "6.1","6.2" e "6.3".

5. FORMA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO

5.3. A documentação deverá ser encaminhada à Secretaria de Administração do CIMSAÚDE, em envelope hermeticamente fechado, contendo em sua parte externa frontal os seguintes dizeres:

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO DO CIMSAÚDE.
CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DA SAÚDE PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS SAÚDE **PARA O ANO DE 2024**.
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 004/2023.
NOME DO ESTABELECIMENTO: .....
CNPJ Nº: .....
CNES Nº: .....
ENDEREÇO: .....
TELEFONE: .....

6. DA DOCUMENTAÇÃO

6.1 Documentação para habilitação jurídica:

6.1.1 Requerimento para credenciamento conforme modelo (Anexo XII);

6.1.2 Ato constitutivo: Cópia do Estatuto ou Contrato Social de Constituição do Estabelecimento e, se houverem alterações, da última alteração do Contrato Social ou do Estatuto devidamente registrado quando forem sociedades comerciais.

6.1.3 No caso de sociedade por ações, acompanhado de documentos de eleições de seus administradores;

6.1.4 Inscrição do Ato Constitutivo, no caso de Sociedades Civis;

6.1.5 Ata de nomeação da Diretoria em exercício;

6.1.6 Ficha (completa) de identificação de inscrição no SCNES;

6.1.7 Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ), demonstrando que a empresa se encontra em situação cadastral ativa;

6.1.8 Sendo a empresa optante do Simples Nacional ou Microempresa apresentar Comprovante de Enquadramento;

6.1.9 Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, Estadual e Municipal (art. 29, inciso III da Lei nº 8.666/93), sendo necessário apresentar:

a) Certidão Negativa de Débitos, expedida pela Secretaria da Receita Federal, conjunta com a Seguridade Social (INSS);

b) Certidão de Regularidade dos Tributos Estaduais expedida pela Secretaria de Estado da Fazenda (Certidão de Regularidade com a Dívida Ativa de Tributos Estaduais);

c) Certidão ou certidões de regularidade de todos os Tributos Municipais, expedida pela Prefeitura Municipal (Tributos Mobiliários e Imobiliários);

d) Certidão Negativa de Débitos expedida pelo Tribunal de Contas do Paraná; (quando o Estabelecimento for público).

6.1.10 Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei, expedida pela Caixa Econômica Federal - CEF, conforme Decreto nº 2.291, de 21 de novembro de 1986;

6.1.11 Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), demonstrando a inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, conforme Lei nº 12.440, de 7 de julho de 2011;

6.1.12 Apresentar cópia do RG e do CPF do representante legal que assinará o Contrato;

6.1.13 Se o estabelecimento for privado, o responsável pela assinatura é o sócio majoritário ou diretor eleito, apresentado na Ata de Nomeação da Diretoria solicitada no Item “6.1.2”;

6.1.14 Apresentar cópia do registro de classe do Responsável Técnico pelo Serviço;

6.1.15 **Para o estabelecimento filantrópico**, anexar cópia do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social – CEBAS. No caso das entidades que estiverem com seus certificados em processo

de renovação, deverão ser encaminhadas, além da cópia do CEBAS vencido, a certidão e/ou o protocolo solicitando a renovação ou certificação, que substituirá provisoriamente o CEBAS;
6.1.16 Declaração de trabalho de que não emprega menores de dezoito anos (modelo no Anexo VII);
6.1.17 Declaração de que nenhum dirigente da entidade ocupa cargo dentro do Sistema Único de Saúde e no CIMSAÚDE (modelo no Anexo VIII);
6.1.18 Declaração que aceita as condições do Edital e os valores das Tabelas de referência (modelo no Anexo IX);
6.1.19 Declaração de que a estrutura organizacional é compatível com o atendimento a ser prestado (modelo do Anexo X);
6.1.20 Relação dos profissionais credenciados e respectiva especialidade (modelo do Anexo XI);
6.1.21 Requerimento para o Credenciamento (modelo do Anexo XII);
6.1.22 Declaração de responsabilidade plena (modelo do Anexo XIII);
6.1.23 Alvará de Funcionamento atualizado;
6.1.24 Licença Sanitária atualizada ou protocolo de solicitação.

6.2 A documentação relativa à qualificação técnica:
6.2.1 Apresentação cópia da Carteira Profissional do Responsável Técnico com inscrição no Respectivo Conselho Regional de Exercício Profissional;
6.2.2 Relação nominal dos profissionais que compõem a equipe técnica e responsável pela execução dos serviços em saúde, anexando:
6.2.3 Documentos dos profissionais (equipe médica e não médicos):
6.2.3.1 cópia da Carteira de Identidade RG;
6.2.3.2 cópia do CPF;
6.2.3.3 cópia do Diploma de Graduação (conclusão de nível superior) na respectiva área com reconhecimento do MEC;
6.2.3.4 cópia do Título de Especialista (no caso de profissionais médicos);
6.2.3.5 cópia do Registro ou inscrição do profissional no órgão de classe (Conselho Regional da respectiva categoria profissional); e
6.2.3.6 cópia da Carteira do Conselho Regional da respectiva categoria profissional.

6.3 Documentos do Corpo Clínico Odontológico – os interessados deverão apresentar em relação ao Corpo Clinico que prestará atendimento:
6.3.1. Cópia do RG e CPF ou outro documento equivalente, na forma da Lei;
6.3.2. Certidão do registro profissional expedida pelo Conselho Regional de Classe do Paraná, emitido no sítio eletrônico da categoria;
6.3.3. Certificação de Qualificação na Especialidade Odontológica;
6.3.4. Número do cadastro nacional de saúde – CNS do profissional;
6.3.5. Comprovação do vínculo de todos os profissionais com a empresa, sob pena de inabilitação, em uma das seguintes formas:
6.3.5.1 Profissional de saúde, sócio proprietário ou cotista, em caso de exercer direção técnica da empresa: cópia do Contrato Social e suas modificações em vigor ou da última Ata de eleição da diretoria, devidamente registrada no órgão competente;
6.3.5.2. Profissional de saúde, com vínculo empregatício com a empresa: cópia do registro em carteira profissional ou ficha de registro de empregados autenticada junto à Delegacia Regional no Trabalho;
6.3.5.3. Profissional de saúde, credenciado ou prestador de serviço autônomo, com vínculo contratual com a empresa: cópia do contrato de prestação de serviço ou termo de credenciamento em vigor;

6.3.6. Comprovação de vínculo hospitalar do profissional odontólogo quando de credenciamento para atendimento hospitalar (alínea "c" do item 1.1.).

6.4 O estabelecimento de saúde interessado deverá apresentar os documentos na ordem relacionada neste Edital de Chamamento.

6.5 A documentação somente deverá ser apresentada ao CIMSAÚDE em sua totalidade, de maneira completa, com todas as Certidões Negativas de Débitos com prazo de vigência ativo, caso contrário, será solicitada a sua complementação pela Comissão Permanente de Licitação, o qual realizará a conferência, atestará a veracidade das informações e certificará que a documentação se encontra completa e com todas as datas de validade ativas, para então proceder a emissão de protocolo (recibo) de entrega (documentação que não atender a essas condições não validarão o credenciamento).

7 DA COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO

7.4 A avaliação das propostas, inclusive quanto às condições técnicas para a execução dos serviços, será feita pela Comissão Permanente de Licitação instituída através de Portaria nº 011/2022, ou por outra que venha a alterá-la ou substituí-la.

8 DO DESCREDENCIAMENTO

8.4 Durante a vigência do credenciamento, o credenciado deverá cumprir contínua e integralmente o disposto neste Regulamento, no Edital e nos termos contratuais que celebrar com o órgão ou entidade contratante.

8.5 O não cumprimento das disposições mencionadas no Edital, seus anexos e na Lei Estadual nº 15.608/2007 poderá acarretar as seguintes penalidades ao credenciado, garantido o contraditório e a ampla defesa e sem prejuízo de outras sanções cabíveis:

I - advertência por escrito;

II - suspensão temporária do seu credenciamento;

III - descredenciamento, assegurado o contraditório e ampla defesa.

8.6 O credenciado poderá solicitar seu descredenciamento a qualquer tempo, mediante o envio de solicitação escrita ao órgão ou entidade contratante, cujo deferimento deverá ocorrer no prazo máximo de 5 (cinco) dias. O pedido de descredenciamento não desincumbe o credenciado do cumprimento de eventuais contratos assumidos e das responsabilidades a eles atreladas, cabendo em casos de irregularidade na execução do serviço a aplicação das sanções definidas no Decreto Estadual nº 4.507/2009.

8.7 O CONTRATADO será descredenciado e o presente instrumento estará rescindido nos seguintes casos:

a) Pelo CIMSAUDE, quando houver descumprimento de suas cláusulas e condições, ou seu cumprimento irregular, ou ainda, pela paralização dos serviços sem justa causa ou prévia comunicação;

b) Por acordo entre as partes, desde que haja conveniência para o CIMSAUDE;

c) Pelo CIMSAUDE nas hipóteses previstas nos art. 128 a 131 da Lei Estadual no 15.608/2007, bem como nos demais casos previstos na Lei de Licitações.

9 DAS CONDIÇÕES ESPECÍFICAS DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

9.4 Os serviços operacionalizados pelo Credenciado deverão atender às necessidades do CIMSAÚDE, devendo ser obedecidas as normas estabelecidas neste Edital de Chamamento, e posteriormente no Contrato, bem como da legislação vigente;

9.5 A eventual cobrança de qualquer valor dos pacientes ou seus responsáveis acarretará na rescisão do contrato com o prestador do serviço, e, ainda, exclusão do credenciamento;

9.6 O prestador deverá responsabilizar-se integralmente pelos funcionários com os quais estabeleceram vínculo empregatício, procedendo aos descontos e recolhimentos previstos em lei, inclusive os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o CIMSAÚDE;
9.7 O prestador deverá atender de forma integral ao descrito nas Portarias do Ministério da Saúde, nos Protocolos Técnicos e Manual Técnico Operacional do Sistema de Informações Ambulatoriais e demais legislações vigentes referentes ao atendimento e encaminhamento dos usuários do Sistema Único de Saúde;
9.8 Seguir as diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS;
9.9 Manter atualizado o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) em todos os seus campos e os demais bancos de dados obrigatórios;
9.10 Adotar os protocolos de regulação de acesso vigentes no Sistema Único de Saúde, bem como os estabelecidos pelo Complexo Regulador Estadual do SUS;
9.11 Não cobrar e não permitir a cobrança a qualquer título por serviços prestados aos usuários do CIMSAÚDE;
9.12 Garantir o acesso da população aos serviços de saúde, atendendo os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação de serviços;
9.13 Manter durante toda a execução do contrato, a compatibilidade com as obrigações e condições assumidas quanto à habilitação e qualificação exigidas no credenciamento, inclusive de apresentar ao setor de faturamento, como condição de pagamento, os documentos necessários;
9.14 A **CONTRATADA** se responsabilizará pela manutenção (elaboração, guarda e arquivo) de toda a documentação médica relativa ao atendimento prestado para cada usuário assistido (relatórios de atendimentos, prontuários, laudos de exames) observadas as resoluções CFM nº 1639/02 e CFM nº 1821/07;
9.15 Preenchimento de prontuários na sua totalidade, nos seguintes aspectos: legibilidade, assinaturas, CID, exame físico, etc;
9.16 Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel conforme previsto no art. 5°, I, da resolução CFM nº 1.638/2002:
a) Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);
b) Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;
c) Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;
d) Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórios a assinatura e o respectivo número do CRM;
e) Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.
9.17 Os demais direitos e obrigações das partes serão objetos de contrato de prestação de serviço.

10 DAS PENALIDADES

10.1 A inobservância pelo interessado de cláusula ou obrigação constante neste Edital de Chamamento ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará ao

CIMSAÚDE aplicar-lhe as sanções e ao descredenciamento, assegurados o contraditório e a ampla defesa, conforme previsto na Lei Federal nº 8.666 de 1993, Lei Estadual nº 15.608 de 16/08/07 art. 25 VII e nos Art. 150 a 156, quanto à advertência escrita, advertência escrita com prazo para correção, penalidades pecuniárias com os respectivos valores, ordem de recolhimento, suspensão temporária da prestação de serviços, declaração de Inidoneidade, rescisão de contrato, e, quando for o caso, proceder ao descredenciamento.

10.2 A suspensão do contrato poderá ser aplicada de forma imediata, caso seja identificada qualquer circunstância que possa acarretar risco aos pacientes e pessoas atendidas pelo presente contrato, devendo a decisão ser motivada e garantindo ao CONTRATADO o prévio conhecimento, o que se dará por Notificação Extrajudicial encaminhada ao endereço constante em sua qualificação;

11 DO CONTRATO

11.1 Recebida à convocação, o credenciado terá o prazo de 02 (dois) dias, prorrogáveis a critério da Administração, para assinatura do Contrato e dar início a execução do serviço sob pena de decair o direito à contratação. Vencido esse prazo, a demanda será redistribuída entre os demais credenciados.

11.2 A contratação do credenciado somente poderá ocorrer por vontade do CIMSAÚDE e desde que esteja em situação regular perante as exigências habilitatórias para o credenciamento;

11.3 A contratação decorrente do credenciamento obedecerá às regras da Lei Estadual nº 15.608/2007, da Lei Federal nº 8.666/1993 e os termos da minuta do instrumento contratual/ordem de serviço, anexa ao respectivo Edital.

11.4 O credenciado contratado deverá indicar e manter preposto, aceito pelo CIMSAÚDE, para representá-lo na execução do contrato.

11.5 O instrumento contratual deverá ser assinado pelo representante legal do credenciado, e observará a minuta contemplada no Edital de Credenciamento.

11.6 O contrato firmado terá vigência máxima de um ano, condicionado e limitado ao recurso financeiro de que trata o item “3.5”.

11.6.1 O recurso financeiro de que trata o item “3.5” limitará a execução de todos os serviços que forem credenciados durante o exercício financeiro de 2022, assim sendo, de todos os contratos firmados.

11.7 Quando houver mais de um estabelecimento que se utilize do mesmo CNPJ (mantenedora), será realizado apenas um contrato, relacionando todos os prestadores e seus respectivos valores;

11.8 No preço descrito neste Edital de Chamamento Público estão inclusas todas as despesas necessárias à execução dos procedimentos contratados.

11.9 O instrumento contratual decorrente do credenciamento será publicado, em forma de extrato, no Diário Oficial do CIMSAÚDE, conforme disposto no art. 110 da Lei Estadual nº 15.608/2007.

12 DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO

12.1 Os credenciados contratados deverão executar os serviços com a devida diligência e observação dos padrões de qualidade exigidos, cumprindo prazos e acordos de confidencialidade de dados e informações.

12.2 O CIMSAÚDE poderá, a seu critério, proceder à avaliação do desempenho dos credenciados, que serão dela informados.

12.3 Verificado o desempenho insatisfatório, o credenciado contratado será notificado e deverá apresentar justificativa formal no prazo de 2 (dois) dias úteis.

12.4 O desempenho insatisfatório na avaliação poderá implicar na restrição ou alteração do pagamento do serviço realizado, assim como na rescisão do contrato e aplicação das penalidades previstas no art. 60 e 62 do Decreto Estadual nº 4.507/2009.

12.5 A execução do contrato será avaliada pelo serviço de auditoria, mediante procedimentos de supervisão indireta no ato do processamento das informações apresentadas no Sistema IDS, ou localmente, se assim fizer necessário.

13. DA FRAUDE E DA CORRUPÇÃO

13.1 Os licitantes devem observar e o contratado deve observar e fazer observar, por seus fornecedores e subcontratados, se admitida subcontratação, o mais alto padrão de ética durante todo o processo de licitação, de contratação e de execução do objeto contratual.

13.2 Para os propósitos desta cláusula definem-se as seguintes práticas:

a) "prática corrupta": oferecer, dar, receber ou solicitar, direta ou indiretamente, qualquer vantagem com o objetivo de influenciar a ação de servidor público no processo de licitação ou na execução de contrato;

b) "prática fraudulenta": a falsificação ou omissão dos fatos, com o objetivo de influenciar o processo de licitação ou de execução de contrato;

c) "prática colusiva": esquematizar ou estabelecer um acordo entre dois ou mais licitantes, com ou sem conhecimento de representantes ou prepostos do órgão licitador, visando estabelecer preços em níveis artificiais e não competitivos;

d) "prática coercitiva": causar dano ou ameaçar causar dano, direta ou indiretamente, às pessoas ou sua propriedade, visando influenciar sua participação em um processo licitatório ou afetar a execução do contrato;

e) "prática obstrutiva": (i) destruir, falsificar, alterar ou ocultar provas em inspeções ou fazer declarações falsas aos representantes do organismo financeiro multilateral, com o objetivo de impedir materialmente a apuração de alegações de prática prevista, deste Edital; (ii) atos cuja intenção seja impedir materialmente o exercício do direito de o organismo financeiro multilateral promover inspeção.

13.3 Na hipótese de financiamento, parcial ou integral, por organismo financeiro multilateral, mediante adiantamento ou reembolso, este organismo imporá sanção sobre uma empresa ou pessoa física, inclusive declarando-a inelegível, indefinidamente ou por prazo determinado, para outorga de contratos financiados pelo organismo se, em qualquer momento, constatar o envolvimento da empresa, diretamente ou por meio de um agente, em práticas corruptas, fraudulentas, colusivas, coercitivas ou obstrutivas ao participar da licitação ou da execução um contrato financiado pelo organismo.

13.4 Considerando os propósitos das cláusulas acima, o licitante vencedor, como condição para a contratação, deverá concordar que, na hipótese de o contrato vir a ser financiado, em parte ou integralmente, por organismo financeiro multilateral, mediante adiantamento ou reembolso, permitirá que o organismo financeiro e/ou pessoas por ele formalmente indicadas possam inspecionar o local de execução do contrato e todos os documentos, contas e registros relacionados à licitação e à execução do contrato.

14. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

14.1. O CIMSAÚDE poderá suspender ou cancelar o processo de credenciamento por ilegalidade, por razões de interesse público, por fato superveniente devidamente comprovado, o por outras razões previstas em lei e que coloquem em risco os princípios que norteiam a Administração Pública;

14.2. A suspensão ou cancelamento do processo de credenciamento não gera a obrigação de indenizar;

14.3. Durante a vigência do presente Edital poderá existir convocação dos interessados para nova análise da documentação, visando comprovar a manutenção das condições apresentas no momento da habilitação, conforme art. 15, § 1º, 2º, 3º e 4º do Decreto Estadual nº 4.507/2009;

14.4. Qualquer usuário ou cidadão poderá, a qualquer tempo, denunciar irregularidades no faturamento ou na prestação dos serviços ora contratados;
14.5. O presente Edital e seus termos, terão como prazo para sua impugnação e esclarecimentos findados no período de 15 (quinze) dias após sua publicação no Diário Oficial do CIMSAÚDE. Impugnação e esclarecimentos deverão ser diretamente protocolizados na Secretaria de Administração do CIMSAÚDE, na Avenida Anita Garibaldi, 1.870, Órfãs, CEP 84.015-050, Ponta Grossa, Estado do Paraná, nos dias úteis, no horário das 08h00min às 12h00min e das 13h00min às 17h00min;
14.6. O prestador de serviços credenciado **não poderá em hipótese alguma suspender o atendimento**;
14.7. Os casos omissos decorrentes da execução deste Contrato, serão resolvidos de comum acordo entre as partes, remetendo à autoridade competente do CIMSAÚDE, para decisão, tudo em conformidade com as disposições da Lei Federal nº 8.666/93 e suas atualizações, e, no que couber, supletivamente, aos princípios da teoria geral dos contratos e das disposições do direito administrativo;
14.8. O credenciamento é ato administrativo de chamamento público, destinado à contratação de serviços junto àqueles que satisfaçam os requisitos, observando o prazo de publicação e os demais critérios definidos no Edital;
14.9. O credenciamento obedecerá aos princípios da isonomia, da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade administrativa, da economicidade, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo e da celeridade;
14.10. O credenciamento não estabelece qualquer obrigação do CIMSAÚDE em efetivar a contratação do estabelecimento;
14.11. O CIMSAÚDE através de fiscal do contrato, designado por meio de Portaria específica, fará análise do cumprimento das exigências do Edital e do instrumento contratual;
14.12. Após finalizado o processo de contratação, somente os prestadores devidamente contratados poderão prestar atendimento aos usuários do CIMSAÚDE, ou seja, dos municípios consorciados;
14.13. Eventual modificação no presente Edital de Chamamento terá divulgação pela mesma forma dada ao texto original, reabrindo-se o prazo inicialmente estabelecido para eventual complementação da documentação a ser apresentada pelos interessados, caso necessário.

15. ANEXOS

15.1. Fazem parte deste Edital de Chamamento Público:
15.1.1. Anexo I: Tabela - CIMSAÚDE;
15.1.2. Anexo II: Tabela – Exames Laboratoriais;
15.1.3. Anexo III: Tabela – Procedimentos PRI 3ª e 21ª;
15.1.4. Anexo IV: Tabela – Procedimentos FPO;
15.1.5. Anexo V: Tabela – Procedimentos Fisioterapia;
15.1.6. Anexo VI: Tabela – Procedimento Odontológicos;
15.1.7. Anexo VII: Declaração de trabalho de menores;
15.1.8. Anexo VIII: Declaração de que nenhum dirigente da entidade ocupa cargo dentro do Sistema Único de Saúde e no CIMSAÚDE;
15.1.9. Anexo IX: Declaração que aceita as condições do Edital e os valores da Tabela referência;
15.1.10. Anexo X: Declaração de que a estrutura organizacional é compatível com o atendimento a ser prestado;
15.1.11. Anexo XI: Relação dos Profissionais Credenciados e respectiva especialidade;
15.1.12. Anexo XII: Requerimento para Credenciamento;
15.1.13. Anexo XIII: Declaração de Responsabilidade Plena;

15.1.14. Anexo XIV: Minuta do Contrato;
15.1.15. Anexo XV: Cronograma 2024 – Serviços em Saúde;
15.1.16. Anexo XVI: Cronograma de Envio das Agendas – Consultas;
15.1.17. Anexo XVII: Modelo da Grade de Envio das Agendas - Consultas

Ponta Grossa, PR, em 21 de dezembro de 2023.



IRANI JOSÉ BARROS
Presidente

ANEXO I

TABELA – ANO 2024

RESOLUÇÃO Nº

CONSULTAS MÉDICAS	
PROCEDIMENTOS	**VALOR R$**
CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	25,00
CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA - FONAUDIOLOGO	48,00
CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA – FONAUDIOLOGO ESPECIAIS (ABA/DOW)	80,00
CONSULTA MÉDICA EM ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS	100,00
CONSULTA ESPECIALIZADA DE NEFROLOGIA	100,00
CONSULTA ESPECIALIZADA DE NEUROLOGIA	100,00
CONSULTA ESPECIALIZADA DE PNEUMOLOGIA	100,00
CONSULTA ESPECIALIZADA DE REUMATOLOGIA	100,00
CONSULTA ESPECIALIZADA DE GASTROLOGIA	100,00
CONSULTA ESPECIALIZADA DE ENDOCRINOLOGIA	100,00
CONSULTA ESPECIALIZADA DE ENDOCRINOLOGIA PARA CIRURGIA BARIATRICA (PROTOCOLO PARA EMISSÃO DE LAUDO – RESOLUÇÃO Nº 225/2020)	100,00
CONSULTA ESPECIALIZADA DE PSIQUIATRIA	100,00
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (OUTRAS ESPECIALIDADES)	70,00
ANESTESIA E SEDAÇÃO	
PROCEDIMENTOS	**VALOR R$**
ANESTESIA (USO DE ANESTESIA EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, CLÍNICOS E/OU FINALIDADE DIAGNÓSTICA)	110,00
SEDAÇÃO (USO DEM EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA, COM JUSTIFICATIVA MÉDICA)	300,00
SEDAÇÃO (USO DEM EXAMES DE RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA, COM JUSTIFICATIVA MÉDICA)	300,00
SEDAÇÃO (USO DEM EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA, COM JUSTIFICATIVA MÉDICA)	110,00
SEDAÇÃO (USO DEM EXAMES DE COLONOSCOPIA E ENDOSCOPIA, COM JUSTIFICATIVA MÉDICA)	110,00
UROLOGIA	
PROCEDIMENTOS	**VALOR R$**
AVALIAÇÃO URODINÂMICA COMPLETA	200,00
NEFROLITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA	700,00
REUMATOLOGIA	
PROCEDIMENTOS	**VALOR R$**
ARTROCENTESE DE GRANDES ARTICULAÇÕES	50,00
INFILTRAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS EM CAVIDADES SINOVIAL (ARTICULAÇÃO, BAINHA, TENDINOSA)	50,00
PNEUMOLOGIA	
PROCEDIMENTOS	**VALOR R$**
TESTES DE FUNÇÃO PULMONAR (ESPIROMETRIA)	100,00
CARDIOLOGIA	
PROCEDIMENTOS	**VALOR R$**
ELETROCARDIOGRAMA (ECG)	15,00
TESTE ERGOMÉTRICO EM BICICLETA OU ESTEIRA	100,00
MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL (M.A.P.A)	80,00
ELETROCARDIOGRAMA FETAL	20,00
SISTEMA DE HOLTER 24 HORAS	90,00
ECOCARDIOGRMA COM DOPPLER DE FLUXO EM CORES (ADULTO OU INFANTIL) (TRANSTORÁCICA)	120,00
ECOCARDIOGRAMA DE STRESS FARMACOLÓGICO	360,00
DUPLEX SCAN VASCULAR PERIFÉRICO	120,00
DUPLEX DE CARÓTIDAS	120,00
ECOCARDIOGRAMA FETAL COM DOPPLER DE FLUXO EM CORES	315,00
NEUROLOGIA	
PROCEDIMENTOS	**VALOR R$**
ELETROENCEFALOGRAMA (EEG)	150,00
POTENCIAL EVOCADO VISUAL	90,00
POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO	90,00
POTENCIAL EVOCADO SOMATO-SENSITIVO (POR MEMBRO)	90,00

ELETRONEUROMIOGRAFIA (ENMG) DE MEMBROS INFERIORES	350,00
ELETRONEUROMIOGRAFIA (ENMG) DE MEMBROS SUPERIORES	350,00
ELETRONEUROMIOGRAFIA (ENMG) DE FACE	300,00
ELETRONEUROMIOGRAFIA (ENMG) DE MEMBROS INFERIORES E SUPERIORES	700,00
POLISSONOGRAFIA (PSG)	150,00
EEGQ QUANTITATIVO OU MAPEAMENTO CEREBRAL	210,00
GASTROENTEROLOGIA	
PROCEDIMENTOS	**VALOR R$**
COLONOSCOPIA	260,00
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	130,00
RETOSSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA	100,00
RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL	100,00
POLIPECTOMIA ENDOSCÓPICA	160,00
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESÔFAGO/ESTÔMAGO/DUODENO	160,00
RADIODIAGNÓSTICO	
(INCLUSO:MATERIAIS E DEMAIS INSUMOS)	
CRÂNIO E FACE	**VALOR R$**
CRÂNIO: P.A. – LAT.	35,00
CRÂNIO: P.A. – LAT. – BRETTON OU TOWNE	50,00
CRÂNIO: P.A. – LAT. – OBLÍQUAS OU BRETTON – HIRTZ	55,00
MASTÓIDES OU ROCHEDOS (BILATERAL)	50,00
ÓRBITAS: P.A. – LAT. – OBLÍQUAS – HIRTZ	47,00
SEIOS DA FACE: F.N. – M.N. – LAT.	50,00
SEIOS DA FACE: F.N. – M.N. – HIRTZ	55,00
SELA TURCA: P.A. – LAT. – BRETTON OU TOWNE	40,00
MAXILAR INFERIOR: P.A. – OBLÍQUAS	50,00
OSSOS DA FACE: M.N. – F.N. – LTA. – HIRTZ	50,00
ARCOS ZIGOMÁTICOS – MALAR – ESTILÓIDES: A.P. – OBLÍQUAS	40,00
ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	55,00
ADENÓIDES – LATERAL	30,00
CAVUM: LAT. – HIRTZ OU BOCA ABERTA E FECHADA	30,00
CONDUTOS AUDITIVOS INTERNOS	45,00
PANORÂMICA DE MANDÍBULA – ORTOPANTOMOGRAFIA	45,00
TELEPERFIL EM CEFALOSTATO SEM TRAÇADO	42,00
TELEPERFIL EM CEFALOSTATO COM TRAÇADO	45,00
ARCADA DENTÁRIA (POR ARCADA)	35,00
RADIOGRAFIA PERI-APICAL	6,85
RADIOGRAFIA OCLUSAL	12,00
PLANIGRAFIA CRANIANA LINEAR (DOIS PLANOS)	96,00
PLANIGRAFIA CRANIANA MULTIDIRECIONAL	140,00
PLANIGRAFIA DE FACE (DOIS PLANOS)	82,00
PLANIGRAFIA DE SELA TURCA (DOIS PLANOS)	82,00
RADIODIAGNÓSTICO	
(INCLUSO:MATERIAIS E DEMAIS INSUMOS)	
COLUNA VERTEBRAL	**VALOR R$**
COLUNA CERVICAL: A.P. – LAT. – T.O. OU FLEXÃO	45,00
COLUNA CERVICAL: A.P. – LAT. – T.O. – OBLÍQUAS	55,00
COLUNA CERVICAL: FUNCIONAL OU DINÂMICA	60,00
COLUNA DORSAL: A.P. – LAT. – OBLÍQUAS	55,00
COLUNA LOMBO-SACRA	45,00
COLUNA LOMBO-SACRA COM OBLÍQUAS + SELET. L5/S1	55,00
COLUNA LOMBO-SACRA: FUNCIONAL OU DINÂMICA	60,00
SACRO-CÓCCIX	45,00
COLUNA DORSO-LOMBAR PARA ESCOLIOSE: P.A. – LAT.	45,00
COLUNA DORSO-LOMBAR DINÂMICA PARA ESCOLIOSE	52,00
COLUNA TOTAL PARA ESCOLIOSE PANORÂMICA (TELESPONDILOGRAFIA)	95,00
PLANIGRAFIAS DA COLUNA VERTEBRAL (DOIS PLANOS)	155,00

COLUNA DORSAL: A.P. – LAT. – OBLÍQUAS	47,00
RADIODIAGNÓSTICO	
(INCLUSO:MATERIAIS E DEMAIS INSUMOS)	
ESQUELETO TORÁCICO E MEMBROS SUPERIORES	**VALOR R$**
ESTERNO	40,00
ARTICULAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR	40,00
COSTELAS (POR HEMITÓRAX)	45,00
CLAVÍCULA	40,00
OMOPLATA OU OMBRO TRÊS POSIÇÕES	40,00
ARTICULAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR	50,00
ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL	45,00
BRAÇO	40,00
COTOVELO	40,00
ANTEBRAÇO	40,00
PUNHO: A.P. – PERFIL – OBLÍQUAS	40,00
MÃO OU QUIRODÁCTILOS	40,00
MÃOS E PUNHOS PARA IDADE ÓSSEA	40,00
RADIODIAGNÓSTICO	
(INCLUSO:MATERIAIS E DEMAIS INSUMOS)	
BACIA E MEMBROS INFERIORES	**VALOR R$**
BACIA	40,00
RADIOPELVIMETRIA OU BACIA EM DUAS POSIÇÕES	45,00
ARTICULAÇÕES SACRO-ILÍACAS	50,00
ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL (CADA LADO)	40,00
COXA	40,00
JOELHO: A.P. – LATERAL	35,00
JOELHO OU RÓTULA: A.P. – LAT. - AXIAL	40,00
PERNA	40,00
ARTICULAÇÃO TÍBIO-TÁRSICA	50,00
PÉ OU PODODÁCTILOS	35,00
CALCÂNEO	35,00
ESCANOMETRIA	80,00
JOELHO: A.P. – LAT. – OBLÍQUAS + 3 AXIAIS	65,00
PANORÂMICA DE MEMBROS INFERIORES	65,00
RADIODIAGNÓSTICO	
(INCLUSO:MATERIAIS E DEMAIS INSUMOS)	
ÓRGÃOS INTERNOS DO TÓRAX	**VALOR R$**
BREUGRAFIA 10MM	7,50
ABREUGRAFIA 35 OU 70MM	7,50
TÓRAX: P.A.	30,00
TÓRAX: ÁPICO-LORDÓTICA	35,00
TÓRAX: P.A. – LAT.	40,00
TÓRAX: P.A. (INS E EXP) – LAT.	40,00
TÓRAX: P.A. – LAT. – OBLÍQUAS	55,00
CORAÇÃO E VASOS DA BASE: P.A. – LAT.	40,00
CORAÇÃO E VASOS DA BASE: P.A – LAT. – OBLÍQUAS	45,00
PLANIGRAFIA SEGMENTAR (POR PLANO)	82,00
PLANIGRAFIA – HEMITÓRAX – MEDIASTINO (POR PLANO)	82,00
PLANIGRADIA BILATREAL DO TÓRAX	82,00
LARINGE	70,00
HIPOFARINGE	70,00
MEDIASTINO	45,00
PLANIGRAFIA DE LARINGE	82,00
RADIODIAGNÓSTICO	
(INCLUSO:MATERIAIS E DEMAIS INSUMOS)	
APARELHO DIGESTIVO	**VALOR R$**
COLANGIOGRAFIA PRÉ-OPERATÓRIA	150,00

COLANGIOGRAFIA PÓS-OPERATÓRIA	150,00
COLANGIOGRAFIA VENOSA	150,00
COLANGIOGRAFIA VENOSA COM PLANIGRAFIAS	165,00
COLECISTOGRAMA ORAL COM PROVA MOTORA	60,00
ESÔFAGO	110,00
ESTÔMAGO E DUODENO	137,00
ESÔFAGO – HIATO – ESTÔMAGO E DUODENO	150,00
TRÂNSITO E MORFOLOGIA DO DELGADO	137,00
CLISTER OPACO (DUPLO CONTRASTE)	150,00
DUODENOGRAFIA HIPOTÔNICA	137,00
ESTUDO DO DELGADO COM DUPLO CONTRASTE ENTROCLISE	175,00
RADIODIAGNÓSTICO	
(INCLUSO:MATERIAIS E DEMAIS INSUMOS)	
APARELHO GENITURINÁRIO	**VALOR R$**
UROGRAFIA EXCRETORA	150,00
URETROCISTOGRAFIA	150,00
RADIODIAGNÓSTICO	
(INCLUSO:MATERIAIS E DEMAIS INSUMOS)	
OUTROS EXAMES	**VALOR R$**
ABDOMEN SIMPLES – A.P.	30,00
ABDOMEN SIMPLES – A.P. – LAT. OU LOCALIZADA	45,00
ABDOMEN AGUDO	80,00
PLANIGRAFIA DE OSSO OU SUBSIDIÁRIA E A OUTROS EXAMES (POR PLANO)	70,00
MAMOGRAFIA (BILATERAL)	45,00
LOCALIZAÇÃO TRIDIMENSIONAL DE CORPO ESTRANHO NO GLOBO OCULAR	47,00
XEROMAMOGRAFIA	100,00
DENSITOMETRIA ÓSSEA DUO ENERGÉTICA (UM SEGMENTO)	75,00
ESQUELETO (INCIDÊNCIAS BÁSICAS) CRÂNIO, COLUNA, BACIA E MEMBROS	135,00
MAMOGRAFIA ASSOCIADA A PUNÇÃO E MARCAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA ORIENTADA POR ESTEREOTAXIA, U.S OU C.T.	90,00
DENSITOMETRIA ÓSSEA DUO ENERGÉTICA (COLUNA LOMBAR + FÊMUR OU DOIS SEGMENTOS)	100,00
DENSITOMETRIA ÓSSEA DUO ENERGÉTICA (CORPO INTEIRO)	95,00
DENSITOMETRIA ÓSSEA DUO ENÉRGETICA (PRÓTESE DE FÊMUR)	80,00
MORFOMETRIA DIGITAL/COLUNA LOMBAR	85,00
MORFOMETRIA DIGITAL/FÊMUR PROXIMAL	65,00
RADIODIAGNÓSTICO	
(INCLUSO:MATERIAIS E DEMAIS INSUMOS)	
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	**VALOR R$**
BRONCOGRAFIA (UNILATERAL)	150,00
LARINGOGRAFIA	137,00
DUCTOGRAFIA (POR MAMA)	137,00
SIALOGRAFIA (POR GLÂNDULA)	137,00
HISTEROSSALPINGOGRAFIA	150,00
ARTROGRAFIA	137,00
FISTULOGRAFIA	137,00
COLANGIOGRAFIA TRANSCUTÂNEA	150,00
COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETRÓGRADA	137,00
DACRIOCISTOGRAFIA	160,00
ULTRASSONOGRAFIA (realização nas dependências do PRESTADOR DE SERVIÇOS)	
(INCLUSO: MEDICAMENTOS, MATERIAIS E DEMAIS INSUMOS)	
EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA	**VALOR R$**
ABDOMEN SUPERIOR (FÍGADO, VIAS BILIARES, VESÍCULA, PÂNCREAS, BAÇO)	70,00
ABDOMEN TOTAL (ABDOMEN SUPERIOR, RETROPERITÔNIO, RINS E BEXIGA)	90,00
APARELHO URINÁRIO (RINS E BEXIGA)	70,00
ARTICULAÇÕES (OMBRO, TORNOZELO, COTOVELO, JOELHO, PUNHO, COXO-FEMORAL)	90,00
BIOPSIA PERCUTÂNEA DE FRAGMNETO MAMÁRIO GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA (CORE BIOPSY)	405,00
CRANIANA (TRANSFONTANELA)	45,00

