



**COMPROVANTE DE ABERTURA**  
**Processo: Nº 1692/2024 Cód. Verificador: 3G5260DU**

**Requerente:** 523 - MUNICIPIO DE MARMELEIRO  
**CPF/CNPJ:** 76.205.665/0001-01  
**Endereço:** Avenida Macali Nº 255 **CEP:**85.615-000  
**Cidade:** Marmeleiro **Estado:**PR  
**Bairro:** CENTRO  
**Fone Res.:** (46) 3525-8100 **Fone Cel.:** Não Informado  
**E-mail:** administracao@marmeleiro.pr.gov.br  
**Assunto:** SETOR DE LICITAÇÃO  
**Subassunto:** SOLICITAÇÕES DIVERSAS  
**Data de Abertura:** 03/10/2024 15:05  
**Previsão:** 02/11/2024

**Telefone Requerente**

Celular: (46) 3525-2848

**Documentos do Processo**

**Quantidade de Documentos:** 0 **Quantidade de Documentos Entregues:** 0

**Observação**

O Departamento de Saúde pleiteia aditivo de prazo de execução e vigência referente ao Contrato de Prestação de Serviços nº 164/2022, vinculados a Inexigibilidade nº 045/2022 - Chamamento Público nº 003/2022, pelo período de 12 (doze) meses.

MUNICIPIO DE MARMELEIRO

Requerente

RICARDO FIORI

Funcionário(a)

Recebido

**Memorando nº125/2024 - Departamento de Saúde****Marmeireiro, 03 de outubro de 2024****Ao Setor de Licitações e Contratos****Assunto: Aditivo de Contratos de Prestação de Serviços**

Visando identificar a vantajosidade da aquisição, foi realizada em conformidade ao artigo 9º do Decreto 4993/2016.

A aquisição de aditivo contratual para serviços de exames Oftalmológicos firmado através da Inexigibilidade nº 45/2022, é essencial para garantir a continuidade e a qualidade do atendimento nas unidades de urgência e emergência. A seguir, são elencados os principais pontos que justificam a vantajosidade dessa aquisição, considerando que a unidade de urgência e emergência demanda de exames rápidos e precisos para diagnósticos imediatos, essenciais para a tomada de decisões clínicas rápidas e eficazes, a disponibilidade contínua desses serviços evita atrasos no atendimento, reduzindo o tempo de espera dos pacientes e melhorando os desfechos clínicos.

A pesquisa de mercado foi realizada em conformidade com o artigo 9º do Decreto 4993/2016, utilizando diversos meios para garantir a obtenção dos melhores preços e condições de mercado. Cabe ressaltar a especificidade de cada contrato, município.

Os meios utilizados incluem preços existentes em bancos de preços, preços obtidos por outros órgãos públicos, pesquisa com fornecedores e preços constantes de homepages, conforme especificado nos incisos I, II, III e V do artigo 9º.

A pesquisa de preços foi ampliada para o nível nacional, garantindo uma ampla variedade de opções e competitividade nos preços.

A aquisição de aditivo contratual permite a manutenção dos serviços sem interrupções, evitando custos adicionais que poderiam surgir de contratações emergenciais ou de última hora.

A continuidade dos serviços de exames oftalmológicos é crucial para a manutenção da qualidade do atendimento nas unidades de urgência e emergência, haja vista que não há tal gama de exames com os credenciamentos de todos os exames, o que propicia uma certa demora nos agendamentos.

A interrupção desses serviços comprometeria a capacidade de diagnóstico e tratamento dos pacientes, impactando negativamente a saúde pública. A adição de serviços e a prorrogação de contratos são permitidas e regulamentadas pela Lei nº 14.133/2021, que estabelece normas gerais de licitação e contratação para as Administrações Públicas diretas, autárquicas e fundacionais, para tanto, solicita-se o aditivo contratual das empresas supracitadas a seguir mantendo os mesmos critérios e valores já acordados.

- Contrato nº 164/2022 - Alves & Gonzaga Ltda (Consultas, Exames E Procedimentos)

**Wagner Luiz Barella**  
Diretor do Departamento de Saúde



## RE: PEDIDO DE ADITIVO CONTRATUAL



**De** clinica de olhos dr antonio vilmar pereira alves <clnicadrvilmar@hotmail.com>  
**Para** saudeadm@marmeleiro.pr.gov.br <saudeadm@marmeleiro.pr.gov.br>  
**Data** 13-09-2024 16:02

Adobe Scan 13 de set. de 2024.pdf (~117 KB)

[Remover todos os anexos](#)

Boa tarde!

Segue aceite...

Att,  
Aldenete

---

**De:** saudeadm@marmeleiro.pr.gov.br <saudeadm@marmeleiro.pr.gov.br>

**Enviado:** quinta-feira, 12 de setembro de 2024 13:35

**Para:** clinica de olhos dr antonio vilmar pereira alves <clnicadrvilmar@hotmail.com>

**Assunto:** PEDIDO DE ADITIVO CONTRATUAL

O Departamento de Saúde de Marmeleiro – PR vem através deste, solicitar **A MANIFESTAÇÃO QUANTO AO ACEITE DE ADITIVO DEO Contrato nº 164/2022 - Inexigibilidade nº 045/2022, firmado com a empresa ALVES & GONZAGA LTDA, inscrita no CNPJ nº 08.304.451/0001-24**, seguindo os mesmos critérios e valores já acordados.

Aguardo o retorno no máximo até a data de 13/09/2024

Att.te

Rudimar Ernandes Walkoviecz  
Assistente Administrativo  
Depto. Saúde de Marmeleiro - PR  
Marmeleiro - PR  
(46)3525-1677 / (46)3525-2848

Vimos por meu deste **NOS MANIFESTAR, CONCORDANDO QUANTO AO ACEITE DE ADITIVO DEO Contrato nº 164/2022 - Inexigibilidade nº 045/2022**, firmado entre Departamento de Saúde de Marmeleiro – PR e a empresa **ALVES & GONZAGA LTDA, inscrita no CNPJ nº 08.304.451/0001-24**, seguindo os mesmos critérios e valores já acordados.

Francisco Beltrão 13 de Setembro de 2024.



Aldenete Monteiro Gonzaga

CPF: 266.647.803-30



**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Secretaria da Receita Federal do Brasil**  
**Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional**

**CERTIDÃO POSITIVA COM EFEITOS DE NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS  
FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO**

**Nome: ALVES & GONZAGA LTDA**  
**CNPJ: 08.304.451/0001-24**

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que:

1. constam débitos administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) com exigibilidade suspensa nos termos do art. 151 da Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 - Código Tributário Nacional (CTN), ou objeto de decisão judicial que determina sua desconsideração para fins de certificação da regularidade fiscal, ou ainda não vencidos; e
2. não constam inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) na Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Conforme disposto nos arts. 205 e 206 do CTN, este documento tem os mesmos efeitos da certidão negativa.

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://rfb.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.

Emitida às 07:59:25 do dia 07/08/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 03/02/2025.

Código de controle da certidão: **A98D.5C55.05DB.E338**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

[Voltar](#)[Imprimir](#)

## Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

**Inscrição:** 08.304.451/0001-24  
**Razão Social:** ALVES E GONZAGA LTDA  
**Endereço:** R VEREADOR ROMEU LAURO WERLANG 1520 SOBRE LOJA / CENTRO / FRANCISCO BELTRAO / PR / 85601-020

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

**Validade:** 18/09/2024 a 17/10/2024

**Certificação Número:** 2024091818421410540043

Informação obtida em 03/10/2024 13:55:10

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:  
**[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)**



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO

## **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS**

Nome: ALVES & GONZAGA LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 08.304.451/0001-24

Certidão nº: 67874247/2024

Expedição: 03/10/2024, às 13:54:11

Validade: 01/04/2025 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **ALVES & GONZAGA LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **08.304.451/0001-24**, **NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

Certidão emitida com base nos arts. 642-A e 883-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentados pelas Leis ns.º 12.440/2011 e 13.467/2017, e no Ato 01/2022 da CGJT, de 21 de janeiro de 2022. Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho.