GLOBO OCULAR	74,00
HIPOCÔNDRIO DIRETOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES, PÂNCREAS)	50,00
OBSTÉTRICA	98,00
OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO	135,00
OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA	200,00
OBSTÉTRICA GEMELAR	40,00
OBSTÉTRICA COM PERFIL BIODÍSICO FETAL	70,00
OBSTÉTRICA COM AMNIOCENTESE	82,50
ÓRGÃOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (ESPECIFICAMENTE MAMAS)	115,00
ÓRGÃOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (TIREÓIDE, CERVICAL, SALIVARES, MÚSCULO, TENDÕES, ESCROTO, PÊNIS E VASO PERIFÉRICO)	82,00
PÉLVICA ABDOMINAL (GINECOLÓGICA) (ÚTERO, OVÁRIO E TROMPAS)	35,00
PÉLVICA TRANSVAGINAL (ÚTERO, OVÁROP E TROMPAS)	106,00
PÉLVICA TRANSVAGINAL COM DOPPLER	246,00
PÉLVICA ABDOMINAL PARA CONTROLE DE OVULAÇÃO (3 OU MAIS EXAMES)	80,00
PÉLVICA TRANSVAGINAL PARA CONTROLE DE OVULAÇÃO (3 OU MAIS EXAMES)	120,00
PRÓSTATA ABDOMINAL	65,00
PRÓSTATA TRANSRETAL	75,00
PRÓSTATA TRANSRETAL COM DIÓPSIA (NÃO INCLUSO ANESTESIA)	300,00
PUNÇÃO DE ÓRGÃO E ESTRUTURAS GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA (MANAS, TIREÓIDE, CERVICAL)	315,00
RETROPERITÔNIO, GRANDES VASOS E SUPRA RENAIS	60,00
TÓRAX (EXTRACARDÍACO)	45,00
DOPPLER VASCULAR ARTERIAL (POR MEMBRO)	197,00
DOPPLER VASCULAR VENOSO (POR MEMBRO)	197,00
DOPPLER DE ARTÉRIAS CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	197,00
DOPPLER DE ARTÉRIAS RENAIS	197,00
DOPPLER DE ARTÉRIAS ILÍACAS	197,00
DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL	197,00
DOPPLER COLORIDO DE ÓRGÃO OU ESTRUTURA ISOLADA (RINS, MASSA, NÓDULO, OVÁRIO)	197,00
ULTRASSONOGRAFIA (realização nas dependências do CIMSAÚDE)	
(INCLUSO: MEDICAMENTOS, MATERIAIS E DEMAIS INSUMOS)	
EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA	**VALOR R$**
ABDOMEN SUPERIOR (FÍGADO, VIAS BILIARES, VESÍCULA, PÂNCREAS, BAÇO)	55,00
ABDOMEN TOTAL (ABDOMEN SUPERIOR, RETROPERITÔNIO, RINS E BEXIGA)	80,00
APARELHO URINÁRIO (RINS E BEXIGA)	55,00
ARTICULAÇÕES (OMBRO, TORNOZELO, COTOVELO, JOELHO, PUNHO, COXO-FEMORAL)	45,00
CRANIANA	45,00
GLOBO OCULAR	45,00
HIPOCÔNDRIO DIREITO (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES, PÂNCREAS)	50,00
OBSTÉTRICA	52,00
OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO	135,00
OBSTÉTRICA GEMELAR	40,00
OBSTÉTRICA COM PERFIL BIOFÍSICO FETAL	70,00
OBSTÉTRICA COM AMNIOCENTESE	82,50
ÓRGÃOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (ESPECIFICAMENTE MAMAS)	65,00
ÓRGÃO E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (TIREÓIDE, CERVICAL, SALIVARES, MÚSCULO, TENDÕES, ESCROTO, PÊNIS E VASO PERIFÉRICO)	45,00
PÉLVICA ABDOMINAL (GINECOLÓGICA) (ÚTERO, OVÁRIO E TROMPAS)	30,00
PÉVICA TRANSVAGINAL (ÚTERO, OVÁRIO E TROMPAS)	60,00
PÉLVICA TRSNVAGINAL COM DOPPLER	150,00
PÉLVICA ABDOMINAL PARA CONTROLE DE OVULAÇÃO (3 OU MAIS EXAMES)	80,00
PÉLVICA TRANSVAGINAL PARA CONTROLE DE OVULAÇÃO (3 OU MAIS EXAMES)	100,00
PRÓSTATA ABDOMINAL	35,00
PR´STATA TRANSRETAL	75,00
PRÓSTATA TRANSRETAL COM BIÓPSIA (NÃO INCLUSO ANESTESIA)	300,00
RETROPERITÔNIO, GRANDES VASOS E SUPRA RENAIS	60,00
TÓRAX (EXTRACARDÍOCO)	45,00

DOPPLER VASCULAR ARTERIAL (POR MEMBRO)	110,00
DOPPLER VASCULAR VENOSO (POR MEMBRO)	110,00
DOPPLER DE ARTÉRIAS CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	110,00
DOPPLER DE ARTÉRIAS RENAIS	110,00
DOPPLER DE ARTÉRIAS ILÍACAS	110,00
DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL	110,00
DOPPLER COLORIDO DE ÓRGÃO OU ESTRUTURA ISOLADA (RINS, MASSA, NÓDULO, OVÁRIO)	110,00
DISGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR	
(INCLUSO: MEDICAMENTOS, MATERIAIS E DEMAIS INSUMOS)	
EXAMES	**VALOR R$**
CINTILOGRAFIA DE CORAÇÃO C/GÁLIO 67	457,55
CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE ESTRESSE	408,52
CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE REPOUSO	383,07
CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ LOCALIZAÇÃO DE NECROSE (MINIMO 3 PROJEÇÕES)	166,47
CINTILOGRAFIA P/AVALIAÇÃO DE FLUXO SANGUINEO DE EXTREMINADES	114,02
CINTILOGRAFIA P/QUANTIFICAÇÃO DE SHUNT EXTRACARDIACO	142,57
CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CÂMARAS CARDIÁCAS EM SITUAÇÃO DE ESFORÇO	214,85
CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CÂMARAS CARDÌACAS EM SITUAÇÃO DE REPOUSO	176,72
DETERMINAÇÃO DE FLUXO SANGUÍNEO REGIONAL	123,93
CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E BAÇO (MINIMO 5 IMAGENS)	133,26
CINTILOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES C/ OU S/ESTIMULO	87,89
CINTILOGRAFIA P/ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (LIQUIDO)	135,38
CINTILOGRAFIA P/ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (SEMI-SÓLIDO)	135,38
CINTILOGRAFIA P/ESTUDO DE TRÂNSITO GÁSTRICO	144,22
CINTILOGRAFIA P/PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL	144,86
CINTILOGRAFIA P/PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA	157,23
CINTOLOGRAFIA P/PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO	135,38
IMUNO-CINTILOGRAFIA (ANTICORPO MONOCLONAL)	1.103,26
CINTILOGRAFIA P/PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NÃO ATIVA	310,82
CINTILOGRAFIA DE PARATIREÓIDE	324,54
CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE C/ OU S/ CAPTAÇÃO	77,28
CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE C/TESTE DE SUPRESSÃO/ESTÍMULO	107,30
CINTILOGRAFIA P/PESQUISA DO CORPO INTEIRO	338,70
TESTE DO PERCLORATO C/RADIOISÓTOPO	107,40
CINTILOGRAFIA DE RIM C/GÁLIO 67	457,55
CINTILOGRAFIA DE TESTICULO E BOLSA ESCROTAL	108,94
CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA) – DMSA	133,03
CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	122,97
CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	144,50
DETERMINAÇÃO DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR	63,22
DETERMINAÇÃO DE FLUXO PLASMATICO RENAL	63,22
ESTUDO RENAL DINÂMICO C/OU S/DIURÉTICO – DTPA	165,24
CINTILOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES E/OU OSSO	180,32
CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/OU S/FLUXO SANGUINO (CORPO INTEIRO)	190,99
CINTILOGRAFIA DE SEGMENTOS ÓSSEOS C/GÁLIO 67	457,55
CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL C/TALIO (SPCTO)	438,01
CISTERNICINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIAÇÃO DO TRÂNSITO)	205,35
ESTUDO DE FLUXO SANGUINEO CEREBRAL	119,16
CINTILOGRAFIA DE PULMÃO C/GÁLIO 67	457,55
CINTILOGRAFIA DE PULMÃO P/PESQUISA DE ASPIRAÇÃO	127,51
CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR INALAÇÃO (MINIMO 2 PROJEÇÕES)	128,12
CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR PERFUSÃO (MINIMO 4 PROJEÇÕES)	130,50
CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETÍCULO – ENDOTELIAL (MEDULO OSSEA)	112,61
DEMONSTRAÇÃO DE SEQUESTRO DE HEMÁCIAS PELO BRAÇO (C/RADIOSÓTOPOS)	97,37
DETERMINAÇÃO DE SOBREVIDA DE HEMÁCIAS (C/RADIOISÓTOPOS)	54,36
LINFOCINTILOGRAFIA	141,33
CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/GÁLIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS	906,80

CINTILOGRAFIA DE GÂNDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)	66,23
CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	287,43
CINTILOGRAFIA DE FIGADO E VIAS BILIARES	187,93
CONTRASTE	
CONTRASTE EM EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (TAC)	**VALOR R$**
CONTRASTE (USO DE CONTRASTE EM EXAMES DE TAC, COM JUSTIFICATIVA MÉDICA)	150,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (TAC)	
INCLUSO: MATERIAIS E DEMAIS INSUMOS, EXCETO CONTRASTE, COM JUSTIFICATIVA MÉDICA	
EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	**VALOR R$**
ABDOMEN SUPERIOR	190,00
ANGIOTOMOGRAFIA POR SEGMENTO COM CONTRASTE	648,00
ARTICULAÇÃO (EXTERNO-CLAVICULAR, OMBRO, COTOVELO, PUNHO, SACRO-ILÍACA, COXO-FEMORAL, JOELHO, PÉ)	125,00
COLUNA CERVICAL (INDEPENDENTE DA QUANTIDADE DE SEGMENTOS, MENOS OU MAIS DE TRÊS SEGMENTOS)	125,00
COLUNA DORSAL (INDEPENDENTE DA QUANTIDADE DE SEGMENTOS, MENOS OU MAIS DE TRÊS SEGMENTOS)	125,00
COLUNA LOMBAR (INDEPENDENTE DA QUANTIDADE DE SEGMENTOS, MENOS OU MAIS DE TRÊS SEGMENTOS)	125,00
CRÂNIO OU ÓRBITAS OU SELA TÚRSICA	125,00
FACE OU SEIOS DA FACE OU ARTICULAÇÕES TÊMPORO-MANDIBULARES	125,00
MASTÓIDES OU OUVIDOS	125,00
PELVE OU BACIA	190,00
PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIREÓIDE OU PARATIREÓIDE, FARINGE)	125,00
SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEGRAÇO, COXA, PERNA, MÃO, PÉ)	125,00
TÓRAX	190,00
ABDOMEN TOTAL OU APARELHO URINÁRIO (CORRESPONDE A ABDOMEN SUPERIOR + PELVE)	380,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	
(INCLUSO: CONTRASTES, MATERIAIS E DEMAIS INSUMOS)	
EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	**VALOR R$**
CRÂNIO	400,00
COLUNA CERVICAL	400,00
COLUNA TORÁCICA	400,00
COLUNA LOMBRO-SACRA	400,00
PESCOÇO	400,00
PLEXO BRAQUIAL (UNILATERAL)	400,00
TÓRAX	400,00
CORAÇÃO OU AORTA COM CINE-RM	425,00
ABDOMEN SUPERIOR	400,00
BACIA OU PELVE	400,00
ARTUCLAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	400,00
OMBRO (UNILATERAL)	400,00
COTOVELO OU PUNHO (UNILATERAL)	400,00
ARTICULAÇÃO COXO-FEMURAL (BILATERAL)	400,00
JOELHO (UNILATERAL)	400,00
TORNOZELO OU PÉ (UNILATERAL)	400,00
SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, COXA, PERNA, MÃO, PÉ) (UNILATERAL)	400,00
ABDOMEN TOTAL OU APARELHO URINÁRIO (CORRESPONDE A ABDOMEN SUPERIOR + PELVE)	760,00
ANGIOGRAFIA POR RM (POR SEGMENTO)	400,00
ANGIOGRAFIA POR RM QUANDO SOLICITADA CONJUNTAMENTE COM OUTRO EXAME (2 SEGMENTOS)	760,00
ANGIORESSONÂNCIA	760,00
MAMA (BILATERAL)	520,00
FETAL	600,00
DERMATOLOGIA CLÍNICO CIRÚRGICA	
DIAGNOSE	**VALOR R$**
EXAMES BACTERIOSCÓPICOS DE LESÃO CUTÂNEA, MUCO OU LINFA	5,40
EXAME CITOLÓGICO DE LESÃO CUTÂNEA	5,40
EXAME MICOLÓGICO DIRETO	5,40

EXAME MICOLÓGICO (CULTURA E IDENTIFICAÇÃO DE COLÔNIA)	6,00
INTRADERNO REAÇÃO (POR UNIDADE)	4,86
TESTE EPICUTÂNEO (POR UNIDADE)	7,20
TRICOGRAMA	9,00
DERMATO-HISTOPATOLÓGICO	21,00
TERAPIA	**VALOR R$**
ACTINOTERAPIA (POR SESSÃO)	3,60
BOTA DE UNNA (CONFECÇÃO)	12,60
CALOSIDADE E/OU MAL PERFURANTE – DESBASTAMENTO (POR SESSÃO)	18,00
CRIOTERAPIA (POR GRUPO DE ATÉ 5 LESÕES)	12,60
EPILAÇÃO (POR SESSÃO)	18,00
INFILTRAÇÃO INTRALESIONAL (POR SESSÃO)	14,40
PEQUENAS LESÕES – CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA (POR GRUPO DE ATÉ 5 LESÕES)	21,60
ESFOLIAÇÃO QUÍMICA SUPERFICIAL (POR SESSÃO)	27,00
ESFOLIAÇÃO QUÍMICA PROFUNDA (POR SESSÃO)	54,00
FOTOTERAPIA COM UVA (PUVA) - (POR SESSÃO)	9,00
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	**VALOR R$**
ABRASÃO CIRÚRGICA	45,00
BIÓPSIA DE PELE E MUCOSA	18,00
CURETAGEM SIMPLES DE LESÕES DE PELE (POR GRUPO DE ATÉ 10 LESÕES)	18,00
ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÕES DE PELE E MUCOSAS (COM OU SEM CURETAGEM) (POR GRUPO DE ATÉ 5 LESÕES)	21,60
EXCISÃO E SUTURA COM ROTAÇÃO DE RETALHOS	81,00
EXCISÃO E SUTURA DE UNHA ENCRAVADA PELA DOBRA UNGUEAL	27,00
EXCISÃO E SUTURA COM PLÁSTICA EM Z	90,00
EXCISÃO E SUTURA SIMPLES DE LESÕES DE PELE E MUCOSAS	45,00
EXÉRESE DE UNHA	18,00
INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO, HEMATOMA OU PANARÍCIO	18,00
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO	18,00
TRATAMENTO DE MIÍASE FURUNCULÓIDE	18,00
CURETAGEM E ELETROCOAGULAÇÃO DE CA DE PELE	39,30
EXCISÃO E SUTURA SIMPLES DE CA DE PELE E MUCOSAS	52,50
INCISÃO E DRENAGEM DE FLEGMÃO	30,00
LASERCIRURGIA (POR SESSÃO)	75,00
OFTALMOLOGIA	
DIAGNOSE	**VALOR R$**
CURVA TENSIONAL DIÁRIA (BINOCULAR)	27,00
CAMPIMETRIA MANUAL (MONOCULAR)	14,40
EXAME DE MOTILIDADE OCULAR (TESTE ORTÓPTICO) (BINOCULAR)	7,20
ELETRO-RETINOGRAFIA (ERG) – MONOCULAR	32,40
ELETRO-OCULOGRAFIA (MONOCULAR)	32,40
MAPEAMENTO DE RETINA (OFTALMOSCOPIA INDIRETA) (MONOCULAR)	12,00
OFTALMODINAMOMETRIA (MONOCULAR)	7,20
POTENCIAL OCCIPITAL VISUAL EVOCADO (BILATERAL)	54,00
RETINOGRAFIA (MONOCULAR)	14,40
ANGIOFLUORESCEINOGRAFIA (MONOCULAR)	36,00
TESTE DE ADAPTAÇÃO DE LENTES DE CONTATO (SESSÃO) (BINOCULAR)	9,00
TONOMETRIA (MONOCULAR)	4,50
TONOMETRIA (BINOCULAR)	9,00
VISÃO SUBNORMAL (MONOCULAR)	27,00
BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	36,00
PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	27,00
MICROSCOPIA ESPECULAR DE CÓRNEA (MONOCULAR)	63,00
ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA (MONOCULAR)	36,00
GONIOSCOPIA (BINOCULAR)	14,40
ACUIDADE VISUAL COM LASER (P.A.M.) (MONOCULAR)	9,00
FUNDOSCOPIA SOB MEDRIASES (BINOCULAR)	5,40