No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.

A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (<http://www.tst.jus.br>).

Certidão emitida gratuitamente.

### **INFORMAÇÃO IMPORTANTE**

Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho, Comissão de Conciliação Prévia ou demais títulos que, por disposição legal, contiver força executiva.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTAÇÃO - RS**  
*Unidos, gerando desenvolvimento!*

Visto da Procuradoria Geral

.....

**PROJETO DE LEI Nº 014/2024**

***Autoriza o Executivo Municipal a firmar convênio com o Hospital São Roque de Getúlio Vargas, para prestação de serviços na área da saúde, e dá outras providências.***

Art. 1º - Fica o Executivo Municipal de Estação autorizado a firmar convênio de prestação de serviços com o Hospital São Roque de Getúlio Vargas, RS, objetivando a disponibilização, à população local, de serviços na área da saúde, com repasse de valores, nos termos da minuta em anexo, que fica fazendo parte integrante da presente Lei.

Art. 2º - Fica também autorizado o Executivo Municipal a aditar o convênio, no caso de inclusão de novas especialidades, exames ou procedimentos.

Art. 3º - As despesas decorrentes da presente lei serão custeadas a conta de dotações orçamentárias próprias.

Art. 4º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTAÇÃO, 18 de abril de 2024.

  
Geverson Zimmermann  
Prefeito Municipal



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTAÇÃO - RS

*Unidos, gerando desenvolvimento!*

Visto da Procuradoria Geral

Estação, 18 de abril de 2024.

## EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DO PROJETO DE LEI Nº 014/2024

Senhor Presidente:  
Senhores Vereadores:

Através do presente estamos encaminhando à deliberação desta Casa Legislativa, o Projeto de Lei em anexo, o qual solicita autorização para a assinatura de Termo de Convênio com repasse de recursos com o Hospital São Roque de Getúlio Vargas, RS, visando a continuidade de prestação de serviços de atendimentos de saúde, incluindo Pronto Socorro 24 horas, sobreaviso médico, internação hospitalar, realização de cirurgias eletivas, exames e consultas especializadas, e outros, conforme minuta anexa.

Cumprе salientar que o convênio não obriga o Município a procurar atendimento junto ao Hospital, apenas possibilita que, esgotadas as possibilidades de resolução junto aos demais convênios existentes, seja efetuado o encaminhamento de pacientes à instituição.

Contando com a costumeira atenção desta Casa Legislativa, esperamos seja o presente projeto apreciado e aprovado, colocando-nos à disposição para eventuais esclarecimentos.

  
Geversson Zimmermann  
Prefeito Municipal



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTAÇÃO - RS

Unidos, gerando desenvolvimento!

Visto da Procuradoria Geral

## TERMO DE CONVÊNIO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS Nº

Pelo presente instrumento, o **MUNICÍPIO DE ESTAÇÃO**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede administrativa na Rua Fiorelo Piazzetta, nº 95, na cidade de ESTAÇÃO, inscrito no CNPJ sob o nº 92.406.248/0001-75, representado pelo Prefeito Municipal, Senhor Geverson Zimmermann, brasileiro, casado, residente e domiciliado na Rua Erna Stumpf de Oliveira, nº 49, em Estação, RS, inscrito no CPF sob o nº 437.562.120-68, devidamente autorizado pela Lei nº \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, doravante denominado **MUNICÍPIO**, e **HOSPITAL SÃO ROQUE**, sociedade civil beneficente, com sede na rua Jacob Gremmelmaier nº 212, em Getúlio Vargas, inscrito no CNPJ sob o nº 90.156.217/0001-88, representado pelo seu Presidente Senhor Clovis Dall'Agnol, viúvo, residente e domiciliado em Getúlio Vargas, à rua Albino Fernando Hozbach nº 770, apartamento 504, inscrito no CPF sob o nº 189.405.010-04, doravante denominado **HOSPITAL**, celebram o presente convênio, mediante o qual o **HOSPITAL** coloca à disposição do **MUNICÍPIO** o seu Corpo Clínico e funcional, salas, equipamentos, materiais, medicamentos, enfim toda a infraestrutura disponível visando à prestação dos serviços a seguir descritos, de acordo com as cláusulas e condições assim estabelecidas:

**Cláusula Primeira** - Atendimento ambulatorial de urgência e emergência com plantão permanente no **Pronto Socorro 24 horas**, inclusive aos sábados, domingos e feriados.

**Parágrafo único** - O **MUNICÍPIO** pagará ao **HOSPITAL** o valor mensal de R\$ 20.705,39 até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços descritos acima.

**Cláusula Segunda** - Atendimento em regime de **sobreaviso**, com médicos à disposição nas áreas de clínica médica, cirúrgica, ginecológica/obstétrica, pediátrica e anestesiológica diariamente nos períodos diurno e noturno, inclusive aos sábados, domingos e feriados, como estrutura de apoio aos médicos plantonistas.

**Parágrafo único** - O **MUNICÍPIO** pagará ao **HOSPITAL** o valor mensal de R\$ 7.799,51 até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços descritos acima.

**Cláusula Terceira** - **Internação hospitalar** de até setenta e duas (72) horas, com atendimento médico, serviços hospitalares, laboratoriais, diagnósticos por imagem e fornecimento de medicamentos.

§ 1º - Poderão ser internadas, mensalmente, até 30 (trinta) pessoas encaminhadas pelo órgão de saúde do **MUNICÍPIO**, que poderá diminuir esse limite de internações segundo a redução da demanda, a maior disponibilidade de AIH's ou a redução de recursos orçamentários.

§ 2º - Os valores a serem pagos pelo **MUNICÍPIO** ao **HOSPITAL** pelas internações hospitalares, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços, são os seguintes:

- pelas **diárias médicas** o valor de R\$ 54,54;
- pelas **diárias hospitalares** o valor de R\$ 63,14;
- os **exames laboratoriais** serão pagos à razão de 70% (setenta por cento) da Tabela AMB e serão limitados a hemogramas, exames comuns de urina, glicemia e parasitológico de fezes
- os **medicamentos** serão pagos com base na Tabela Brasíndice, ficando o valor total mensal limitado a R\$ 12.354,41 independente do número de pessoas internadas
- pele prestação de **outros serviços**, os seguintes valores:



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTAÇÃO - RS

Unidos, gerando desenvolvimento!

Visto da Procuradoria Geral

nebulização	R\$ 15,94 por sessão
oxigênio	R\$ 14,47 por hora
taxa de sala	R\$ 285,74 por utilização
fototerapia	R\$ 1,95 por hora;
transfusão de sangue	R\$ 85,82 por procedimento;

f) os **diagnósticos por imagem** serão pagos pela tabela SUS

§ 3º - Para realização das internações previstas nesta cláusula, incumbe ao **HOSPITAL** encaminhar ao órgão de saúde do **MUNICÍPIO** pedido de autorização para internação, acompanhado de diagnóstico médico.

§ 4º - Compete ao **HOSPITAL**, mensalmente:

- encaminhar, com a fatura, relação dos usuários internados
- encaminhar relação individualizada dos medicamentos utilizados em cada internação, com os respectivos preços;
- encaminhar relação detalhada, por usuário, dos exames laboratoriais realizados, restritos aos abrangidos pelo convênio

**Cláusula Quarta - Realização de cirurgias eletivas.**

§ 1º - O **HOSPITAL** deverá encaminhar ao **MUNICÍPIO** o laudo médico, diante do qual o **MUNICÍPIO** fornecerá a autorização para a cirurgia.

§ 2º - Para cobertura das cirurgias realizadas, o **MUNICÍPIO** pagará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da efetiva realização das cirurgias, os seguintes valores, a título de complementação:

- cirurgias de grande e médio porte R\$ 1.380,83 (um mil trezentos e oitenta reais e oitenta e três centavos);
- cirurgias de pequeno porte com anestesista R\$ 994,59 (novecentos e noventa e quatro reais e noventa e um centavos);
- cirurgias de pequeno porte sem anestesista R\$ 580,00 (quinhentos e oitenta reais);
- cirurgias ambulatoriais R\$ 262,45 (duzentos e sessenta e dois reais e quarenta e cinco centavos);
- consulta do médico cirurgião R\$ 184,00 (cento e oitenta e quatro reais);

§ 3º - o **HOSPITAL** deverá apresentar fatura detalhada relativa às cirurgias realizadas, constando na mesma: diagnóstico, tratamento indicado e intervenção realizada.

**Cláusula Quinta - Consultas especializadas, procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos de pequeno e médio porte nas áreas de Traumatologia e Ortopedia.**

§ 1º - O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas a serem realizadas, conforme a disponibilidade do **HOSPITAL**, sendo de inteira responsabilidade do **MUNICÍPIO** a quantidade de consultas autorizadas.

§ 2º - O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente os procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos a serem realizados, conforme a disponibilidade do **HOSPITAL**, sendo de inteira responsabilidade do **MUNICÍPIO** a quantidade autorizada, não podendo exceder a 30 (trinta) procedimentos cirúrgicos por mês e a 100 (cem) procedimentos ambulatoriais por mês;

§ 3º - Em caso de emergência justificada, o órgão de saúde do **MUNICÍPIO** encaminhará autorização posteriormente à prestação dos serviços.

§ 4º - Pelos serviços descritos nesta cláusula, o **MUNICÍPIO** pagará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços, a título de complementação, os seguintes valores:



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTAÇÃO - RS

Unidos, gerando desenvolvimento!

Visto da Procuradoria Geral

- a) consultas especializadas - R\$ 184,00;
- b) procedimentos ambulatoriais - R\$ 184,00;
- c) procedimentos cirúrgicos com ou sem anestesista conforme cláusula quarta, parágrafo segundo;
- d) Para acompanhamento médico e curativos o valor de R\$ 49,00;

### Cláusula Sexta - Exames especializados na área de Radiologia.

§ 1º - O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente os exames a serem realizados, conforme a disponibilidade do **HOSPITAL**;

§ 2º - Os pacientes encaminhados pelo **MUNICÍPIO** deverão apresentar requisição médica e autorização para a realização dos exames.

§ 3º - Pelos serviços descritos nesta cláusula, o **MUNICÍPIO** pagará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da efetiva realização dos exames, a título de complementação, o valor mensal de até R\$ 1.237,41 (hum mil, duzentos e trinta e sete reais e quarenta e um centavos);

### Cláusula Sétima - Exames especializados na área de Ecografia/Ultrassonografia.

§ 1º - O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente os exames a serem realizados, conforme a disponibilidade do **HOSPITAL** e até o limite previsto no § Terceiro.

§ 2º - Os pacientes encaminhados deverão apresentar requisição médica e autorização para a realização dos exames, dentre os relacionados abaixo:

EXAME	PREF/PAC	SUS	PREFEITURA
1. ABDOMEN TOTAL	R\$ 192,49	R\$ 37,95	R\$ 122,63
2. ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 136,64	R\$ 24,20	R\$ 114,47
3. FIGADO E VIAS BILIARES	R\$ 105,44	R\$ 24,20	R\$ 95,69
4. PÉLVICO	R\$ 105,44	R\$ 24,20	R\$ 95,69
5. APARELHO URINÁRIO	R\$ 138,14	R\$ 24,20	R\$ 84,60
6. OBSTÉTRICO	R\$ 105,44	R\$ 24,20	R\$ 56,44
7. PRÓSTATA VIA ABDOMINAL	R\$ 119,11	R\$ 24,20	R\$ 72,29
8. PRÓSTATA TRANSRETAL	R\$ 143,47	R\$ 24,20	R\$ 85,81
9. PÉLVICO TRANSVAGINAL	R\$ 133,60	R\$ 24,20	R\$ 72,29
10. ECOGRAFIA DE MAMAS	R\$ 125,06	R\$ 24,20	R\$ 82,15
11. ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (tireóide, bolsa escrotal)	R\$ 138,60	R\$ 24,20	R\$ 72,29
12. OBSTÉTRICO MORFOLÓGICO	R\$ 408,36	R\$	R\$
13. PERFIL BIOFÍSICO FETAL	R\$ 210,89	R\$	R\$
14. ARTICULAÇÕES, MÚSCULOS E TENDÕES	R\$ 125,06	R\$ 24,20	R\$ 84,60
15. CARÓTIDAS E VERTEBRAIS C/DOPPLER	R\$ 278,30	R\$	R\$
16. MEMBROS SUPERIORES OU INFERIORES COM DOPPLER A CORES	R\$ 278,30	R\$	R\$
17. VEIAS SAFENAS COM DOPPLER A CORES	R\$ 182,72	R\$	R\$
18. AORTA E ILÍACAS COM DOPPLER A CORES	R\$ 297,93	R\$	R\$



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTAÇÃO - RS

Unidos, gerando desenvolvimento!

Visto da Procuradoria Geral

19.ARTÉRIAS RENAIIS COM DOPPLER A CORES	R\$ 297,93	R\$	R\$
20.ABDOMEN COM DOPPLER A CORES	R\$ 297,93	R\$	R\$
21.TRANSVAGINAL OU PÉLVICO COM DOPPLER A CORES	R\$ 221,53	R\$	R\$
22.TESTÍCULOS OU ÓRGÃOS COM DOPPLER A CORES	R\$ 202,36	R\$	R\$
23. OBSTETRICO DOPPLER COLORIDO	R\$ 239,15		

§ 3º - O MUNICÍPIO pagará ao HOSPITAL, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da realização dos exames, que deverão constar de relação dos pacientes atendidos e informações pertinentes o valor mensal de até R\$ 11.699,00 (onze mil, seiscentos e noventa e nove reais), a título de complementação.

**Cláusula Oitava - Exames especializados na área de Mamografia.**

§ 1º - O MUNICÍPIO deverá agendar previamente os exames a serem realizados, conforme a disponibilidade do HOSPITAL.

§ 2º - Os pacientes encaminhados pelo MUNICÍPIO deverão apresentar requisição médica e autorização para o exame.

§ 3º - Pela realização dos exames, o MUNICÍPIO pagará ao HOSPITAL, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte à prestação dos serviços, o valor de R\$ 127,00 por exame (após excedida a cota do SUS);

**Cláusula Nona - Consultas, exames e procedimentos cirúrgicos especializados na área de Gastroenterologia, Endoscopia Digestiva Alta e Baixa e Cirurgia Digestiva.**

§ 1º - O MUNICÍPIO deverá agendar previamente os exames, de acordo com a disponibilidade do HOSPITAL;

§ 2º - Previamente à realização dos exames, o MUNICÍPIO deverá encaminhar ao HOSPITAL a competente autorização.

§ 3º - Pela realização dos exames, o MUNICÍPIO pagará ao HOSPITAL, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte à prestação dos serviços, os seguintes valores, a título de complementação:

- a) para consultas: R\$ 184,00 por consulta;
- b) para endoscopia R\$ 203,57 por exame;
- c) para colonoscopia R\$ 376,43, por exame;
- d) para retossigmoidoscopia R\$ 186,38 por exame;
- e) para polipectomia de cólon: R\$ 199,90 por procedimento (não precisando de autorização prévia);
- f) para teste de urease: R\$ 19,62 por procedimento (não precisando de autorização prévia)
- g) para hernioplastia inguinal unilateral: R\$ 1.373,46 por procedimento;
- h) para hemorroidectomia: R\$ 1.373,46 por procedimento;
- i) para fissurectomia anal: R\$ 1.373,46 por procedimento;
- j) para fistulectomia anal: R\$ 1.373,46 por procedimento;
- k) para ressecção de cisto pilonidal: R\$ 1.373,46 por procedimento;
- l) para drenagem de abscesso: R\$ 1.373,46 por procedimento;



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTAÇÃO - RS

Unidos, gerando desenvolvimento!