CERATOSCOPIA COMPUTADORIZADA (MONOCULAR)	45,00
TESTE PROVOCATIVO PARA GLAUCOMA (BINOCULAR)	14,40
ESTÉRIO-FOTO DA PAPILA (MONOCULAR)	14,40
TESTE DE SENSIBILIDADE DE CONTRASTE (MONOCULAR)	12,00
BIOMICROSCOPIA DE FUNDO (MONOCULAR)	12,00
AVALIAÇÃO ÓRBITO-PALPEBRAL-EXOFTALMOMETRIA (BINOCULAR)	10,80
CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (MONOCULAR)	110,00
AVALIAÇÃO DE VIAS LACRIMAIS (OU ESTUDO DA PELÍCULA LACRIMAL) (MONOCULAR)	15,00
ULTRASSONOGRAFIA BIOMICROSCÓPICA (MONOCULAR)	36,00
RETINOGRAFIA FLUORESCENTE	180,00
TERAPIA	**VALOR R$**
BETATERAPIA (POR SESSÃO)	5,40
CURATIVOS	4,50
CONJUNTIVA	**VALOR R$**
INFILTRADO SUBCONJUNTIVAL	9,00
CÓRNEA	**VALOR R$**
CAUTERIZAÇÃO DE CÓRNEA	14,40
CORPO ESTRANHO – RETIRADA	14,40
PÁLPEBRA	**VALOR R$**
ABSCESSO	14,40
CALÁZIO	21,60
SUTURA	32,40
EPILAÇÃO DE CÍLIOS	22,20
OTORRINOLARINGOLOGIA	
DIAGNOSE	**VALOR R$**
AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR COM TESTES DE DISCRIMINAÇÃO	52,00
AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR INFANTIL CONDICIONADA	52,00
AUDIOMETRIA VOCAL (PESQUISA DE LIMIAR DE DISCRIMINAÇÃO)	28,00
AUDIOMETRIA VOCAL (PESQUISA DE LIMIAR DE INTELIGIBILIDADE)	28,00
GUSTOMETRIA	10,00
IMPEDANCIOMETRIA	100,00
IMITANCIOMETRIA	57,00
PESQUISA DE POTENCIAIS AUDITIVOS DE TRONCO CEREBRAL (BERA)	180,00
EMISSÃO OTOACÚSTICA	72,00
VÍDEO-LARINGOSCOPIA	165,00
VÍDEO-NASOFIBROSCOPIA	65,00
OUVIDOS – OUVIDO EXTERNO	**VALOR R$**
CERÚMEN – REMOÇÃO (BILATERAL)	5,40
CORPOS ESTRANHOS, PÓLIPOS OU BIÓPSIA (EM CONSULTÓRIO)	18,00
FURÚNCULO – DRENAGEM	18,00
OUVIDOS – OUVIDO MÉDIO	**VALOR R$**
DUCHA DE POLITZER OU CURATIVO DE OUVIDO (CADA)	5,40
PARACENTESE DO TÍMPANO – MIRINGOTOMIA (UNILATERAL) (EM CONSULTÓRIO)	18,00
NARIZ	**VALOR R$**
ABSCESSO OU HEMATOMA DE SEPTO NASAL – DRENAGEM	27,00
CORPOS ESTRANHOS – RETIRADA (EM CONSULTÓRIO)	18,00
CORNETO INFERIOR – INFILTRAÇÃO MEDICAMENTOSA (CADA APLICAÇÃO)	9,00
CORNETO INFERIOR – CAUTERIZAÇÃO LINEAR (UNILATERAL)	27,00
EPISTAXE – CAUTERIZAÇÃO (QUALQUER TÉCNICA)	24,00
EPISTAXE – TAMPONAMENTO ANTERIOR	30,00
POLIPECTOMIA – UNILATERAL	45,00
SINÉQUIAS – RESSECÇÃO	27,00
FARINGE	**VALOR R$**
CORPO ESTRANHO DE FARINGE – RETIRADA (EM CONSULTÓRIO)	23,40
ORTOPEDIA	
IMOBILIZAÇÕES PROVISÓRIAS – TALAS GESSADAS	**VALOR R$**
MEMBRO SUPERIOR	6,75

MEMBRO INFERIOR	11,25
APARELHOS GESSADOS	**VALOR R$**
ÁXILO-PALMAR OU PENDENTE	13,50
BOPTA COM OU SEM SALTO	13,50
COLETE	18,00
COLAR	9,00
LUVA	9,00
MINERVA OU RISSER PARA ESCOLIOSE	45,00
TIPO VELPEAU	22,50
TÓRACO-BRAQUIAL	33,75
CRURO- PODÁLICO	18,00
DUPLA ABDUÇÃO OU DUCROQUET	18,00
HALO-GESSO	56,25
INGUINO-MALEOLAR	13,50
PELVI-PODÁLICO	45,00
SPICA-GESSADA	33,75
OUTROS PROCEDIMENTOS	**VALOR R$**
IMOBILIZAÇÕES NÃO GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	5,63
ARTROCENTESE DE GRANDES ARTICULAÇÕES	50,00
INFILTRAÇÃO DE SUBSTANCIAS EM CAVIDADE SINOVIAL (ARTICULAÇÃO, BAINHA TENDINOSA)	50,00
PRÓTESES OCULARES	**R$**
CONJUNTO DE ARMAÇÃO (ACETATO OU METAL) MAIS LENTES CORRETIVAS, BIFOCAIS ATÉ 8,0 GRAUS ESFÉRICO E CILÍNDRICO ATÉ 4,0 GRAUS, UTILIZADOS PARA CORRIGIR MIOPIAS, HIPERMETROPIAS, ASTIGMATISMO, PRESBIOPIA, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA	281,00
CONJUNTO DE ARMAÇÃO (ACETATO OU METAL) MAIS LENTES CORRETIVAS, BIFOCAIS COM ASTIGMATISMO E GRAUS ALTERADOS, ACIMA DE 8,0 GRAUS ESFÉRICO E CILÍNDRICO DE 4,0 GRAUS, UTILIZADOS PARA CORRIGIR MIOPIAS, HIPERMETROPIAS, ASTIGMATISMO, PRESBIOPIA, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA	478,00
CONJUNTO DE ARMAÇÃO (ACETATO OU METAL) MAIS LENTES CORRETIVAS, MONOFOCAIS ATÉ 6,0 GRAUS ESFÉRICO E CILÍNDRICO ACIMA DE 4,0 GRAUS, UTILIZADOS PARA CORRIGIR MIOPIAS, HIPERMETROPIAS, ASTIGMATISMO, PRESBIOPIA, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA	209,00
CONJUNTO DE ARMAÇÃO (ACETATO OU METAL) MAIS LENTES CORRETIVAS, MONOFOCAIS GRAUS ALTERADOS, ACIMA DE 6,0 GRAUS ESFÉRICO E CILÍNDRICO ACIMA DE 4,0 GRAUS, UTILIZADOS PARA CORRIGIR MIOPIAS, HIPERMETROPIAS, ASTIGMATISMO, PRESBIOPIA, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA	378,00
CONJUNTO DE ARMAÇÃO (ACETATO OU METAL) MAIS LENTES CORRETIVAS, MULTIFOCAIS ESFÉRICOS ATÉ 8,0 GRAUS ESFÉRICO E CILÍNDRICO ATÉ 4,0 GRAUS, UTILIZADOS PARA CORRIGIR MIOPIAS, HIPERMETROPIAS, ASTIGMATISMO, PRESBIOPIA, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA	282,00
CONJUNTO DE ARMAÇÃO (ACETATO OU METAL) MAIS LENTES CORRETIVAS, MULTIFOCAIS COM ASTIGMATISMO E GRAUS ALTERADOS, ACIMA DE 8,0 GRAUS ESFÉRICO E CILÍNDRICO ACIMA DE 4,0 GRAUS, UTILIZADOS PARA CORRIGIR MIOPIAS, HIPERMETROPIAS, ASTIGMATISMO, PRESBIOPIA, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA	525,00
CONJUNTO DE ARMAÇÃO (ACETATO OU METAL) MAIS LENTES CORRETIVAS, MULTIFOCAIS COM GRAUS ALTERADOS, ATÉ +6,0 GRAUS OU ATÉ -12,0 GRAUS ESFÉRICO E CILÍNDRICO ATÉ 6,0 GRAUS, UTILIZADOS PARA CORRIGIR MIOPIAS, HIPERMETROPIAS, ASTIGMATISMO, PRESBIOPIA, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA	749,00
CONJUNTO DE ARMAÇÃO (ACETATO OU METAL) MAIS LENTES CORRETIVAS, MULTIFOCAIS GRAUS ALTERADOS, ATÉ +8,0 GRAUS OU ATÉ -12,0 GRAUS ESFÉRICO E CILÍNDRICO ATÉ 6,0 GRAUS, UTILIZADOS PARA CORRIGIR MIOPIAS, HIPERMETROPIAS, ASTIGMATISMO, PRESBIOPIA, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA	1.288,00
CONJUNTO DE ARMAÇÃO (ACETATO OU METAL) MAIS LENTES CORRETIVAS, MULTIFOCAIS GRAUS ALTERADOS, ATÉ +10,0 GRAUS OU ATÉ -14,0 GRAUS ESFÉRICO E CILÍNDRICO ATÉ 6,0 GRAUS, UTILIZADOS PARA CORRIGIR MIOPIAS, HIPERMETROPIAS, ASTIGMATISMO, PRESBIOPIA, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA	1.989,00
CONJUNTO DE ARMAÇÃO (ACETATO OU METAL) MAIS LENTES CORRETIVAS, MULTIFOCAIS GRAUS ALTERADOS, ATÉ +10,0 GRAUS OU ATÉ -15,0 GRAUS ESFÉRICO E CILÍNDRICO ATÉ 6,0 GRAUS, UTILIZADOS PARA CORRIGIR MIOPIAS, HIPERMETROPIAS, ASTIGMATISMO, PRESBIOPIA, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA	1.376,00
CONJUNTO DE ARMAÇÃO (ACETATO OU METAL) MAIS LENTES CORRETIVAS, MULTIFOCAIS GRAUS ALTERADOS, ATÉ +13,0 GRAUS OU ATÉ -15,0 GRAUS ESFÉRICO E CILÍNDRICO ATÉ 6,0 GRAUS, UTILIZADOS	1.487,00

PARA CORRIGIR MIOPIAS, HIPERMETROPIAS, ASTIGMATISMO, PRESBIOPIA, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA	
CONJUNTO DE ARMAÇÃO (ACETATO OU METAL) MAIS LENTES CORRETIVAS, MULTIFOCAIS GRAUS ALTERADOS, ATÉ +19,0 GRAUS OU ATÉ -25,0 GRAUS ESFÉRICO E CILÍNDRICO ATÉ 6,0 GRAUS, UTILIZADOS PARA CORRIGIR MIOPIAS, HIPERMETROPIAS, ASTIGMATISMO, PRESBIOPIA, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA	2.375,00
EXAMES DE IMAGEM E DIAGNÓSTICO - HOSPITALAR	
REGIME URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (18H ÀS 07HS) SÁBADOS, DOMINGOS E FERIADOS 24HS	
CARDIOLOGIA	
PROCEDIMENTOS	**VALOR R$**
ECOCARDIOGRAMA COM DOPPLER DE FLUCO EM CORES (ADULTO OU INFANTIL) (TRASNTORÁCICA)	211,50
ULTRASSONOGRAFIA	
(INCLUSO: MEDICAMENTOS, MATERIAIS E DEMAIS INSUMOS)	
EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA	**VALOR R$**
ABDOMEN SUPERIOR (FÍGADO, VIAS BILIARES, VESÍCULA, PÂNCREAS, BAÇO)	116,16
ABDOMEN TOTAL (ABDOMEN SUPERIOR, RETROPERITÔNIO, RINS E BEXIGA)	116,16
APARELHO URINÁRIO (RINS E BEXIGA)	116,16
ARTICULAÇÕES (OMBRO, TORNOZELO, COTOVELO, PUNHO, COXO-FEMURAL)	116,16
HIPOCÔNDRIO DIREITO (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES, PÂNCREAS)	116,16
ÓRGÃOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (TIREÓIDE, CERVICAL, SALIVARES, MÚSCULO, TENDÕES, ESCROTO, PÊNIS E VASO PERIFÉRICO)	116,16
PÉLVICA ABDOMINAL (GINECOLÓGICA) (ÚTERO, OVÁRIO E TROMPAS)	116,16
DOPPLER VASCULAR ARTERIAL (POR MEMBRO)	177,30
DOPPLER VASCULAR VENOSO (POR MEMBRO)	177,30
DOPPLER DE ARTÉRIAS CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	177,30
DOPPLER DE ARTÉRIAS RENAIS	177,30
DOPPLER DE ARTÉRIAS ILÍACAS	177,30
DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL	177,30
CONTRASTE	
CONTRASTE EM EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (TAC)	**VAOR R$**
CONTRASTE (USO DE CONTRASTE EM EXAMES DE TAC, COM JUSTIFICATIVA MÉDICA)	223,24
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (TAC)	
(INCLUSO: MATERIAIS E DEMAIS INSUMOS, EXCETO CONTRASTE, COM JUSTIFICATIVA MÉDICA)	
EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	**VALOR R$**
ABDOMEN SUPERIOR	253,76
ANGIOTOMOGRAFIA POR SEGMENTO	253,76
ARTICULAÇÃO (EXTERNO-CLAVICULAR, OMBRO, COTOVELO, PUNHO, SACRO-ILÍACA, COXO-FEMURAL, JOELHO, PÉ)	253,76
COLUNA CERVICAL (INDEPENDENTE DA QUANTIDADE DE SEGMENTOS, MENOS OU MAIS DE 3 SEGMENTOS)	253,76
COLUNA DORSAL (INDEPENDENTE DA QUANTIDADE DE SEGMENTOS, MENOS OU MAIS DE 3 SEGMENTOS)	253,76
COLUNA LOMBAR (INDEPENDENTE DA QUANTIDADE DE SEGMENTOS, MENOS OU MAIS DE 3 SEGMENTOS)	253,76
CRÂNIO OU ÓRBITAS OU SELA TÚRSICA	253,76
FACE OU SEIOS DA FACE OU ARTICULAÇÕES TÊMPORO-MANDIBULARES	253,76
MASTÓIDES OU OUVIDOS	253,76
PELVE OU BACIA	253,76
PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIREÓIDE OU PARATIREÓIDE, FARINGE)	253,76
SEGMENTOS APENDICULARES 9BRAÇO, ANTEBRAÇO, COXA, PERNA, MÃO, PÉ)	253,76
TÓRAX	253,76

ANEXO II

EXAMES LABORATORIAIS	
DESCRIÇÃO	**VALOR R$**
ANTI – AQUAPORINA 4 - IGG (ANTI-NMO)	350,00
ANTICORPOS ANTIGLIADINA IgA	24,90
ANTICORPOS ANTIGLIADINA IgG	24,90
ANTICORPOS ANTIGLIADINA IgM	24,90
ANTIENDOMISIO IgA	54,90
ANTIENDOMISIO IgG	54,90
ANTIENDOMISIO IgM	54,90
CARIÓTIPO	500,00
PAAF – PUNÇÃO ASPIRATIVA DE AGULHA FINA	130,89
SHGB	22,90
IMUNOFENOTIPAGEM	900,00
ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)	3.04
ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	1.89
ADENOGRAMA	5.79
ALBUMINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	5,25
ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	3.70
ANTIBETA 2 GLICOPROTEINA I -IGG	125.00
ANTIBIOGRAMA	4.98
ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	13.33
ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	13.33
ANTINEUTRÓFILOS (ANCA) C - PESQUISA E/OU DOSAGEM	25,36
ANTINEUTRÓFILOS (ANCA) P - PESQUISA E/OU DOSAGEM	33,48
BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	4.20
BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	4.20
BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	4.20
BACTERIOSCOPIA	20,00
BACTERIOSCOPIA (GRAM)	2.80
CHAGAS IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM	24,34
CHAGAS IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	10,21
CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	4.33
CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	4.33
CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	6.48
CLEARANCE DE CREATININA	3.51
CLEARANCE DE FOSFATO	3.51
CLEARANCE DE UREIA	3.51
CLEARANCE OSMOLAR	3.51
COLETA DE MATERIAL BIOLÓGICO PARA EXAME LABORATORIAL	30,00
COLETA DE MATERIAL PARA EXAME CITOPATOLÓGICO DE COLO UTERINO (COM FORNECIMENTO DE MATERIAL)	32,50
CONTAGEM DE ADDIS	2.04
CONTAGEM DE LINFOCITOS B	15.00
CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	15.00
CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	15.00
CONTAGEM DE PLAQUETAS	2.73
CONTAGEM DE RETICULOCITOS	2.73
CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	1.89
CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	1.89
CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	5.62
CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO)	5.62
CULTURA P/ HERPESVIRUS	4.33
CULTURA PARA BAAR	5.63
CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	10.25