Visto da Procuradoria Geral

- m) para colecistectomia aberta: R\$ 1.648,23 por procedimento;  
n) para vídeocolecistectomia: R\$ 2.014,90 por procedimento;

**Cláusula Décima** – Consultas, exames e procedimentos cirúrgicos especializados na área de Urologia.

§ 1º – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, exames e procedimentos cirúrgicos, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

§ 2º – Previamente ao atendimento, o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

§ 3º – Em pagamento às consultas, exames e procedimentos cirúrgicos, o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços, os seguintes valores, a título de complementação:

- R\$ 184,00 por consulta urológica
- R\$ 1.523,15 por procedimento de cistostomia;
- R\$ 1.523,15 por tratamento cirúrgico da incontinência urinária via vaginal;
- R\$ 951,68 por procedimento de biópsia de bexiga;
- R\$ 1.523,15 por procedimento de uretroplastia autógena;
- R\$ 1.523,15 por tratamento cirúrgico da hemorragia vesical;
- R\$ 761,52 por procedimento de drenagem de abscesso da bolsa escrotal;
- R\$ 761,52 por procedimento de exérese de cisto da bolsa escrotal;
- R\$ 951,68 por procedimento de ressecção parcial da bolsa escrotal;
- R\$ 1.523,15 por tratamento cirúrgico da torção de testículo/cordão espermático;
- R\$ 1.523,15 por tratamento cirúrgico da hidrocele;
- R\$ 1.523,15 por procedimento de orquidopexia unilateral;
- R\$ 1.523,15 por tratamento cirúrgico da varicocele;
- R\$ 1.523,15 por procedimento de exérese de cisto do epidídimo;
- R\$ 951,68 por procedimento de vasectomia bilateral;
- R\$ 1.523,15 por procedimento de amputação do pênis;
- R\$ 761,52 por procedimento de biópsia de pênis;
- R\$ 1.523,15 por procedimento de plástica total do pênis;
- R\$ 665,94 por procedimento de eletrocoagulação de lesões cutâneas;
- R\$ 665,94 por procedimento de meatotomia;
- R\$ 665,94 por procedimento de parafimose – redução manual ou cirúrgica;
- R\$ 855,99 por procedimento de postectomia;
- R\$ 761,52 por procedimento de biópsia de próstata;
- R\$ 608,29 por procedimento de cistoscopia/uretroscopia;
- R\$ 1.809,11 por procedimento de hipospádia;
- R\$ 3.807,72 por procedimento de ressecção endoscópica de próstata;
- R\$ 3.807,72 por procedimento de ressecção endoscópica de tumor vesical;
- R\$ 1.903,25 por procedimento de orquiectomia unilateral;
- R\$ 1.903,25 por procedimento de cistolitotomia;
- R\$ 1.523,15 por procedimento de postectomia em crianças com anestesia geral;
- R\$ 1.523,15 por procedimento cirúrgico da cistocele;
- R\$ 2.856,16 por procedimento de ressecção endoscópica de colo vesical;
- R\$ 475,78 por cada sessão de procedimento de dilatação uretral;
- R\$ 2.856,16 por procedimento de uretrotomia interna (endoscópica);
- R\$ 914,76 por procedimento de biópsia de uretra;
- R\$ 1.464,28 por procedimento de ressecção de carúncula uretral;



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTAÇÃO - RS

Unidos, gerando desenvolvimento!

Visto da Procuradoria Geral

- R\$ 1.523,15 por procedimento de colpoperineoplastia posterior.
- R\$ 302,91 por procedimento de urefluxometria;
- R\$ 722,26 por procedimento de urodinâmica completa

## **Cláusula Décima Primeira – Consultas especializadas na área de Psiquiatria.**

§ 1º – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

§ 2º – Previamente ao atendimento, o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

§ 3º – Em pagamento às consultas, o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços, o valor de R\$ 184,00 por consulta, a título de complementação.

## **Cláusula Décima Segunda – Consultas especializadas na área de Otorrinolaringologia.**

§ 1º – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

§ 2º – Previamente ao atendimento, o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

§ 3º – Em pagamento às consultas, exames e procedimentos, o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação os seguintes valores a título de complementação:

R\$ 184,00 por consulta;

R\$ 262,45 por exame de nasofibrolaringoscopia;

R\$ 46,20 por lavagem otológica;

## **Cláusula Décima Terceira – Serviços especializados na área de Cardiologia, compreendendo consultas e eletrocardiogramas.**

§ 1º – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**. Para a realização de eletrocardiogramas não há necessidade de agendamento.

§ 2º – Previamente às consultas e eletrocardiogramas o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

§ 3º – Em pagamento aos serviços, o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte à sua realização, a título de complementação, o valor de R\$ 184,00 consulta e de R\$ 69,30 eletrocardiograma.

## **Cláusula Décima Quarta - Exames especializados de Ergometria.**

§ 1º – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente os exames, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

§ 2º – Previamente aos exames o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

§ 3º – Em pagamento aos exames o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços, o valor de R\$ 245,04 por exame a título de complementação;

## **Cláusula Décima Quinta – Consulta, Cirurgias, exames e procedimentos na área de Oftalmologia:**



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTAÇÃO - RS

Unidos, gerando desenvolvimento!

Visto da Procuradoria Geral

.....

§ 1º - O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

§ 2º - Previamente às consultas, cirurgias, **exames e procedimentos**, o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** as competentes autorizações;

§ 3º - Em pagamento às consultas, **exames e procedimentos**, o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até 5º (quinto) dia útil os seguintes valores a título de complementação:

R\$ 184,00 por consulta;

R\$ 131,62 por exame de Biometria Ultrassônica;

R\$ 146,25 por exame de Mapeamento de retina com gráfico;

R\$ 146,25 por exame de Microscopia especular de córnea;

R\$ 150,00 por exame de Teste Ortóptico;

R\$ 131,62 por exame de Topografia Computadorizada de Córnea;

R\$ 190,13 por exame de Biomicroscopia de fundo de olho;

R\$ 175,50 por exame de Curva diária de Pressão Ocular CDPO;

R\$ 175,50 por exame de Gonioscopia;

R\$ 146,25 por exame de Retinografia Colorida Binocular;

R\$ 292,50 por exame de Retinografia Fluorescente Binocular;

R\$ 146,25 por exame de Teste de Schirmer;

R\$ 131,62 por exame Paquimetria Ultrassônica;

§ 4º - O valor das Cirurgias, que também deve ser repassado no mesmo prazo, será aquele constante da **Cláusula Quarta - Cirurgias eletivas**.

**Cláusula Décima Sexta** - Atendimentos especializados na área de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial.

§ 1º - Os atendimentos previstos nesta cláusula são destinados a pacientes que forem atendidos no serviço de Urgência e Emergência e compreendem a avaliação imediata e, se necessário, a cirurgia.

§ 2º - A autorização do **MUNICÍPIO** para a avaliação poderá ser feita no mesmo momento ou posteriormente; a cirurgia, entretanto, necessitará de autorização prévia na forma normal.

§ 3º - O valor de cada avaliação será de R\$ 184,00. Quanto às cirurgias, seus valores seguirão os parâmetros da **Cláusula Quarta - Cirurgias eletivas - § Segundo**. Em pagamento a esses serviços o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º dia útil do mês seguinte, os valores apurados pelo setor de faturamento, a título de complementação.

**Cláusula Décima Sétima** - Consulta especializada de **ginecologia/obstetrícia**.

§ 1º - O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

§ 2º - Previamente às consultas o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

§ 3º - Em pagamento aos serviços, o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte à sua realização, a título de complementação, o valor de R\$ 184,00 por consulta.