EXAMES LABORATORIAIS	
DESCRIÇÃO	**VALOR R$**
CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	4.19
CURVA INSULINICA (6 DOSAGENS) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	73,03
D-DIMERO	60,00
DETECÇÃO DE ÁCIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO)	65.00
DETECÇÃO DE CLAMÍDIA E GONOCOCO POR BIOLOGIA MOLECULAR	60.00
DETECÇÃO DE RNA DO HTLV-1	65.00
DETECÇÃO DE RNA DO VÍRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	96.00
DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	8.80
DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE	66.00
DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	66.00
DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA	66.00
DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	66.00
DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	10.65
DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	2.01
DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)	180.00
DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)	160.00
DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	160.00
DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50)	9.25
DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO	1.53
DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	15.65
DETERMINAÇÃO DE CURVA DE RESISTÊNCIA GLOBULAR	2.73
DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	3.63
DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	3.68
DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	6.55
DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	10.00
DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	2.73
DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE	2.83
DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	6.56
DETERMINAÇÃO DE ÍNDICE DE TIROXINA LIVRE	12.54
DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	3.70
DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	3.51
DETERMINAÇÃO DE RETENÇÃO DE T3	12.54
DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMOGLOBINA	2.73
DETERMINAÇÃO DE T3 REVERSO	14.69
DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	2.73
DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	2.73
DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	9.00
DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	2.73
DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	5.79
DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	2.85
DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	5.77
DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	2.73
DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	2.73
DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	1.37
DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA	9.25
DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA CROMOSSOMA PHILADELPHIA POSITIVO POR TÉCNICA MOLECULAR	144.24
DIAGNÓSTICO E REAVALIAÇÃO DE HEMOGLOBINÚRIA PAROXISTICA NOTURNA	80.00
DOSAGEM DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	5.50
DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	17.16
DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	8.00

EXAMES LABORATORIAIS	
DESCRIÇÃO	**VALOR R$**
DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	10.20
DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	6.72
DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	6.72
DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	15.24
DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	3.51
DOSAGEM DE ACETONA	1.85
DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	6.72
DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	2.01
DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	2.06
DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	2.23
DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	3.68
DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	2.04
DOSAGEM DE ACIDO URICO	1.85
DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	15.65
DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	9.00
DOSAGEM DE ADENOSINA-DESAMINASE (ADA)	13.06
DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	14.12
DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	3.51
DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	2.01
DOSAGEM DE ALDOLASE	3.68
DOSAGEM DE ALDOSTERONA	11.89
DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	3.68
DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	3.68
DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	3.68
DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	15.06
DOSAGEM DE ALUMINIO	27.50
DOSAGEM DE AMILASE	2.25
DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	10.00
DOSAGEM DE AMONIA	3.51
DOSAGEM DE AMP CICLICO	12.01
DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	11.53
DOSAGEM DE ANFETAMINAS	10.00
DOSAGEM DE ANTI-BETA-2-GLICOPROTEÍNA I - IGM	125.00
DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	4.11
DOSAGEM DE ANTICORPO ANTI-ACHR	86.20
DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA	18.55
DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	10.00
DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	16.42
DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	6.48
DOSAGEM DE BARBITURATOS	13.13
DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	13.48
DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	13.55
DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	2.01
DOSAGEM DE CADMIO	6.55
DOSAGEM DE CALCIO	1.85
DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	3.51
DOSAGEM DE CALCITONINA	14.38
DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	17.53
DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	4.11
DOSAGEM DE CAROTENO	2.01
DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	3.68
DOSAGEM DE CHUMBO	8.83
DOSAGEM DE CICLOSPORINA	58.61

EXAMES LABORATORIAIS	
DESCRIÇÃO	**VALOR R$**
DOSAGEM DE CITRATO	2.01
DOSAGEM DE CLORETO	1.85
DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR	150.00
DOSAGEM DE COBRE	3.51
DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	3.51
DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	3.51
DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	1.85
DOSAGEM DE COLINESTERASE	3.68
DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	17.16
DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	17.16
DOSAGEM DE CORTISOL	9.86
DOSAGEM DE CREATININA	1.85
DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	1.89
DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	3.68
DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	4.12
DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	2.83
DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	11.25
DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	3.51
DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	3.51
DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	3.68
DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	3.68
DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	8.97
DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	11.71
DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	1.65
DOSAGEM DE ESTRADIOL	10.15
DOSAGEM DE ESTRIOL	11.55
DOSAGEM DE ESTRONA	11.12
DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	15.65
DOSAGEM DE FATOR II	5.31
DOSAGEM DE FATOR IX	7.61
DOSAGEM DE FATOR V	4.73
DOSAGEM DE FATOR VII	8.09
DOSAGEM DE FATOR VIII	6.63
DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	15.00
DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	18.91
DOSAGEM DE FATOR X	6.66
DOSAGEM DE FATOR XI	9.11
DOSAGEM DE FATOR XII	10.51
DOSAGEM DE FATOR XIII	6.66
DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	5.50
DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	12.10
DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	20.90
DOSAGEM DE FENITOINA	35.22
DOSAGEM DE FENOL	2.05
DOSAGEM DE FERRITINA	15.59
DOSAGEM DE FERRO SERICO	3.51
DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	4.60
DOSAGEM DE FOLATO	15.65
DOSAGEM DE FORMALDEIDO	3.51
DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	2.01
DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	2.01
DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	2.01

EXAMES LABORATORIAIS	
DESCRIÇÃO	**VALOR R$**
DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	2.01
DOSAGEM DE FOSFORO	1.85
DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	2.01
DOSAGEM DE FRUTOSE	2.01
DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	2.01
DOSAGEM DE GALACTOSE	3.51
DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	3.51
DOSAGEM DE GASTRINA	14.15
DOSAGEM DE GLICOSE	1.85
DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	1.89
DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	3.68
DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	15.35
DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	7.85
DOSAGEM DE GORDURA FECAL	3.04
DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	3.68
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	1.53
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	2.73
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	2.73
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	7.86
DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	2.73
DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	3.68
DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	10.21
DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	7.89
DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	8.97
DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	8.96
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	17.16
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	9.25
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	17.16
DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	9.25
DOSAGEM DE INSULINA	10.17
DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	3.51
DOSAGEM DE LACTATO	3.68
DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	3.51
DOSAGEM DE LIPASE	2.25
DOSAGEM DE LITIO	2.25
DOSAGEM DE MAGNESIO	2.01
DOSAGEM DE MERCURIO	2.04
DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	10.00
DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	4.11
DOSAGEM DE METOTREXATO	10.00
DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	8.12
DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	2.01
DOSAGEM DE OXALATO	3.68
DOSAGEM DE PARATORMONIO	43.13
DOSAGEM DE PEPTIDEO C	15.35
DOSAGEM DE PEPTÍDEOS NATRIURÉTICOS TIPO B (BNP E NT-PROBNP)	27.00
DOSAGEM DE PIRUVATO	3.68
DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	4.11
DOSAGEM DE PORFIRINAS	3.51
DOSAGEM DE POTASSIO	1.85
DOSAGEM DE PROGESTERONA	10.22
DOSAGEM DE PROLACTINA	10.15
DOSAGEM DE PROTEINA C FUNCIONAL	75.00

EXAMES LABORATORIAIS	
DESCRIÇÃO	**VALOR R$**
DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	2.83
DOSAGEM DE PROTEINA S FUNCIONAL	125.00
DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	2.04
DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	1.89
DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	1.40
DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	1.85
DOSAGEM DE QUINIDINA	10.00
DOSAGEM DE RENINA	13.19
DOSAGEM DE SALICILATOS	2.01
DOSAGEM DE SIROLIMO	52.33
DOSAGEM DE SODIO	1.85
DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	15.35
DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	13.11
DOSAGEM DE SULFATOS	3.51
DOSAGEM DE TEOFILINA	15.65
DOSAGEM DE TESTOSTERONA	10.43
DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	13.11
DOSAGEM DE TIOCIANATO	3.68
DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	15.35
DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	8.76
DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	11.60
DOSAGEM DE TRACOLIMUS	115,00
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	2.01
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	2.01
DOSAGEM DE TRANSFERRINA	4.12
DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	3.51
DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	8.71
DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	5.50
DOSAGEM DE TRIPTOFANO	3.51
DOSAGEM DE TROPONINA	9.00
DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	13.20
DOSAGEM DE UREIA	1.85
DOSAGEM DE VITAMINA B12	15.24
DOSAGEM DE ZINCO	15.65
DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	3.04
DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO	137.00
DST MULTIPLEX	249,56
ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	5.41
ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	3.68
ELETROFORESE DE PROTEINAS	4.42
ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	5.23
ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	2.73
ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	6.56
ESPLENOGRAMA	5.79
EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	3.04
EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	1.89
EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER I	80.00
EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER II	120.00
EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	2.80
EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	3.70
FATOR ANTINÚCLEO (FAN) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	12,68
FATOR V DE LEIDEN	132,83
FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	10.65

EXAMES LABORATORIAIS	
DESCRIÇÃO	**VALOR R$**
FRUTOSAMINAS (PROTEINAS GLICOSILADAS) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	13,69
GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	15.65
GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	298.48
GLOBULINA DE LIGAÇÃO DE HÔRMONIOS SEXUAIS (SHBG) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	63,39
HEMATOCRITO	1.53
HEMOCULTURA	11.49
HEMOGRAMA COMPLETO	4.11
HLA B27, FENOTIPAGEM (COM DIRETRIZ DEFINIDA PELA ANS - Nº 32)	176,42
HOMOCISTEÍNA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	60,86
HPV GENOTIPAGEM ALTO E BAIXO GRAU	356,23
IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	5.63
IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	10.65
IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	1.65
IDENTIFICAÇÃO DE GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA)	3.70
IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS	17.16
IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	80.00
LACTOSE, TESTE DE TOLERÂNCIA	24,34
LEUCOGRAMA	2.73
MARCADORES TUMORAIS (CA19.9, CA12.5, CA72.4, CA15.3, ETC) CADA PESQUISA E/OU DOSAGEM	76,07
MIELOGRAMA	5.79
PARASITOLÓGICOS (3 AMOSTRAS)	6,00
PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	4.33
PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	3.70
PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	2.04
PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	3.70
PESQUISA DE ANTICOAGULANTE LÚPICO	110.00
PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	10.00
PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	10.00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	9.25
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	10.00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	9.25
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	3.70
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	5.83
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	10.00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 (WESTERN-BLOT)	85.00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	17.16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	8.67
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	9.25
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	10.00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	9.70
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	9.70
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	2.83
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	10.00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	10.00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	17.16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	85.00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	10.00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	18.55
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	10.00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	17.16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	4.10
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	5.50
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	17.16

EXAMES LABORATORIAIS	
DESCRIÇÃO	**VALOR R$**
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	17.16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	17.16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	17.16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	17.16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	17.16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	10.00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	17.16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	5.74
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	17.16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	18.55
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	18.55
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	17.16
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	18.55
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	18.55
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	7.78
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	9.71
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	18.55
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	18.55
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	9.25
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	4.10
PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	18.55
PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	17.16
PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTA O VIRUS EPSTEIN-BARR	2.83
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	11.00
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	9.25
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	16.97
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	9.25
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS	30.00
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	18.55
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	17.16
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	17.16
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	17.16
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	17.16
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	18.55
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	11.61
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	10.00
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	18.55
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	9.25
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	18.55
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS	20.00
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	18.55
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	17.16
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	17.16
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	17.16
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	17.16
PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	5.79
PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC	5.79
PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	5.79
PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	18.55
PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	18.55
PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	25.00

EXAMES LABORATORIAIS	
DESCRIÇÃO	**VALOR R$**
PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	2.80
PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	2.04
PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	2.40
PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	1.89
PESQUISA DE CELULAS LE	4.11
PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	1.89
PESQUISA DE CISTINA NA URINA	2.04
PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	2.04
PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	2.73
PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	2.83
PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	1.89
PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	1.65
PESQUISA DE EOSINOFILOS	1.65
PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	3.70
PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	4.80
PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	4.33
PESQUISA DE ESTRETOCOCOS B – CULTURA PARA SGB	39,30
PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	4.10
PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	1.37
PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	2.04
PESQUISA DE FILARIA	2.73
PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	2.04
PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	3.36
PESQUISA DE GORDURA FECAL	1.65
PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	2.80
PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	4.33
PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	2.73
PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	10.00
PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	2.04
PESQUISA DE IGM ANTI-TOXOPLASMA GONDII EM SANGUE SECO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	8.19
PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	9.25
PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	2.04
PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	1.65
PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	2.80
PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	1.65
PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	1.65
PESQUISA DE MACROPROLACTINA	12.15
PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	3.70
PESQUISA DE MUTAÇÃO DO GENE DA PROTROMBINA	180.00
PESQUISA DE MUTAÇÃO DO GENE DE PROTROMBINA	224,33
PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	1.65
PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	1.65
PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	2.04
PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	4.44
PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	1.89
PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	10.25
PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	1.65
PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	1.65
PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	2.04
PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	5.04
PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	2.73
PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	1.65

EXAMES LABORATORIAIS	
DESCRIÇÃO	**VALOR R$**
PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	1.65
PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	10.00
PROCEDIMENTO ANÁTOMO PATOLÓGICO	85,00
PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES	5.62
PROVA DA D-XILOSE	3.68
PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	4.11
PROVA DE DILUICAO (URINA)	2.04
PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	9.70
PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	2.73
PROVA DO LACO	2.73
PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	1.89
PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	1.89
PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	1.77
PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	1.77
QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO HIV-1	18.00
QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO VÍRUS DA HEPATITE C	168.48
QUANTIFICAÇÃO/AMPLIFICAÇÃO DO HER-2	120.00
RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	2.73
REAÇÃO DE MONTENEGRO ID	2.83
REACAO DE PANDY	1.89
REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	1.89
REAVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE LEUCEMIA CROMOSSOMA PHILADELPHIA POSITIVO POR TÉCNICA MOLECULAR	168.48
TESTE ANTÍGENO VIRAL PARA DETECÇÃO SARSCOV – COVID 19 (SWAB NASAL)	100,00
TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	12.00
TESTE DE CLEMENTS	1.89
TESTE DE ESTIMULO COM GNRH OU COM AGONISTA GNRH	12.01
TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	12.01
TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	12.01
TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	12.01
TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	4.69
TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	2.73
TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	4.69
TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	12.01
TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	12.01
TESTE DE TOLERÂNCIA A GLICOSE – TTG (2 DOSAGENS)	14,00
TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	6.55
TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	2.73
TESTE FTA – ABS – IGM P/ DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS	28,00
TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	10.00
TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	10.00
TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	2.73
TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	2.83
TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES	2.83
TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	8.43
TESTE TOXICOLÓGICO DE CABELO	120,00
TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	4.10
TESTES ALERGICOS DE CONTATO	1.77
TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	1.77
TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	5.79
TOXOPLASMOSE AVIDEZ – ANTICORPOS IGG (CLIA)	85,00
VITAMINA A, PESQUISA E/OU DOSAGEM	41,06

ANEXO III

CONSULTAS MÉDICAS	3ª RS	21ª RS	
ESPECIALIDADES	**QUANTIDADE**	**QUANTIDADE**	**VALOR R$**
CONSULTA ESPECIALIZADA DE GASTROENTEROLOGIA	3.785	48	100,00
CONSULTA ESPECIALIZADA DE PNEUMOLOGIA	3.500	601	100,00
CONSULTA ESPECIALIZADA DE NEUROLOGIA PEDIÁTRICA	4.023	440	185,00
CONSULTA ESPECIALIZADA DE REUMATOLOGIA	4.000	61	100,00
CONSULTA ESPECIALIZADA DE CARDIOLOGIA	199	254	70,00
CONSULTA ESPECIALIZADA DE ENDOCRINOLOGIA	199	253	100,00
CONSULTA ESPECIALIZADA DE PSIQUIATRIA	1.427	433	70,00
CONSULTA ESPECIALIZADA DE OFTALMOLOGIA/RETINOLOGIA	22	68	70,00
CONSULTA ESPECIALIZADA DE NEFROLOGIA	438	76	100,00
CONSULTA ESPECIALIZADA DE NEUROLOGIA	-	624	100,00
CONSULTA ESPECIALIZADA DE UROLOGIA	-	48	70,00
CONSULTA ESPECIALIZADA DE DERMATOLOGIA	-	133	70,00
CONSULTA ESPECIALIZADA DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA	-	48	70,00
CONSULTA ESPECIALIZADA DE PEDIATRIA	-	35	100,00
CONSULTA ESPECIALIZADA DE HEMATOLOGIA	-	35	70,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	**3ª RS**	**21ª RS**	
(INCLUSO: CONTRASTES, MATERIAIS E DEMAIS INSUMOS)	**QUANTIDADE**	**QUANTIDADE**	**VALOR R$**
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CRÂNIO	161	175	400,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	-	100	400,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	-	100	400,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORACICA	-	100	400,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR	-	100	400,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR	-	100	400,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TORAX	7	1	400,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (SOLICITADA PELO REUMATOLOGISTA)	400	6	400,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TURSICA	1	3	400,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PELVE	-	1	400,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MAMAS	-	1	400,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (TAC)	**3ª RS**	**21ª RS**	
(INCLUSO: CONTRASTES, MATERIAIS E DEMAIS INSUMOS)	**QUANTIDADE**	**QUANTIDADE**	**VALOR R$**
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO	1.520	223	125,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	660	121	190,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURSICA	1	3	125,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (SOLICITADA PELO REUMATOLOGISTA)	400	6	125,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE E BACIA	-	1	190,00
ULTRASSONOGRAFIA	**3ª RS**	**21ª RS**	
(INCLUSO: MEDICAMENTOS, MATERIAIS E DEMAIS INSUMOS)	**QUANTIDADE**	**QUANTIDADE**	**VALOR R$**
ULTRASSONOGRAFIA CEREBRAL	22	20	45,00
ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	247	5	45,00
ULTRASSONOGRAFIA MORFOLOGICA	714	1	200,00
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DOS VASOS	-	48	197,00
ULTRASSONOGRAFIA DE TIROIDE	-	48	82,00
ULTRASSONOGRAFIA GLOBO OCULAR/ORBITA MONOCULAR	1	1	74,00
ULTRASSONOGRAFIA DE RINS E VIAS URINÁRIAS	219	38	70,00
ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA TRANSRETAL	-	1	75,00
ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA ABDOMINAL	-	2	65,00
ULTRASSONOGRAFIA OBSTRETICO	-	1	98,00
ULTRASSONOGRAFIA OBSTRETICO COM DOPPLER	-	1	135,00
ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	-	1	106,00
ULTRASSONOGRAFIA DE MAMAS	-	1	115,00
ULTRASSONOGRAFIA PELVICO ABDOMINAL	-	1	35,00