**Cláusula Décima Oitava** - Consulta especializada na área **Vascular**.

§ 1º - O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTAÇÃO - RS

Unidos, gerando desenvolvimento!

Visto da Procuradoria Geral

.....

§ 2º - Previamente às consultas o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

§ 3º - Em pagamento aos serviços, o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte à sua realização, a título de complementação, o valor de R\$ 184,00 por consulta.

**Cláusula Décima Nona**- Consulta especializada na área **Pediatria**.

§ 1º - O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

§ 2º - Previamente às consultas o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

§ 3º - Em pagamento aos serviços, o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte à sua realização, a título de complementação, o valor de R\$ 184,00 por consulta.

**Cláusula Vigésima**- Consulta especializada na área de **Neurocirurgia**:

§ 1º - O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

§ 2º - Previamente às consultas o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização;

§ 3º - Em pagamento aos serviços, o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte à sua realização, a título de complementação, o valor de R\$ 215,88 por consulta;

**Cláusula Vigésima Primeira** - Consultas, exames e procedimentos cirúrgicos especializados na área de **Dermatologia**:

§ 1º - O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, exames e procedimentos cirúrgicos, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

§ 2º - Previamente ao atendimento, o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

§ 3º - Em pagamento às consultas, exames e procedimentos cirúrgicos, o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços, os seguintes valores, a título de complementação:

- R\$ 184,00 por consulta dermatológica;
- R\$ 245,26 por procedimento de cauterização química;
- R\$ 457,38 por procedimento de biópsia Incisional,
- R\$ 620,59 por procedimento de biópsia excisional pequena/média;
- R\$ 735,80 por procedimento de biópsia excisional grande;
- R\$ 457,38 por procedimentos de retirada de nevo facial;
- R\$ 326,20 por procedimento de shaving (01 lesão);
- R\$ 433,12 por procedimentos de shaving (1 a 3 lesões);
- R\$ 571,47 por procedimento de shaving (3 a 5 lesões)
- R\$ 375,22 por procedimento de aplicação de Triancil;
- R\$ 326,20 por procedimento de Peeling químico;

**Cláusula Vigésima Segunda** - Exames especializados de **Cardiotocografia**.

§ 1º - O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente os exames, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTAÇÃO - RS

Unidos, gerando desenvolvimento!

Visto da Procuradoria Geral

§ 2º - Previamente aos exames o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

§ 3º - Em pagamento aos exames o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços, o valor de R\$ 38,00 por exame, a título de complementação.

#### **Cláusula Vigésima Terceira - Internação hospitalar compulsória.**

§ 1º - Poderão ser internados, mensalmente, até 02 (dois) pacientes encaminhados pelo órgão de saúde do **MUNICÍPIO**;

§ 2º - O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as internações, de acordo com a disponibilidade destes leitos no Hospital;

§ 3º - Previamente a internação, o **MUNICÍPIO** deverá enviar ao **HOSPITAL** a competente autorização;

§ 4º - Em pagamento às internações o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços, o valor de R\$ 152,00 por dia de internação.

#### **Cláusula Vigésima Quarta - Sessão de Fisioterapia:**

**Parágrafo único** - Em pagamento as **Sessões de Fisioterapia** **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços, o valor de R\$ 15,96 por sessão de fisioterapia (não precisando de autorização prévia);

#### **Cláusula Vigésima Quinta - Exames especializados de Tomografia Computadorizada, Angiotomografia, Urotomografia, Enterotomografia, Biopsias, Punções e Outros exames especializados:**

§ 1º - O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente os exames, de acordo com a disponibilidade da **Atenas - Centro de Diagnóstico por Imagem**;

§ 2º - Previamente aos exames o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar a **Atenas - Centro de Diagnóstico por Imagem** a competente autorização;

§ 3º - Pela realização dos exames, o **MUNICÍPIO** pagará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte a prestação dos serviços, os seguintes valores, a título de complementação:

R\$ 441,42 por exame de TC de coluna cervical;

R\$ 441,42 por exame de TC de coluna lombo-sacra/TC sacrococcígea;

R\$ 441,42 por exame de TC de coluna torácica;

R\$ 410,82 por exame de TC de face/TC de seios da face/TC de art. têmporo-mand./mastoide;

R\$ 367,89 por exame de sela túrcica;

R\$ 431,66 por exame de TC de crânio;

R\$ 441,42 por exame de TC de pescoço;

R\$ 533,45 por exame de TC de abdome superior;

R\$ 410,81 por exame de TC de articulações de membro inferior;

R\$ 478,26 por exame de TC de Pelve/TC de Bacia/TC de abdome inferior;

R\$ 410,81 por exame de TC de membro superior;

R\$ 410,81 por exame de TC de seg. apendiculares (braço, antebraço, mão, coxa, perna, pé);

R\$ 410,81 por exame de TC de tórax;

R\$ 410,81 por exame de TC de hemitórax, pulmão ou mediastino;

R\$ 711,27 por exame de abdome total;

R\$ 919,75 por exame de angiotomografia de crânio (venoso ou arterial);



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTAÇÃO - RS

Unidos, gerando desenvolvimento!

Visto da Procuradoria Geral

.....

- R\$ 919,75 por exame de angiotomografia de tórax (venoso ou arterial);
- R\$ 919,75 por exame de angiogramografia de segmento (venoso ou arterial);
- R\$ 919,75 por exame de angiotomografia de pescoço (venoso ou arterial);
- R\$ 919,75 por exame de angiotomografia de abdome superior (venoso ou arterial);
- R\$ 919,75 por exame de angiotomografia de pelve (venoso ou arterial);
- R\$ 919,75 por exame de angiotomografia da aorta abdominal (arterial);
- R\$ 1.103,70 por exame de angiotomografia de abdome total;
- R\$ 858,43 por exame de angiotomografia da aorta torácica (arterial);
- R\$ 613,16 por exame de urotomografia;
- R\$ 797,10 por exame de Enterotomografia.
- R\$ 459,00 PAAF Guiada por Ultrassom (lesão de partes moles)
- R\$ 866,00 Biopsia Guiada por Ultrassom de Tumor Partes Moles (Músculo, dorso, etc)
- R\$ 765,00 Biopsia Guiada por Ultrassom Hepatica;
- R\$ 866,00 Biopsia Guiada por Ultrassom Pulmão/Pulmonar
- R\$ 935,00 Biopsia Guiada por Tomografia Pulmão/Pulmonar
- R\$ 1.006,00 Biopsia Renal
- R\$ 1.815,00 Nefrostomia Guiada por Ultrassom;
- R\$ 1.552,00 Drenagem de Coleção
- R\$ 2.193,00 Drenagem de Vias Biliares;
- R\$ 1.430,00 Cistostomia;
- R\$ 1.453,00 Troca de Cistostomia;
- R\$ 928,00 Punção Cisto Renal ou Punção Renal;
- R\$ 459,00 Punção de Mama (PAAF);
- R\$ 600,00 Punção biópsia de Mama (core-Biopsy)
- R\$ 728,00 Agulhamento Mama guiada por Ultrassom (marcação pré-cirúrgica)
- R\$ 465,00 Punção de Tireoide (PAAF)
- R\$ 600,00 Punção Biopsia de Próstata guiada por Ultrassom;
- R\$ 488,00 Toracocentese guiada por Ultrassom (diagnóstica)
- R\$ 488,00 Paracentese guiada por Ultrassom (Alívio);
- R\$ 488,00 Paracentese guiada por Ultrassom (diagnóstica)
- R\$ 2.278,00 Alcolização do Plexo Celiaco;
- R\$ 140,00 Densitometria Óssea;
- R\$ 320,00 Ecocardiograma Adulto e Pediátrico;

**Cláusula Vigésima Sexta – Consulta especializada na área de Reumatologia:**

§ 1º – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

§ 2º – Previamente às consultas o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização;

§ 3º – Em pagamento aos serviços, o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte à sua realização, a título de complementação, o valor de R\$ 184,00 por consulta;

**Cláusula Vigésima Sétima – O HOSPITAL** colocará seu Corpo Clínico, serviços auxiliares, salas, equipamentos, materiais, medicamentos, enfim toda a infraestrutura necessária para a realização dos serviços descritos no presente convênio.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTAÇÃO - RS

Unidos, gerando desenvolvimento!

Visto da Procuradoria Geral

.....

**Cláusula Vigésima Oitava** – A contratação de todo o pessoal necessário à consecução dos objetivos propostos neste termo será de responsabilidade do **HOSPITAL**, incluídos os encargos trabalhistas e previdenciários e ainda eventuais danos a terceiros decorrentes do atendimento.

**Cláusula Vigésima Nona** – Na hipótese das condições técnico-científicas disponibilizadas serem insuficientes para o adequado atendimento ao paciente, o **HOSPITAL** deverá encaminhá-lo a outro centro médico-hospitalar que possua as condições necessárias, sem que isso implique em responsabilidade do **HOSPITAL** no custeio da internação naquele estabelecimento.

§ 1º – Para o encaminhamento do paciente, o **MUNICÍPIO** deverá providenciar o transporte através de veículo adequado ao caso e o **HOSPITAL** providenciará o acompanhamento da Enfermagem e do Médico, se necessário.

§ 2º – Em pagamento ao acompanhamento da Enfermagem, o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao do encaminhamento do paciente, o valor que será calculado pelo setor de Recursos Humanos do **HOSPITAL**, baseado no tempo de afastamento do funcionário e na sua remuneração normal.

§ 3º – O valor que deverá ser pago pelo **MUNICÍPIO** ao **HOSPITAL** até o quinto (5º) dia útil do mês seguinte ao do encaminhamento do paciente, pelo acompanhamento do Médico, será calculado com base no tempo de afastamento do mesmo e na remuneração paga aos Médicos Plantonistas do Pronto Socorro.

**Cláusula Trigésima** – A vigência do presente convênio será de 01 (um) ano, a partir de 01 de abril de 2024, podendo ser renovado por iguais e sucessivos períodos até 60 (sessenta) meses.

**Cláusula Trigésima Primeira**– As partes **CONVENIENTES** elegem o IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) como índice de reajuste anual do convênio, utilizando-se a variação dos últimos 12 (doze) meses. No entanto, para preservar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, no caso deste índice se tornar muito baixo ou demasiado alto, as partes ajustarão percentual ou outro índice de variação condizente com a prestação do serviço, restabelecendo assim o equilíbrio contratual devido à alta variação de preços dos materiais, medicamentos, recursos humanos e demais custos.

**Cláusula Trigésima Segunda** – O presente instrumento poderá ser rescindido:

- a) a qualquer momento, por qualquer das partes, desde que comunicado com antecedência mínima de trinta (30) dias
- b) a qualquer momento, por comum acordo entre as partes, sem a necessidade da antecedência mínima de trinta (30) dias
- c) a qualquer momento, mediante aviso prévio de 30(trinta) dias por qualquer uma das partes, quando verificado um desequilíbrio financeiro que possa causar prejuízos decorrentes de alterações econômicas alheias à vontade das partes

**Cláusula Trigésima Terceira** - O **HOSPITAL** ficará sujeito à fiscalização do **MUNICÍPIO** no que se refere ao fiel cumprimento do presente convênio, através de servidores indicados à Direção.

**Cláusula Trigésima Quarta** – O **HOSPITAL** deverá apresentar, mensalmente, fatura detalhada sobre os atendimentos prestados que forem objeto do presente convênio.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTAÇÃO - RS

Unidos, gerando desenvolvimento!

Visto da Procuradoria Geral

**Cláusula Trigésima Quinta**– Visando preservar interesses recíprocos, quaisquer circunstâncias que possam caracterizar descumprimento dos termos deste convênio deverão ser objeto de notificação escrita, com prazo de três (3) dias úteis para resposta de qualquer das partes.

**Cláusula Trigésima Sexta** – As despesas decorrentes do presente convênio correrão à conta de dotações orçamentárias próprias.

**Cláusula Trigésima Sétima** – Para dirimir eventuais dúvidas emergentes da aplicação deste convênio, as partes elegem, de comum acordo, o Foro da Comarca de Getúlio Vargas.

E por assim estarem ajustados, assinam o presente instrumento, em quatro (4) vias de igual teor e forma.

Estação, RS, XX de abril de 2024.

**MUNICÍPIO**

**HOSPITAL**

Testemunhas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Exames

### Biomicroscopia de fundo, bilateral

< Voltar para a página inicial

A partir de

**R\$ 195,00**

Este preço considera todas as ofertas disponíveis no Brasil. Consulte preço para a sua localização.

Ver ofertas

#### Esse exame também é conhecido como:

Biomicroscopia de fundo, bilateral, BIOMICROSCOPIA DE FUNDO, BILATERAL, BIOMICROSCOPIA DE FUNDO BILATERAL

Os exames oftalmológicos avaliam diversos aspectos oculares, como componentes das córneas, pressão ocular, retina e capacidade focal.

Ver opções

## Valor

Saúde iD

**R\$ 195,00**

A partir de



## Como funciona a compra de exames com a Saúde iD

**1**

Escolha o exame e selecione a unidade de atendimento de sua preferência. Escolha a melhor forma de pagamento e aceite o termo do nosso site;

**2**

Finalize sua compra e você receberá um e-mail com a confirmação do pagamento;

**3**

Enviaremos um código de identificação junto com as orientações para a realização do seu exame;

Em caso de exames com agendamento,



## Categorias

Exames

Cirurgias

Estética

Teleconsultas

Vacinas

Bem-Estar

Check-up

---

Leitor de pedido médico

---

Blog



## Categorias

Exames

Cirurgias

Estética

Teleconsultas

Vacinas

Bem-Estar

Check-up

---

Leitor de pedido médico

---

Blog



## Categorias

Exames

Cirurgias

Estética

Teleconsultas

Vacinas

Bem-Estar

Check-up

---

Leitor de pedido médico

---

Blog



## Categorias

Exames

Cirurgias

Estética

Teleconsultas

Vacinas

Bem-Estar

Check-up

---

Leitor de pedido médico

---

Blog



**PROCESSO ADMINISTRATIVO-E Nº 644/2024**  
**CHAMADA PÚBLICA PARA CREDENCIAMENTO Nº 01/2024**

O **CONSÓRCIO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE DA REGIÃO DA AMURES – CISAMURES**, com sede, domicílio e foro na cidade de Lages - SC, à Av. Presidente Vargas, nº 635, Sagrado Coração de Jesus, CEP: 88.508-110, pessoa jurídica de direito público, inscrito no CNPJ nº 07.383.800/0001-88, representada por sua Diretora Executiva, **BEATRIZ BLEYER RODRIGUES**, com fundamento nas Leis Federais nº 14.133/21 e nº 8.080/90, torna pública a realização de chamamento público na forma de credenciamento de pessoas jurídicas para prestação de serviços complementares na área médica aos municípios consorciados do CISAMURES, referidas no anexo IV deste Instrumento, nos termos e condições a seguir:

1

## 1. DO OBJETO

1.1. O presente tem por objeto o credenciamento de pessoas jurídicas na área médica, para a prestação de serviços, em benefício dos municípios consorciados, conforme tabela do CISAMURES, prevista no Anexo IV deste edital.

1.2. O local da prestação de serviços observará os termos da Resolução nº 10/2024 do CISAMURES.

1.3. O consórcio não está obrigado a contratar com as pessoas jurídicas credenciadas, conforme o objeto e na forma deste edital, haja vista que o presente procedimento não gera direito subjetivo a contrato.

1.4. Nos casos em que são realizadas consultas ou procedimentos na sede do CISAMURES, será aplicado valor diferenciado apenas as consultas e procedimentos expressos no Anexo IV - Tabela de consultas e exames realizados na sede do CISAMURES.