ULTRASSONOGRAFIA	3ª RS	21ª RS	
(INCLUSO: MEDICAMENTOS, MATERIAIS E DEMAIS INSUMOS)	QUANTIDADE	QUANTIDADE	VALOR R$
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEM	-	1	90,00
DEMAIS PROCEDIMENTOS	**3ª RS**	**21ª RS**	
(INCLUSO: CONTRASTES, MATERIAIS E DEMAIS INSUMOS)	**QUANTIDADE**	**QUANTIDADE**	**VALOR R$**
DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGÉTICA DE COLUNA	15	37	100,00
DENSITOMETRIA OSSEA (SOLICITADA PELO REUMATOLOGISTA)	21	6	75,00
DESITOMETRIA (SOLICITADA PELO ENDOCRINOLOGISTA)	-	20	75,00
RAIO X	422	26	157,00
RAIO X DE TORAX	-	1	30,00
ELETROCARDIOGRAMA	445	1.018	15,00
ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	255	303	120,00
ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	1	26	360,00
ECOCARDIOGRADIA TRANSESOFÁGICA	1	1	165,00
ECOCARDIOGRAFIA FETAL	-	1	315,00
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	3.785	48	130,00
COLANGIO PANCREATOGRAFIA RETROGRADA	132	2	163,20
ENDOSCOPIA TERAPÊUTICA - POLIPECTOMIA, LIGADURA, ESCLEROSE	946	12	160,00
COLONOSCOPIA	946	12	260,00
RETOSIGMOIDOSCOPIA	795	10	100,00
BRONCOSCOPIA	168	30	36,02
ESPIROMETRIA	1.820	312	100,00
CINTILOGRAFIA PULMONAR DE PERFUSÃO	21	4	130,50
CINTILOGRAFIA PULMONAR DE VENTILAÇÃO	21	4	128,12
CINTILOGRAFIA MIOCARDIA EM SITUAÇÃO DE ESTRESSE	7	8	408,52
CINTILOGRAFIA MIOCARDIA EM SITUAÇÃO DE REPOUSO	7	8	383,07
CINTILOGRAFIA E CAPTAÇÃO DA GLANDULA TIREÓIDE	1	3	77,28
CINTILOGRAFIA DAS PARATIREOIDES	1	3	324,54
CINTILOGRAFIA RENAL	5	1	133,03
CINTILOGRAFIA RENAL DINÂMICA COM CAPTOPRIL	4	1	133,03
ELETRONEUROMIOGRAFIA	141	42	300,00
ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL	20	10	760,00
HOLTER	10	13	90,00
TESTE ERGOMÉTRICO	20	25	100,00
VENTRICULOGRAFIA RADIOISOTÓPICA	1	1	383,07
PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA	1	2	27,00
BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	1	3	36,00
BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	2	7	12,00
CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO	1	3	110,00
CERATOMETRIA	1	1	3,37
CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR CDPO	1	3	27,00
GONIOSCOPIA	1	2	14,40
MAPAEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO	3	11	12,00
MICROSCOPIA ESPECULAR DE CÓRNEA	1	1	63,00
POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	1	1	54,00
RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	2	5	24,68
RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	1	3	64,00
TESTE DE VISÃO DE CORES	1	1	3,37
TESTE ORTÓPTICO	1	3	12,34
TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA	1	1	24,24
FUNDOSCOPIA	2	7	3,37
TONOMETRIA	6	17	9,00
CISTOSCOPIA	-	1	18,00
ESTUDO URODINAMICO	-	2	200,00

DEMAIS PROCEDIMENTOS	3ª RS	21ª RS	
(INCLUSO: CONTRASTES, MATERIAIS E DEMAIS INSUMOS)	QUANTIDADE	QUANTIDADE	VALOR R$
URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL	-	1	52,11
UROGRAFIA EXCRETORA	-	1	57,40
BIOPSIA DE PROSTATA GUIADA POR ULTRASSOM	-	4	300,00
BIOPSIA DE PUNÇÃO DE TUMOR DE PELE	-	3	14,10
BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	-	3	18,00
TESTE URODINÂMICO	-	1	7,62

ANEXO IV

EXAMES DE IMAGEM E DIAGNÓSTICO				
PROCEDIMENTOS	QUANTIDADE MENSAL	VALOR FPO R$	VALOR CONTRAPARTIDA R$	VALOR TOTAL R$
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	20	24,20	45,80	70,00
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	60	37,95	52,05	90,00
ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	20	24,20	45,80	70,00
ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO	20	24,20	65,80	90,00
ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	20	24,20	90,80	115,00
ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	10	24,20	40,80	65,00
ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	50	24,20	73,80	98,00
ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/DOPPLER COLORIDO	36	39,60	95,40	135,00
ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	4	24,20	20,80	45,00
ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	20	24,20	81,80	106,00
MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HRS (3 CANAIS)	120	30,00	60,00	90,00
MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL (M.A.P.A)	150	10,07	69,93	80,00
TESTE DE ESFORÇO/TESTE ERGOMÉTRICO	120	30,00	70,00	100,00
ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO ESTIMULO	100	11,34	138,66	150,00
ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/MEDICAMENTO (EEG)	100	25,00	125,00	150,00
ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/FOTOESTIMULO	100	25,00	65,00	90,00
ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG)	250	27,00	323,00	350,00
POLISSONOGRAFIA	200	125,00	25,00	150,00
RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	120	64,00	116,00	180,00

ANEXO V

SERVIÇOS/PROCEDIMENTOS CLÍNICOS EM FISIOTERAPIA	
DESCRIÇÃO	VALOR R$
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	10,20
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	7,50
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	10,20
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO CLÍNICO	7,50
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	7,50
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTÊMICO	10,20
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	7,50
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	10,20

SERVIÇOS/PROCEDIMENTOS CLÍNICOS EM FISIOTERAPIA	
DESCRIÇÃO	**VALOR R$**
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	7,50
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	7,50
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR	7,50
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	10,20
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA	10,20
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	10,20
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	7,50
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	7,50
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	10,20
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	7,50
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO	10,20
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	10,20
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO	7,50
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQÜELAS POR QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADOS)	7,50

ANEXO VI

PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS	
DIAGNÓSTICO/ESTOMATOLOGISTA	
PROCEDIMENTO	**VALOR**
CONSULTA ODONTOLÓGICA	R$100,00
DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM CITOLOGIA ESFOLIATIVA DA REGIÃO BMF	R$110,00
DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM MATERIAL DE BIÓPSIA DA REGIÃO BMF	R$110,00
DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PUNÇÃO DA REGIÃO BMF	R$110,00
DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PEÇA CIRÚRGICA DA REGIÃO BMF	R$110,00
BIÓPSIA DE BOCA	R$110,00
BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	R$160,00
BIÓPSIA DE LÁBIO	R$160,00
BIÓPSIA DE LÍNGUA	R$160,00
BIÓPSIA DE MANDÍBULA	R$160,00
BIÓPSIA DE MAXILA	R$160,00
RADIOLOGIA	
PROCEDIMENTO	**VALOR**
FOTOGRAFIA - UNIDADE	R$10,00
MODELOS ORTODÔNTICOS - PAR	R$40,00
RADIOGRAFIA DA ATM - SÉRIE COMPLETA	R$60,00
RADIOGRAFIA DA MÃO E PUNHO - CARPAL	R$50,00
RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL - BITE-WING	R$16,00
RADIOGRAFIA OCLUSAL	R$40,00
RADIOGRAFIA PANORÂMICA	R$60,00
RADIOGRAFIA PERIAPICAL	R$16,00
RADIOGRAFIA ÂNTERIO-POSTERIOR DA REGIÃO BMF	R$60,00
RADIOGRAFIA PÓSTERO-ANTERIOR DA REGIÃO BMF	R$60,00
TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO COMPUTADORIZADO	R$50,00
TELERRADIOGRAFIA SEM TRAÇADO COMPUTADORIZADO	R$70,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CÔNICO - CONE BEAM POR ARCADA	R$310,00
TOMOGRAFIA CONVENCIONAL - LINEAR OU MULTIDIRECIONAL POR ARCADA	R$260,00
CIRURGIAS: BUCO MAXILO FACIAL/IMPLANTODONTIA	
PROCEDIMENTO	**VALOR**
ALVEOLOPLASTIA / CORREÇÃO DE REBORDO RESIDUAL - POR SEGMENTO	R$390,00

CIRURGIAS: BUCO MAXILO FACIAL/IMPLANTODONTIA	
PROCEDIMENTO	**VALOR**
AMPUTAÇÃO RADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	R$250,00
AMPUTAÇÃO RADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	R$200,00
APICETOMIA DE CANINOS OU INCISIVOS	R$260,00
APICETOMIA DE CANINOS OU INCISIVOS - COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	R$310,00
APICETOMIA DE MOLARES	R$420,00
APICETOMIA DE MOLARES - COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	R$480,00
APICETOMIA DE PRÉ-MOLARES	R$310,00
APICETOMIA DE PRÉ-MOLARES - COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	R$380,00
APROFUNDAMENTO/AUMENTO DE VESTÍBULO - POR SEGMENTO	R$450,00
AUMENTO DE COROA CLÍNICA - POR ELEMENTO	R$250,00
BRIDECTOMIA	R$260,00
BRIDOTOMIA	R$230,00
CIRURGIA A RETALHO - POR SEGMENTO	R$300,00
CIRURGIA COM APLICAÇÃO DE ALOENXERTOS - POR SEGMENTO	R$400,00
CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR - BILATERAL EM UMA SESSÃO	R$400,00
CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR - UNILATERAL	R$200,00
CIRURGIA PARA TORUS PALATINO	R$250,00
CIRURGIA PARA TUMORES ODONTOGÊNICOS - SEM RECONSTRUÇÃO	R$400,00
EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL	R$150,00
EXODONTIA A RETALHO	R$180,00
EXODONTIA DE PERMANENTE	R$150,00
EXODONTIA DE PERMANENTE POR INDICAÇÃO ORTODÔNTICA/PROTÉTICA	R$150,00
FRENULECTOMIA LABIAL	R$380,00
FRENULECTOMIA LINGUAL	R$380,00
FRENULOTOMIA LABIAL	R$380,00
FRENULOTOMIA LINGUAL	R$380,00
IMPLANTE ÓSSEO INTEGRADO - POR UNIDADE	R$1.000,00
IMPLANTE ZIGOMÁTICO - POR UNIDADE	R$1.000,00
LEVANTAMENTO DO SEIO MAXILAR COM OSSO AUTÓGENO	R$1.500,00
LEVANTAMENTO DO SEIO MAXILAR COM OSSO HOMÓLOGO	R$1.500,00
LEVANTAMENTO DO SEIO MAXILAR COM OSSO LIOFILIZADO	R$1.500,00
ODONTO-SECÇÃO - POR ELEMENTO	R$150,00
PUNÇÃO ASPIRATIVA	R$200,00
REABERTURA E COLOCAÇÃO DE CICRATIZADOR IMPLANTODÔNTICO - POR UNIDADE	R$250,00
CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO - POR SEGMENTO	R$300,00
CITOLOGIA ESFOLIATIVA DA REGIÃO BMF	R$110,00
CONTROLE DE HEMORRAGIA COM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO	R$100,00
CONTROLE DE HEMORRAGIA SEM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO	R$100,00
CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO (POR SESSÃO)	R$100,00
DRENAGEM DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BMF - EXTRA ORAL	R$200,00
DRENAGEM DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BMF - INTRA ORAL	R$200,00
ENXERTO COM OSSO AUTÓGENO DA LINHA OBLÍQUA - POR ÁREA ENXERTADA	R$800,00
ENXERTO COM OSSO AUTÓGENO DO MENTO - POR ÁREA ENXERTADA	R$800,00
ENXERTO COM OSSO LIOFILIZADO - POR ÁREA ENXERTADA	R$800,00
EXÉRESE DE MUCOCELE	R$200,00
EXÉRESE DE CISTOS ODONTOLÓGICOS DE MANDÍBULA E MAXILA	R$200,00
EXÉRESE DE LIPOMA EM REGIÃO BMF	R$260,00
EXÉRESE DE RÂNULA	R$365,00
CRIOCIRURGIA DE NEOPLASIAS DA REGIÃO BMF (POR SESSÃO)	R$160,00
REEDUCAÇÃO E/OU REABILITAÇÃO DE DISTÚRBIOS BMF - POR SESSÃO	R$150,00
REEDUCAÇÃO E/OU REABILITAÇÃO DE SEQUELAS EM TRAUMATISMOS DA REGIÃO BMF - POR SESSÃO	R$150,00
REGENERAÇÃO TECIDUAL GUIADA - RTG	R$400,00
REIMPLANTE DENTÁRIO COM CONTENÇÃO	R$400,00
REMOÇÃO DE DENTE INCLUSO / IMPACTADO	R$400,00

CIRURGIAS: BUCO MAXILO FACIAL/IMPLANTODONTIA	
PROCEDIMENTO	**VALOR**
REMOÇÃO DE DENTE SEMI INCLUSO / IMPACTADO	R$380,00
REMOÇÃO DE DRENO EXTRA-ORAL	R$100,00
REMOÇÃO DE DRENO INTRA-ORAL	R$100,00
REMOÇÃO DE IMPLANTE NÃO OSSEO INTEGRADO	R$150,00
REMOÇÃO DE IMPLANTE ÓSSEO INTEGRADO NO SEIO MAXILAR	R$700,00
REMOÇÃO DE ODONTOMA	R$390,00
REMOÇÃO DE TAMPONAMENTO NASAL	R$100,00
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO OROANTRAL OU ORONASAL DA REGIÃO BMF	R$450,00
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO OU SUBMUCOSO DA REGIÃO BMF	R$280,00
RETIRADA DOS MEIOS DE FIXAÇÃO DA REGIÃO BMF	R$280,00
REDUÇÃO DE LUXAÇÃO DA ATM COM BLOQUEIO INTERMAXILAR	R$260,00
REDUÇÃO SIMPLES DE LUXAÇÃO DA ATM	R$180,00
SEPULTAMENTO RADICULAR (POR ELEMENTO)	R$180,00
SUTURA DE FERIDA NA REGIÃO BMF	R$180,00
TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FISTULAS BUCO NASAL OU BUCO SINUSAL	R$350,00
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BRIDAS CONSTRITIVAS DA REGIÃO BMF - POR LESÃO	R$180,00
TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES BENIGNOS DOS TECIDOS MOLES - POR LESÃO	R$380,00
TRATAMENTO DE ALVEOLITE	R$180,00
TRATAMENTO REGENERATIVO COM ENXERTO DE OSSO AUTÓGENO	R$700,00
TUNELIZAÇÃO (POR ELEMENTO)	R$200,00
GUIA CIRÚRGICO PARA IMPLANTES	R$500,00
IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA - DECÍDUO OU PERMNENTE	R$200,00
INTERMEDIÁRIO PROTÉTICO PARA IMPLANTES	R$360,00
OVERDENTURE BARRA CLIPE OU O'RING SOBRE DOIS IMPLANTES	R$7.000,00
PROTOCOLO BRANEMARCK PARA CINCO IMPLANTES - PARTE CIRURGICA	R$8.000,00
PROTOCOLO BRANEMARCK PARA QUATRO IMPLANTES - PARTE CIRURGICA	R$7.000,00
TRATAMENTO CONSERVADOR DE LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR	R$100,00
MANUTENÇÃO DE PRÓTESE SOBRE IMPLANTES	R$200,00
PERIODONTIA	
PROCEDIMENTO	**VALOR**
RASPAGEM SUB-GENGIVAL PARA TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO DA PERIODONTITE GRAVE DE ALTO RISCO - POR SEGMENTO	R$150,00
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL PARA TRATAMENTO DA GENGIVITE - POR ARCADA	R$110,00
CUNHA PROXIMAL	R$150,00
ENXERTO CONJUNTIVO SUBEPITELIAL - POR ELEMENTO	R$500,00
ENXERTO GENGIVAL LIVRE - POR ELEMENTO	R$500,00
ENXERTO PEDICULADO - POR ELEMENTO	R$500,00
GENGIVECTOMIA - POR SEGMENTO	R$350,00
GENGIVOPLASTIA - POR SEGMENTO	R$250,00
RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVO-LABIAL - POR SEGMENTO	R$260,00
TRATAMENTO DA MANUTENÇÃO PARA PERIODONTITE GRAVE (2 EM 2 MESES)	R$150,00
TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIODONTAL AGUDO	R$150,00
TRATAMENTO DE GENGIVITE NECROSANTE AGUDA - GNA (POR SESSÃO)	R$150,00
TRATAMENTO DE MANUTENÇÃO PARA PERIODONTITE LEVE (6 EM 6 MESES)	R$150,00
TRATAMENTO DE MANUTENÇÃO PARA PERIODONTITE MODERADA (4 EM 4 MESES)	R$150,00
ODONTOPEDIATRIA	
PROCEDIMENTO	**VALOR**
ULECTOMIA	R$100,00
ULOTOMIA	R$80,00
APARELHO PROTETOR BUCAL (POR ARCADA)	R$350,00
APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO -1 SESSÃO - DUAS ARCADAS	R$100,00
APLICAÇÃO DE SELANTE - TÉCNICA INVASIVA - POR ELEMENTO	R$100,00
APLICAÇÃO DE SELANTE DE FÓSSULAS E FISSURAS - POR ELEMENTO	R$100,00
APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR - POR ARCADA	R$70,00