1.5. O presente edital de chamamento público rege-se pela Lei nº 14.133 de 01 de abril de 2021 que estabelece normas gerais de licitação e contratação para as Administrações Públicas diretas, autárquicas e fundacionais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e pela Resolução CISAMURES nº 14/2023, que dispõe sobre o procedimento auxiliar do credenciamento, e as que a sucederem.

## 2. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

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

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

2.3. Não poderão participar do credenciamento:

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

2.3.2. Pessoa jurídica que se encontre, ao tempo de credenciamento, impossibilitada de participar da licitação em decorrência de sanção que lhe foi imposta e/ou a quem atue em substituição a outra pessoa, física ou jurídica, com o intuito de burlar a efetividade da sanção a ela aplicada, inclusive a sua controladora, controlada ou



coligada, desde que devidamente comprovado, em processo administrativo próprio, o ilícito ou a utilização fraudulenta da personalidade jurídica do Interessado no credenciamento.

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

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

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

2.3.6. Esteja cumprindo a penalidade de suspensão temporária de contratar, imposta pelo Consórcio ou pela Administração Direta de um dos entes consorciados;

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

### 3. DA FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO

3.1. Os interessados em participar do presente credenciamento, deverão enviar todas as documentações solicitadas neste edital e seus anexos através da plataforma digital disponibilizado pelo CISAMURES, no endereço eletrônico [www.cisamures.sc.gov.br/credenciamento](http://www.cisamures.sc.gov.br/credenciamento).

3.2. O requerimento para credenciamento deverá ser preenchido por meio informatizado pelo interessado, conforme modelo constante no ANEXO II, de forma clara e inequívoca, sem emendas, rasuras ou entrelinhas, em estrita observância às especificações contidas neste edital, e assinado de forma digital/eletrônica, por certificado ICP Brasil, assinatura via plataforma GOVBR ou através do próprio sistema utilizado para credenciamento, pelo seu representante legal ou procurador, juntando-se, neste caso, a Procuração, devidamente identificado, nela constando, obrigatoriamente todos os dados constantes no modelo supramencionado.

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

3.4. Os interessados poderão credenciar-se em mais de uma área desde que preenchidos os requisitos na respectiva especialidade.

3.5. O credenciamento poderá ser requerido durante todo o seu período de vigência, obrigatoriamente pela plataforma eletrônica disponibilizada pelo CISAMURES.



3.6. Somente será credenciado o prestador que estiver em conformidade com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES no site <http://cnes.datasus.gov.br/> o qual deverá estar compatível com o endereço dos alvarás, contrato social e com os serviços a serem contratados, **tendo o prestador total responsabilidade de manter o cadastro atualizado, sob pena das sanções cabíveis em caso de descumprimento.**

3.7. Somente serão credenciadas instituições que atendam às exigências deste Edital de Chamamento Público.

#### 4. DA DOCUMENTAÇÃO REFERENTE À HABILITAÇÃO

##### 4.1. Habilitação Jurídica

4.1.1. Empresário individual: inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede;

4.1.2. Sociedade empresária, sociedade limitada unipessoal – SLU ou sociedade identificada como empresa individual de responsabilidade limitada - EIRELI: inscrição do ato constitutivo, estatuto ou contrato social no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores;

4.1.3. Sociedade simples: inscrição do ato constitutivo no Registro Civil de Pessoas Jurídicas do local de sua sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores;

4.1.4. Filial, sucursal ou agência de sociedade simples ou empresária: inscrição do ato constitutivo da filial, sucursal ou agência da sociedade simples ou empresária, respectivamente, no Registro Civil das Pessoas Jurídicas ou no Registro Público de Empresas Mercantis onde opera, com averbação no Registro onde tem sede a matriz;

4.1.5. Ato constitutivo da empresa, estatuto ou contrato social, em vigor e devidamente registrados nos órgãos competentes ou, Ata de Eleição da atual diretoria, quando se tratar de Estatuto Social;

4.1.6. Comprovante válido de identificação (RG e CPF ou CNH) do representante legal da interessada;

4.1.7. Os documentos apresentados deverão estar acompanhados de todas as alterações ou da consolidação respectiva;

4.1.8. As atividades que constam no contrato social pela credenciada devem ser compatíveis com o objeto do presente edital;

##### 4.2. Habilitação Social, Fiscal e Trabalhista

4.2.1. Comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;

4.2.2. Comprovante de regularidade para com a Fazenda Federal, mediante apresentação de Certidão Conjunta de Débitos Relativos a Tributos Federais e a Dívida Ativa da União, expedida pelo Ministério da Fazenda;



4.2.3. Comprovante de regularidade para com a Fazenda Estadual, mediante apresentação de certidão expedida pela Secretaria de Estado da Fazenda, do domicílio ou da sede da interessada;

4.2.4. Comprovante de regularidade para com a Fazenda Municipal, mediante apresentação de certidão expedida pelo Município do domicílio ou sede da interessada;

4.2.5. Comprovante de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS;

4.2.6. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT – comprovante da inexistência de débitos perante a Justiça do Trabalho;

### 4.3. Habilitação e Qualificação Econômico-financeira

4.3.1. Certidão negativa de pedido de falência e concordata e recuperação judicial e extrajudicial, expedida pelo Cartório distribuidor da sede da pessoa jurídica, referente à matriz e, quando for o caso, igualmente da filial licitante, em data não anterior a 90 (noventa) dias da abertura da sessão pública deste Pregão, se outro prazo não constar no documento, ou certidão positiva de pedido de recuperação judicial ou extrajudicial, condicionada à apresentação de Certidão emitida pela instância judicial competente, que declare que a empresa se encontra apta econômica e financeiramente para participar de procedimentos de contratações com órgãos públicos;

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

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

### 4.4. Qualificação Técnica

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

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

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

4.4.4. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES atualizado;

4.4.5. A apresentação dos itens 4.4.1, 4.4.2 e 4.4.3, estará dispensada, quando o serviço for executado no CISAMURES;

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



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

4.4.7. Tratando-se de credenciamento de laboratórios de análises clínicas, a interessada deverá apresentar o contrato ou convênio de controle de qualidade (SBAC/SPC/OUTROS) e a Certidão de Regularidade, emitida pelo Conselho Regional de Farmácia;

4.4.7.1. A abertura de posto de coleta não exige a CREDENCIADA de observar as normativas da ANVISA e nem de apresentar a documentação exigida neste Edital ao Consórcio.

4.4.7.2. Nos termos da Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº. 786, de 5 de maio de 2023, da qual dispõe sobre os requisitos para funcionamento dos Laboratórios Clínicos, fica autorizado o credenciamento dos Postos de Coleta;

4.4.7.3. No ato de credenciamento dos Postos de Coleta, estes deverão apresentar a documentação do Laboratório Clínico que executará as análises clínicas, conforme segue:

- I – Alvará Sanitário;
- II - Alvará de Localização e Funcionamento;
- III - Contrato Social do Laboratório;
- IV- Cartão CNPJ;
- V- Contrato particular de prestação e serviços entre o Posto de Coleta e Laboratório Clínico;

4.4.7.4. É vedado à CREDENCIADA realizar a coleta de materiais laboratoriais dentro das unidades de saúde dos municípios consorciados.

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

4.4.8.1. Documento válido de identificação do profissional (CPF ou CNH)

4.4.8.2. Comprovante de inscrição no Conselho Regional da Categoria do local onde prestará o serviço;

4.4.8.3. Diplomas e certificado de curso superior e especializações inerentes à área de atuação;

4.4.8.4. Comprovante de residência atualizado.

4.4.8.5. Comprovação do cadastro dos profissionais junto ao CNES Cadastro de Estabelecimentos de Saúde, emitido no site <https://cnes.datasus.gov.br>.