ODONTOPEDIATRIA	
PROCEDIMENTO	**VALOR**
APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ FLUORETADO (POR ARCADA)	R$50,00
ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAUDE BUCAL	R$50,00
ATIVDADE EDUCATIVA PARA PAIS E CUIDADORES	R$50,00
CONTROLE DE BIOFILME - POR SESSÃO	R$100,00
PROFILAXIA E POLIMENTO CORONÁRIO	R$100,00
REMINERALIZAÇÃO - POR SESSÃO	R$100,00
ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL - POR ARCADA	R$100,00
COROA DE ACETATO	R$250,00
COROA DE AÇO	R$250,00
COROA DE POLICARBONATO	R$250,00
EXODONTIA DE DECÍDUOS	R$100,00
PULPOTOMIA EM DECÍDUO	R$200,00
RESTAURAÇÃO ATRAUMÁTICA - POR ELEMENTO	R$60,00
TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DECÍDUOS	R$200,00
PRÓTESE	
PROCEDIMENTO	**VALOR**
COLAGEM DE FRAGMENTOS DENTÁRIOS	R$150,00
CONSERTO EM PRÓTESE TOTAL / PARCIAL	R$300,00
COROA LIVRE DE METAL SOBRE IMPLANTE EM CERAMICA	R$1.500,00
COROA LIVRE DE METAL SOBRE IMPLANTE EM CERÔMERO	R$800,00
COROA METALO CERÂMICA	R$1.300,00
COROA METALO CERÂMICA SOBRE IMPLANTE	R$1.300,00
COROA METALO PLÁSTICA (CERÔMERO)	R$800,00
COROA METALO-PLÁSTICA SOBRE IMPLANTE (CERÔMERO)	R$800,00
COROA PROVISÓRIA (POR ELEMENTO)	R$300,00
COROA PROVISÓRIA PRENSADA (POR ELEMENTO)	R$400,00
COROA PROVISÓRIA SOBRE IMPLANTE	R$500,00
COROA PROVISÓRIA SOBRE IMPLANTE EM CARGA IMEDIATA	R$500,00
COROA TOTAL EM CERÂMICA PURA	R$1.500,00
COROA TOTAL EM CERÔMERO	R$800,00
COROA TOTAL METÁLICA	R$800,00
FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL	R$260,00
FACETA EM CERÂMICA PURA	R$1.500,00
FACETA EM CERÔMERO	R$800,00
NÚCLEO DE PREENCHIMENTO	R$200,00
NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	R$280,00
ÓRTESE MIORRELAXANTE (PLACA OCLUSAL ESTABILIZADORA)	R$400,00
ÓRTESE REPOSICIONADORA (PLACA OCLUSAL REPOSICIONADORA)	R$400,00
PINO PRÉ-FABRICADO	R$300,00
PREPARO PARA NÚCLEO INTRA-RADICULAR	R$80,00
PRÓTESE FIXA ADESIVA DIRETA PROVISÓRIA (POR ELEMENTO)	R$310,00
PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALO CERÂMICA - POR ELEMENTO	R$1.200,00
PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALO-PLÁSTICA - CERÔMERO - POR ELEMENTO	R$800,00
PRÓTESE PARCIAL FIXA EM METALO CERÂMICA (POR ELEMENTO)	R$1.200,00
PRÓTESE PARCIAL FIXA EM METALO PLÁSTICA - CERÔMERO (POR ELEMENTO)	R$800,00
PRÓTESE PARCIAL FIXA PROVISÓRIA (POR ELEMENTO)	R$310,00
PRÓTESE PARCIAL FIXA PROVISÓRIA EM CARGA IMEDIATA (POR ELEMENTO)	R$310,00
PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM ENCAIXES DE PRECISÃO OU DE SEMI PRECISÃO	R$1.500,00
PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM GRAMPOS BILATERAL	R$1.500,00
PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA EM ACRÍLICO COM OU SEM GRAMPOS	R$700,00
PRÓTESE TOTAL (POR ARCADA)	R$1.500,00
PRÓTESE TOTAL IMEDIATA (POR ARCADA)	R$1.500,00
PROTOCOLO BRANEMARCK EM CARGA IMEDIATA PARA CINCO IMPLANTES (PARTE PROTÉTICA)	R$8.000,00

PRÓTESE	
PROCEDIMENTO	**VALOR**
PROTOCOLO BRANEMARCK EM CARGA IMEDIATA PARA QUATRO IMPLANTES (PARTE PROTÉTICA)	R$7.000,00
RECIMENTAÇÃO DE TRABALHOS PROTÉTICOS	R$150,00
REEMBASAMENTO DE COROA PROVISÓRIA	R$100,00
REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL (IMEDIATO)	R$360,00
REMOÇÃO DE FATORES DE RETENÇÃO	R$180,00
REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRA-RADICULAR (POR ELEMENTO)	R$200,00
REMOÇÃO DE TRABALHOS PROTÉTICOS - POR ELEMENTOS SUPORTES	R$200,00
RESTAURAÇÃO DE PORCELANA (INLAY / ONLAY)	R$1.500,00
RESTAURAÇÃO EM CERÂMICA PURA - INLAY E ONLAY	R$1.500,00
RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO - INLAY E ONLAY	R$800,00
RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA (INLAY / ONLAY)	R$600,00
AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO (POR SESSÃO)	R$100,00
CAPEAMENTO PULPAR DIRETO (EXCLUINDO RESTAURAÇÃO FINAL)	R$100,00
ENDODONTIA	
PROCEDIMENTO	**VALOR**
CLAREAMENTO DE DENTE DESVITALIZADO (POR SESSÃO)	R$100,00
CURATIVO DE DEMORA	R$100,00
DESSENSIBILIZAÇÃO DENTÁRIA (POR SEGMENTO)	R$100,00
PULPECTOMIA - INDEPENDENTEMENTE DA SEQÜÊNCIA DO TRATAMENTO	R$100,00
PULPOTOMIA - INDEPENDENTEMENTE DA SEQÜÊNCIA DO TRATAMENTO	R$100,00
REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO INTRACANAL (POR CONDUTO)	R$380,00
RETRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR	R$700,00
RETRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRADICULAR	R$600,00
RETRATAMENTO ENDODÔNTICO DE MULTIRRADICULAR	R$800,00
TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR	R$500,00
TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR	R$600,00
TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE MULTIRRADICULAR	R$700,00
TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO ENDODÔNTICO	R$600,00
TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTES COM RIZOGÊNESE INCOMPLETA (POR SESSÃO)	R$200,00
DENTÍSTICA	
PROCEDIMENTO	**VALOR**
RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - CLASSE I - 1 FACE	R$150,00
RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - CLASSE II - 2 FACES	R$180,00
RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - CLASSE II - 3 FACES	R$210,00
RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - CLASSE II - 4 FACES	R$100,00
RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO – CLASSE I - 1 FACE	R$120,00
RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO – CLASSE II - 2 FACES	R$120,00
RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO – CLASSE II - 3 FACES	R$150,00
RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL - CLASSE I - 1 FACE	R$180,00
RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL CLASSE II - 2 FACES	R$180,00
RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL CLASSE III	R$200,00
RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL CLASSE IV	R$150,00
RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL CLASSE V	R$200,00
ORTODONTIA	
PROCEDIMENTO	**VALOR**
MANTENEDOR DE ESPAÇO FIXO	R$200,00
MANTENEDOR DE ESPAÇO REMOVÍVEL	R$300,00
APARELHO DE THUROW	R$600,00
APARELHO EXTRA-BUCAL	R$600,00
CONTENÇÃO FIXA (POR ARCADA)	R$300,00
DISJUNTOR PALATINO	R$600,00
GRADE PALATINA FIXA	R$400,00
GRADE PALATINA REMOVÍVEL	R$500,00

ORTODONTIA	
PROCEDIMENTO	**VALOR**
MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO	R$100,00
MÁSCARA FACIAL - DELAIRE, TRAÇÃO REVERSA	R$600,00
PLACA DE HAWLEY	R$300,00
PLACA DE HAWLEY COM TORNO EXPANSOR	R$600,00
PACIENTE ESPECIAL	
PROCEDIMENTO	**VALOR**
ESTABELECIMENTO DE VÍNCULO COM PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS (POR SESSÃO)	R$100,00
ESTABELECIMENTO DE VÍNCULO COM PACIENTE IDOSO COM TRANSTORNOS PSÍQUICOS - POR SESSÃO	R$100,00
ESTABELECIMENTO DE VÍNCULO COM PACIENTE IDOSO INDEPENDENTE - UMA SESSÃO	R$100,00
ESTABELECIMENTO DE VÍNCULO COM PACIENTE IDOSO PARCIALMENTE DEPENDENTE - POR SESSÃO	R$100,00
ESTABELECIMENTO DE VÍNCULO COM PACIENTE IDOSO TOTALMENTE DEPENDENTE - POR SESSÃO	R$100,00
ESTABELECIMENTO DE VÍNCULO COM PACIENTE IDOSO, COM CUIDADOR DE PACIENTE IDOSO OU COM CUIDADOR DE PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS	R$100,00
ESTABILIZAÇÃO DO PACIENTE POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA	R$150,00
ORIENTAÇÃO DE HIGIENE BUCAL PARA PAIS E/OU CUIDADORES	R$80,00
SEDAÇÃO CONSCIENTE COM ÓXIDO NITROSO E OXIGÊNIO	R$250,00
APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO -1 SESSÃO - DUAS ARCADAS	R$100,00
APLICAÇÃO DE SELANTE - TÉCNICA INVASIVA - POR ELEMENTO	R$100,00
APLICAÇÃO DE SELANTE DE FÓSSULAS E FISSURAS - POR ELEMENTO	R$100,00
SEDAÇÃO MEDICAMENTOSA AMBULATORIAL	R$150,00

ANEXO VII

(Em papel timbrado da licitante)

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 004/2023
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 022/2023

DECLARAÇÃO

_____, inscrito(a) no CNPJ/MF sob nº _____, por intermédio de seu representante legal o(a) Senhor(a) _____, portador(a) da Carteira de Identidade RG nº _____, inscrito no CPF/MF sob nº _____, **DECLARA**, para fins do disposto no artigo 27, inciso V, da Lei nº 8.666/93, acrescido pela Lei nº 9.854/99, que **não emprega menor de dezoito anos** em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz ( ).

_____, ____ de _____ de _____.

_____
Assinatura do responsável pela empresa
com carimbo da empresa contendo o nº do CNPJ/MF

ANEXO VIII

(Em papel timbrado da licitante)

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 004/2023
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 022/2023

DECLARAÇÃO

_____, inscrito(a) no CNPJ/MF sob nº _____, por intermédio de seu representante legal o(a) Senhor(a) _____, portador(a) da Carteira de Identidade RG nº _____, inscrito no CPF/MF sob nº _____, **DECLARA** para os devidos fins de direito, que não possui em seu quadro de dirigentes ou controladores, membros do Poder Executivo ou servidor da CIMSAÚDE, do Legislativo Municipal ou Estadual, bem como seus respectivos cônjuges, companheiros e parentes em linha reta, colateral ou por afinidade até o 3º grau.

_____, ____ de _____ de _____.

_____
Assinatura do responsável pela empresa
com carimbo da empresa contendo o nº do CNPJ/MF

ANEXO IX

(Em papel timbrado da licitante)

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 004/2023
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 022/2023

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DOS TERMOS

Pelo presente instrumento _____ (nome da instituição) _____, CNPJ nº _____, CNES nº _____ através do seu representante legal, tendo em vista o que dispõem o Edital de Chamamento Público nº 004/2023, para atender a demanda do CIMSAÚDE, DECLARA para os devidos fins de direito, que conhece e aceita as condições dos serviços de saúde e seus termos, que concorda com a remuneração dos serviços ditada pela Tabela Referência CIMSAÚDE, que está de acordo com o repasse financeiro a ser efetuado CIMSAÚDE, e, que tem disponibilidade para prestar atendimento conforme as regras fixadas pelo CIMSAÚDE.

Declara ainda, para o mesmo fim, que todas as informações prestadas no presente certame são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações fornecidas.

_____, ____ de _____ de _____.

_____
Assinatura do responsável pela empresa
com carimbo da empresa contendo o nº do CNPJ/MF

ANEXO X

(Em papel timbrado da licitante)

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 004/2023
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 022/2023

DECLARAÇÃO

O (Estabelecimento) _____, DECLARA, para os devidos fins de cumprimento das obrigações contidas no Edital de Chamamento Público nº 004/2023, que a infraestrutura, recursos humanos, equipamentos, instrumentos e o horário de atendimento da unidade são adequados à realização do objeto do presente certame, estando em conformidade com a legislação vigente.

_____, ____ de _____ de _____.

_____
Assinatura do responsável pela empresa
com carimbo da empresa contendo o nº do CNPJ/MF

ANEXO XI

(em papel timbrado/personalizado da empresa prestadora)

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 004/2023
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 022/2023

RELAÇÃO DOS PROFISSIONAIS CREDENCIADOS

Ao
CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DOS CAMPOS GERAIS - CIMSAÚDE,
PONTA GROSSA, PR

A Empresa, _____

CNPJ: _____

Vem através deste informar a relação de profissionais credenciados **CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DE SAÚDE PARA O ANO DE 2024**, conforme quadro abaixo:

Nome do Profissional	Registro Profissional	Especialidade(s)	Área(s) de Atuação

_____, ____ de _____ de _____.

_____
Assinatura do responsável pela empresa
com carimbo da empresa contendo o nº do CNPJ/MF

ANEXO XII

(em papel timbrado/personalizado da empresa prestadora)
REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO

Ao
CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DOS CAMPOS GERAIS - CIMSAÚDE,
PONTA GROSSA, PR

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no **CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DE SAÚDE PARA O ANO DE 2024**, nos termos do Chamamento Público nº **004/2023**.

Razão Social:	
CNPJ/MF:	
Nome Fantasia:	
Endereço do local de atendimento:	
Complemento:	
Cidade:	Estado:
CEP:	E-mail:
Telefone(s):	Fax:

Descrever abaixo ou em relação anexa (em papel timbrado/personalizado da empresa prestadora) os serviços que se propõe a realizar de acordo com as Tabelas de Procedimentos deste Edital e a capacidade de procedimentos a serem ofertadas por mês.

Quantidade	**Descrição do Procedimento**	**Valor Unitário**	**Valor Mensal**
		Total:	

A RECEPÇÃO DAS GUIAS DE ATENDIMENTOS DEVEM OCORRER NO PRAZO DE 02 (DOIS) DIAS, DO DIA DO ATENDIMENTO AO USUÁRIO E O PRÓXIMO, PREFERENCIALMENTE NO ATO DO ATENDIMENTO, NÃO HAVENDO A RECEPÇÃO ESSAS GUIAS SERÃO CANCELADAS AUTOMATICAMENTE.

Dados Bancários da Pessoa Jurídica			
Nome do Banco	**Nº Banco**	**Nº da Agência**	**Nº da Conta Corrente**

_____ _____/ _____/ _____
Local Data

_____
Nome legível do requerente responsável pela empresa

_____
Assinatura do requerente responsável pela empresa
com carimbo da empresa contendo o nº do CNPJ/MF

ANEXO XIII

(Em papel timbrado da licitante)

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 004/2023
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 022/2023

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE PLENA

Declaramos para fins de atendimento ao que consta do Edital do Chamamento Público nº 005/2022 do Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Campos Gerais (CIMSAÚDE), que, nos termos do credenciamento, o profissional _____, CRM/PR nº_____, reputa-se qualificado e capaz para a execução de exames de imagem, nos termos do Parecer nº 17/2004 do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Por ser expressão da verdade, declaram-se plenamente responsáveis a pessoa jurídica credenciada, _____, prestadora do serviço público em questão, assim como o profissional médico, _____, CRM/PR nº_____, se comprometendo com o cumprimento de todos os termos deste Edital, em estrita observância às boas práticas médicas e à qualidade do serviço público prestado, sob as penas da Lei.

_____, ____ de _____ de _____.

_____
Assinatura do responsável pela empresa
com carimbo da empresa contendo o nº do CNPJ/MF

ANEXO XIV

MINUTA DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
CONTRATO Nº XXX/2024/CIMSAÚDE
EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 004/2023
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 022/2023

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS QUE ENTRE SI CELEBRAM, DE UM LADO, **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DOS CAMPOS GERAIS – CIMSAÚDE**, E DE OUTRO LADO, **XXXXXXXXXXXXX**, CNES Nº XXXXXX, VISANDO A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS AOS USUÁRIO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

Contrato de prestação de serviços médicos que entre si celebram o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DOS CAMPOS GERAIS - CIMSAÚDE**, constituído sob forma de Consórcio Público, com natureza jurídica de direito privado sem fins econômicos, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 03.878.900/0001-24, com sede na Rua Coronel Bittencourt, nº 270, Centro, CEP 84.010-290, na cidade de Ponta Grossa, Estado do Paraná, neste ato representado pelo seu Presidente, Sr. XXXXXXXXXXXXXXXXXX, Prefeito Municipal de XXXXXX, Estado do Paraná, brasileiro, casado, portador da Cédula de Identidade RG nº X.XXX.XXX-X, Órgão Emissor XXX/PR, inscrito no CPF/MF sob o nº XXX.XXX.XXX-XX, residente e domiciliado na cidade de XXXXXXX, Estado do Paraná, neste ato e doravante denominado **CONTRATANTE**, e de outro lado, doravante denominada **CONTRATADA**: **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**, empresa inscrita no CNPJ/MF sob o nº XX.XXX.XXX/XXXX-XX, SCNES nº XXXXXX, com sede na XXXXXXXX, nº XX, Centro, CEP XX.XXX-XXX, na cidade de XXXXXX, Estado do Paraná, neste ato representado pelo sócio, Sr. XXXXXXXXXXXXX, brasileiro, casado, médico, inscrito no CRM sob nº XX.XXX/PR, portador da Cédula de Identidade RG nº XX.XXX.XXX-X, expedida pela Secretaria da Segurança Pública do Estado XXXXXX, inscrito no CPF/MF sob o nº XXX.XXX.XXX-XX, residente e domiciliado na cidade de XXXXXXX, Estado do Paraná, por este instrumento e na melhor forma de direito, ACORDAM, conforme o que dispõem a Constituição Federal, em especial os seus artigos 196 e 199, artigo 7º, I, o artigo 13, I, § 1º, artigo 24, I, artigo 25, II, e artigo 111, todos da Lei nº 8.666/93, vinculados à Inexigibilidade de Licitação, demais disposições legais regulamentares aplicáveis à espécie e suas alterações, Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90, mediante as cláusulas e condições seguintes, o quanto segue:

CLÁUSULA PRIMEIRA
DO OBJETO
O presente Contrato tem por objeto formalizar a relação entre o CIMSAÚDE e o prestador de serviços de saúde, cadastrado no Sistema Nacional de Estabelecimento de Saúde - SCNES, habilitado/credenciado ao SUS para realização de procedimentos ambulatoriais de XXXXXXXXX, aos usuários do CIMSAÚDE, conforme EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO - Nº 004/2023.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: A prestação de serviços ora ajustada é oriunda do Processo de Inexigibilidade de Licitação nº 004/2023, que autorizou o CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 004/2023, sendo que todas as disposições mencionadas no referido documento são conhecidas dos contratantes e passam a fazer parte integrante do presente contrato.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Os serviços a serem prestados serão definidos de acordo com a demanda dos municípios, de acordo da fila de espera regulada pelas Secretarias Municipais de Saúde dos municípios consorciados.

PARÁGRAFO TERCEIRO: Por se tratar de remuneração por serviços produzidos, serão utilizados os valores descritos na Tabela de Referência CIMSAÚDE. O pagamento do faturamento ambulatorial será creditado diretamente na conta cadastrada do prestador de serviços, mediante apresentação de fatura registrada no Sistema IDS, pós-processada e aprovada pelo setor competente, conforme datas estabelecidas pelo CIMSAÚDE.

CLÁUSULA SEGUNDA
DAS CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO

Na execução do presente Contrato deverão ser observadas as seguintes condições gerais:

a) Atender integralmente os protocolos técnicos, Manual Técnico Operacional do Sistema de Informações Ambulatoriais SIA/SUS e demais legislações vigentes, referentes aos procedimentos ofertados aos usuários do Sistema Único de Saúde, assim sendo, do CIMSAÚDE;
b) Garantir acesso universal, igualitário e integral à saúde dos usuários;
c) Atender a Lei nº 12.846/2013 – Anticorrupção;
d) Por meio do presente instrumento a CONTRATADA passa a integrar a rede regionalizada do CIMSAÚDE;
e) O contrato deverá ser acompanhado por gestor e fiscal do contrato, de acordo com o art. 118, da Lei Estadual nº 15.608/07.

CLÁUSULA TERCEIRA
DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

DO CONTRATANTE:

1. Realizar o pagamento conforme fatura de produção aprovada no Sistema IDS;
2. Exercer controle, avaliação e auditoria dos serviços prestados na execução das faturas;
3. Estabelecer mecanismos de controle da oferta e demanda de ações e serviços de saúde;
4. Estabelecer mecanismos eficazes de regulação de acesso.

DO CONTRATADO:

I. O prestador de serviços credenciado não poderá em hipótese alguma suspender o atendimento;
II. Realizar os procedimentos ambulatoriais conforme Tabela de Referência CIMSAÚDE;
III. Manter em seu quadro de funcionários profissionais devidamente qualificados conforme a legislação para emissão laudo, responsável técnico, com inscrição no respectivo Conselho Regional de Exercício Profissional;
IV. Enviar à Contratante arquivo de sua produção mensalmente através do Sistema IDS para ser processada e aprovada pelo setor competente, de acordo com o cronograma estabelecido pelo Contratante;
V. Permitir à Contratante, sempre que solicitado, a realização de avaliação e auditoria dos serviços prestados;
VI. Prestar todas as informações e esclarecimentos necessários à execução contratual que venham a ser solicitados pela Contratante;

VII. Não cobrar e não permitir a cobrança a qualquer título por serviços prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde, ou seja, do CIMSÚDE;
VIII. Fornecer, sempre que solicitado, gratuitamente cópia do prontuário médico para pacientes atendidos;
IX. Garantir o acesso da população aos serviços de saúde, atendendo os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação de serviços;
X. Disponibilizar integralmente os serviços contratados ao SUS, adotando os protocolos de regulação de acesso vigentes e os estabelecidos pelo Complexo Regulador Estadual do SUS;
XI. Responsabilizar-se integralmente pelos funcionários com os quais estabeleceram vínculo empregatício, procedendo aos descontos e recolhimentos previstos em lei, inclusive os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a Contratante;
XII. Responsabilizar-se pelos danos causados diretamente à Administração, ao paciente, ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do contrato, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização ou o acompanhamento pelo órgão interessado, conforme art. 70 da Lei 8666/93;
XIII. Responsabilizar-se pela indenização de dano causado ao paciente, decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, praticados por seus empregados;
XIV. Manter durante toda a execução do contrato, a compatibilidade com as obrigações e condições assumidas quanto à habilitação e qualificação exigidas no credenciamento por meio do Edital de Chamamento Público nº 005/2022, inclusive de apresentar, ao setor de liberação de faturas e como condição de pagamento, os documentos necessários;
XV. Atender de forma integral ao descrito nas Portarias do Ministério da Saúde, nos Protocolos Técnicos e Manual Técnico Operacional do Sistema de Informações Ambulatoriais e demais legislações vigentes referentes ao atendimento e encaminhamento dos usuários do Sistema Único de Saúde;
XVI. Seguir as diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS;
XVII. Adotar práticas anticorrupção.

CLÁUSULA QUARTA
DOS RECURSOS FINANCEIROS

O valor estimado para a execução do presente Contrato importa em até R$ XXXXXX (XXXXXXXXXXXXXXX), para a execução do presente Contrato durante sua vigência.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: A remuneração pelos serviços produzidos, terão como base os valores descritos na Tabela de Referência CIMSAÚDE e ocorrerão conforme recursos financeiros provenientes da Dotação Orçamentária:

Dotação Orçamentária

Reduzido	**Programática**	**Desdobramento**	**Sub.**
10	01.001.10.302.0200.2.002.3.3.90.39.00.00	50	99

Fonte de Recurso
1000 - Recursos Ordinários (livres)

PARÁGRAFO SEGUNDO: O CONTRATADO deverá apresentar a produção ambulatorial através do Sistema IDS, ou outro Sistema que esteja sendo utilizado pelo CIMSAÚDE, nas datas definidas através de cronograma estabelecido pelo CONTRATANTE.

PARÁGRAFO TERCEIRO: O pagamento será feito mediante entrega da nota fiscal, em até 45 (quarenta e cinco) dias da data de processamento da produção apresentada e aprovada no Sistema IDS.

PARÁGRAFO QUARTO: A remuneração se dará por serviços produzidos (executados) e o pagamento do faturamento será creditado diretamente na conta cadastrada fornecida pelo prestador de serviço.

PARÁGRAFO QUINTO: Aceitar nas mesmas condições contratuais os acréscimos ou supressões do número de procedimentos ou valores contratados até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor mensal inicial do Contrato.

PARÁGRAFO SEXTO: O pagamento dos recursos financeiros previstos neste Contrato ficará condicionado ao regular repasse de recursos dos municípios consorciados.

CLÁUSULA QUINTA
DO DOCUMENTO DESCRITIVO
O Documento Descritivo, parte integrante deste contrato, e condição de sua eficácia deverá ser devidamente publicado no Diário Oficial do CIMSAÚDE.

PARÁGRAFO ÚNICO: O Documento Descritivo terá validade de no máximo 12 (doze) meses.

CLÁUSULA SEXTA
DAS ALTERAÇÕES
O presente Contrato poderá ser alterado mediante a celebração de Termo Aditivo havendo futuras alterações em decorrências de expansão de serviços através credenciamento/habilitações, pactuações/repactuações entre gestores do SUS, ou, reajuste da Tabela Referência CIMSAÚDE;

CLÁUSULA SÉTIMA
DAS PENALIDADES
As partes decidem aplicar ao presente contrato os dispostos nos Art. 150 a 156 da Lei Estadual nº 15.608 de 16.08.2007, sendo elas:

I. Advertência - será aplicada quando houver conduta que prejudique o andamento do procedimento de contratação.
II. Multa - que corresponde à multa-dia de 1/60 (um sessenta avos) do último faturamento mensal e liquidado, podendo ser imposta até o máximo de 20 (vinte) dias-multa, sendo aplicada quando apresentar declaração falsa, descumprir obrigação descrita neste contrato, inclusive por atraso injustificado na execução do contrato.
III. Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração, por prazo não superior a 02 (dois) anos - aplicar-se-á quando o Contratado, abandonar a execução do contrato, incorrer em inexecução contratual. O impedimento da participação da sancionada em procedimentos promovidos pela entidade estatal que a aplicou, sem prejuízo do disposto no art. 158.
IV. Declaração de Inidoneidade - a declaração de inidoneidade será aplicada, nos termos do Art. 156 da Lei Estadual nº 15.608/2007, pelo prazo máximo de 5 (cinco) anos e produzirá seus efeitos perante a Administração Pública Estadual, quando o Contratado apresentar

documento falso, agir de má-fé na relação contratual, comprovada em procedimento específico, tenha sofrido condenação judicial definitiva por praticar, por meios dolosos, fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos, demonstrar não possuir idoneidade para contratar com a Administração, em virtude de atos ilícitos praticados, em especial infrações à ordem econômica, tenha sofrido condenação definitiva por ato de improbidade administrativa, na forma da lei.

PARÁGRAFO ÚNICO: Denúncias relacionadas ao atendimento e cobranças indevidas, desvinculação de honorários para Terceiros, sejam de pessoas físicas ou jurídicas, bem como o não cumprimento deste contrato, estarão sujeitas as penalidades previstas na legislação.

CLÁUSULA OITAVA
DA RESCISÃO
O presente Contrato poderá ser rescindido:

a) Pelo CIMSAÚDE, quando houver descumprimento de suas cláusulas e condições, ou seu cumprimento irregular, ou ainda, a paralisação dos serviços sem justa causa ou prévia comunicação à Administração;
b) O credenciado poderá solicitar seu descredenciamento a qualquer tempo, mediante o envio de solicitação escrita ao órgão ou entidade contratante, cujo deferimento deverá ocorrer no prazo máximo de 5 (cinco) dias. O pedido de descredenciamento não desincumbe o credenciado do cumprimento de eventuais contratos assumidos e das responsabilidades a eles atreladas, cabendo em casos de irregularidade na execução do serviço a aplicação das sanções definidas no Decreto Estadual nº 4.507/2009;
c) Pelo CIMSAÚDE nas hipóteses previstas nos art. 128 a 131 da Lei Estadual nº 15.608/2007, bem como nos demais casos previstos na Lei de Licitações.

PARÁGRAFO ÚNICO: O Contratado reconhece os direitos da Administração, em caso de rescisão administrativa por inexecução total ou parcial do Contrato.

CLÁUSULA NONA
DA PUBLICAÇÃO
A CONTRATANTE providenciará a publicação do extrato do presente contrato no Diário Oficial do CIMSAÚDE de conformidade com o disposto no parágrafo único do artigo 61 da Lei nº 8.666/93 e na forma da legislação estadual.

CLÁUSULA DÉCIMA
DA VIGÊNCIA
O presente CONTRATO vigerá até 31 de dezembro de 2024, a partir da data de sua assinatura, condicionado a vigência do Edital de Chamamento Público nº 004/2023, cuja eficácia financeira dar-se-á após a devida publicação do respectivo extrato no Diário Oficial do CIMSAÚDE, na forma do art. 110 da Lei Estadual nº 15.608 de 16.08.2007.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA
DA AVALIAÇÃO E DO ACOMPANHAMENTO
A execução do presente contrato será avaliada pelo serviço de auditoria do CIMSAÚDE, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste contrato quanto à verificação dos procedimentos/obrigações do contratado e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: Poderá, sempre que a CONTRATANTE entender necessário, ser realizada auditoria especializada.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA
DOS CASOS OMISSOS

Os casos omissos decorrentes da execução deste Contrato, serão resolvidos de comum acordo entre as partes, remetendo à autoridade competente do CIMSAÚDE, para decisão, tudo em conformidade com as disposições da Lei Federal nº 8.666/93 e suas atualizações, e, no que couber, supletivamente, aos princípios da teoria geral dos contratos e das disposições do direito administrativo.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA
DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca de Ponta Grossa, Estado do Paraná, para dirimir questões sobre a execução do presente Contrato e seus aditivos que não puderem ser resolvidas de comum acordo pelos partícipes.

E, por estarem, assim, justos e acordados, os partícipes firmam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para os devidos efeitos legais, tudo na presença das testemunhas infra-assinadas.

Ponta Grossa, XX de XXXXXX de XXXX.

_____	_____
CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DOS CAMPOS GERAIS - CIMSAÚDE	**CONTRATADA**
_____	_____
TESTEMUNHA	TESTEMUNHA
CPF nº _____	CPF nº _____

ANEXO XV

CRONOGRAMA 2024 - SERVIÇOS EM SAÚDE

REFERÊNCIA	COMPETÊNCIA	PRESTADORES ENTREGA DE GUIAS (DATA LIMITE)	CIMSAÚDE FATURAMENTO CONFERÊNCIA E FECHAMENTO DA FATURA (DATA LIMITE)	CIMSAÚDE CONTABILIDADE EMPENHOS E ENVIO DA FATURA AOS MUNICÍPIOS	MUNICÍPIOS PAGAMENTO (DATA LIMITE)	CIMSAÚDE BLOQUEIO	CIMSAÚDE FINANCEIRO PAGAMENTO AOS PRESTADORES (DATA LIMITE)
JANEIRO	01/01/2024 a 31/01/2024	08/02/2024	18/02/2024	19/02/2024	11/03/2024	12/03/2024	18/03/2024
FEVEREIRO	01/02/2024 a 28/02/2024	05/03/2024	15/03/2024	16/03/2024	05/04/2024	06/04/2024	12/04/2024
MARÇO	01/03/2024 a 31/03/2024	05/04/2024	15/04/2024	16/04/2024	06/05/2024	07/05/2024	13/05/2024
ABRIL	01/04/2024 a 30/04/2024	06/05/2024	15/05/2024	16/05/2024	07/06/2024	08/06/2024	14/06/2024
MAIO	01/05/2024 a 31/05/2024	05/06/2024	17/06/2024	18/06/2024	08/07/2024	09/07/2024	15/07/2024
JUNHO	01/06/2024 a 30/06/2024	05/07/2024	15/07/2024	16/07/2024	05/08/2024	06/08/2024	12/08/2024
JULHO	01/07/2024 a 31/07/2024	05/08/2024	15/08/2024	16/08/2024	06/09/2024	07/09/2024	13/09/2024
AGOSTO	01/08/2024 a 31/08/2024	05/09/2024	16/09/2024	17/09/2024	07/10/2024	08/10/2024	14/10/2024
SETEMBRO	01/09/2024 a 30/09/2024	04/10/2024	15/10/2024	16/10/2024	08/11/2024	09/11/2024	15/11/2024
OUTUBRO	01/10/2024 a 31/10/2024	05/11/2024	18/11/2024	19/11/2024	09/12/2024	10/12/2024	16/12/2024
NOVEMBRO	01/11/2024 a 30/11/2024	05/12/2024	16/12/2024	17/12/2024	06/01/2025	07/01/2025	13/01/2025
DEZEMBRO	01/12/2024 a 31/12/2024	06/01/2025	15/01/2025	16/01/2025	07/02/2025	08/02/2025	14/02/2025

Nota: em caso de uma data coincidir com final de semana ou feriado, será postergada para o próximo dia útil.

ANEXO XVI
CRONOGRAMA ENVIO DE AGENDAS – CONSULTA

MÊS PARA ENVIO DAS AGENDAS	PERÍODO DE ENVIO DAS AGENDAS	MÊS DE ATENDIMENTO
JANEIRO	16 Á 19/01/2024	FEVEREIRO
FEVEREIRO	14 Á 16/02/2024	MARÇO
MARÇO	12 Á 15/03/2024	ABRIL
ABRIL	09 Á 12/04/2024	MAIO
MAIO	14 Á 17/05/2024	JUNHO
JUNHO	11 Á 14/06/2024	JULHO
JULHO	09 Á 12/07/2024	AGOSTO
AGOSTO	13 Á 13/08/2024	SETEMBRO
SETEMBRO	10 Á 13/09/2024	OUTUBRO
OUTUBRO	15 Á 18/10/2024	NOVEMBRO
NOVEMBRO	12 Á 15/11/2024	DEZEMBRO
DEZEMBRO	10 Á 13/12/2024	JANEIRO

ANEXO XVII
MODELO DA GRADE PARA ENVIO DAS AGENDAS - CONSULTAS

GRADE DE PRODUÇÃO MENSAL
NOME DO PRESTADOR:
NOME DO MÉDICO:
ESPECIALIDADE:
CRM / ESTADO:
LOCAL DE ATENDIMENTO:
ENDEREÇO DE ATENDIMENTO:
TELEFONE:
CELULAR:

- FEIRA			- FEIRA			- FEIRA			- FEIRA			– FEIRA			SABADO		
00/00/00			00/00/00			00/00/00			00/00/00			00/00/00			00/00/00		
Horário		Quant. pacientes	Horário		Quant. pacientes	Horário		Quant. pacientes	Horário		Quant. pacientes	Horário		Quant. pacientes	Horário		Quant. pacientes