## 5. DO PROCEDIMENTO DO CREDENCIAMENTO

5.1. Os documentos constantes do item 6 serão analisados pela analista de credenciamento, quanto a sua conformidade com o solicitado em edital.



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

5.3. Os documentos poderão ser apresentados em original ou por cópia, em formato digitalizado em PDF, desde que legíveis e passíveis de constatação de veracidade.

5.4. A analista de credenciamento, poderá, durante a análise da documentação, convocar os interessados para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários, bem como documentação suplementar.

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

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

5.6.1. Se o licitante for matriz, todos os documentos deverão estar em nome da matriz.

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

5.7. Será verificado se o Interessado possui alguma restrição de contratar com a administração pública, no TCU (Tribunal de Contas da união) e no TCE-SC (Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina) e no Tribunal de Contas do seu Estado sede.

5.8. Caso conste em face do Interessado registro de inidoneidade, em qualquer ente da administração pública (federal, estadual ou municipal), o mesmo NÃO será credenciado.

5.9. Registro de suspensão, em qualquer órgão/entidade que não o Consorcio Público de Saúde, não impede a participação no credenciamento;

5.10. Registro de impedimento de licitar e contratar com o Consórcio, ensejará a inabilitação da proponente;

5.11. Registro de impedimento de licitar e contratar com os a administração dos entes da federação consorciados, ensejará na inabilitação da proponente;

5.12. A analista de credenciamento poderá sanar erros ou falhas que não alterem a substância do requerimento, dos documentos e sua validade jurídica, mediante despacho fundamentado.

5.13. O interessado que atender a todos os requisitos previstos no edital, será habilitado e credenciado, sendo o respectivo Contrato firmado em processo de inexigibilidade de licitação, prevista no inciso IV, do art. 74, da Lei Federal nº 14.133, de 2021.

5.14. O Consórcio tem o prazo de até 30 (trinta) dias corridos, contados do recebimento de TODOS os documentos necessários, para análise do pedido de credenciamento e conclusão do processo de contratação, podendo ser prorrogado por igual período mediante solicitação justificada da analista de credenciamento;



5.15. O interessado em se credenciar deverá enviar ao Consórcio TODOS os documentos no prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis após o protocolo, podendo ser prorrogado por igual período mediante solicitação, sob pena de cancelamento do requerimento;

5.15.1. Caso o credenciado deseje ofertar serviços diversos daqueles previamente credenciados e/ou contratados, o mesmo deverá realizar novo credenciamento, vedado o aditamento contratual para inclusão de novos serviços.

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

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

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

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

5.19. Da habilitação ou inabilitação, a anulação ou revogação do credenciamento caberá recurso interposição de recurso a habilitação ou inabilitação, a anulação ou revogação do credenciamento, observará o disposto no Art. 165 da Lei nº 14.133/2021;

5.20. O prazo recursal é de 3 (três) dias úteis, contados da data de intimação ou da lavratura da Ata de Julgamento de Credenciamento;

5.21. Os recursos deverão ser encaminhados em campo próprio do Sistema ou através do e-mail [licitacoes@cisamures.sc.gov.br](mailto:licitacoes@cisamures.sc.gov.br).

5.22. O recurso será dirigido à autoridade que tiver editado o ato ou proferido a decisão recorrida, a qual poderá reconsiderar sua decisão no prazo de 3 (três) dias úteis, ou, neste mesmo prazo, encaminhar recurso para autoridade superior, a qual deverá proferir sua decisão no prazo de 10 (dez) dias úteis, contado do recebimento dos autos;

5.23. Os recursos interpostos fora do prazo não serão conhecidos;

5.24. O prazo para apresentação de contrarrazões ao recurso pelos demais interessados/credenciados será de 3 (três) dias úteis, contados da data da intimação pessoal ou da divulgação da interposição do recurso, através de sistema eletrônico, assegurada a vista imediata dos elementos indispensáveis à defesa de seus interesses;

5.25. O recurso e o pedido de reconsideração não terão efeito suspensivo do ato ou da decisão recorrida até que sobrevenha decisão final da autoridade competente.



## 6. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

6.1. As despesas decorrentes das contratações realizadas a partir deste edital de credenciamento correrão por conta da dotação orçamentária própria do orçamento anual do CISAMURES.

## 7. DO PRAZO DE VIGÊNCIA

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

## 8. DAS SANÇÕES

8.1. Caberá multa compensatória, sem prejuízo das demais sanções administrativas e indenização suplementar em caso de perdas e danos, ao Interessado que:

8.1.1. Apresentar declaração ou documento falso: multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor total contratado, não inferior a 2 (dois) salários mínimos vigentes;

8.1.1.1. Cumulado a seção acima, a empresa que apresentar declaração ou documento falso será declarada impedida de contratar com o Consórcio por período não inferior a 12 (doze) meses.

8.2. Deixar de apresentar documento na fase de saneamento: multa de 5% (cinco por cento) sobre o valor total contratado, não inferior a 50% (cinquenta por cento) do salário mínimo vigente;

8.3. As sanções por atos praticados no decorrer da contratação estão previstas na minuta do contrato.

## 9. DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL

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

9.2. Será admitida a Impugnação do Edital por meio eletrônico através do e-mail [licitacoes@cisamures.sc.gov.br](mailto:licitacoes@cisamures.sc.gov.br).

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

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

## 10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Esclarecimentos relativos ao presente edital e seus anexos, serão prestados, pelos canais de atendimento eletrônico do CISAMURES bem como excepcionalmente serão



dirimidas as dúvidas suscitadas, de segunda a sexta-feira, das 09:00h às 11:00h e das 14:00h às 16:00h, através dos telefones (49) 3251-3700, ou pessoalmente na Sede do Consórcio.

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

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

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

10.5. A participação no presente credenciamento implica no conhecimento e na aceitação plena deste Edital e suas condições.

10.6. Aplicam-se ao presente Credenciamento a Lei Federal nº 14.133/2021, a Resolução CISAMURES nº 14/2023, e demais normas legais pertinentes.

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

10.8. Quaisquer situações não previstas neste Edital serão analisadas e decididas pela analista de credenciamento, nomeada para este processo.

10.9. Este credenciamento visa à contratação paralela e não excludente de todos os interessados que preencham as condições do Edital.

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

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

## 11. ANEXOS

11.1. Fazem parte integrante deste edital, para todos os fins e efeitos, os seguintes anexos:

- 11.1.1. Anexo I – Termo de Referência.
- 11.1.2. Anexo II - Modelo de requerimento de credenciamento.
- 11.1.3. Anexo III - Minuta de contrato para execução de serviços.
- 11.1.4 Anexo IV – Tabela de valores CISAMURES
- 11.1.5. Anexo V – Passo a Passo Requerimento de Credenciamento

Lages, SC, 15 de maio de 2024.

**BEATRIZ BLEYER RODRIGUES**  
**DIRETORA EXECUTIVA**  
**CISAMURES**



## ANEXO I TERMO DE REFERÊNCIA

### 1. OBJETO

Processo administrativo de chamada pública para credenciamento de pessoas jurídicas para prestação de serviços de saúde na área médica, complementando serviços de saúde ofertados pela rede de saúde pública aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS.

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

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

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

CONSIDERANDO o interesse em dispor de uma rede de serviços de saúde mais ampla;

CONSIDERANDO a necessidade de contratar, de forma complementar, serviços de assistência à saúde (artigo 24, da Lei nº 8.080/90), no âmbito do Consórcio;

CONSIDERANDO a Lei nº14.133, de 2021, que estabelece normas gerais sobre licitações e contratos administrativo;

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

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

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

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

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



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

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

CONSIDERANDO os valores dispostos pelo Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (SIGTAP);

### 3. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO

3.1. A solução proposta é o credenciamento de pessoas jurídicas interessadas em formalizar credenciamento para prestação de serviços de saúde na área médica, aos usuários do sistema único de saúde – SUS, de acordo com os termos presentes neste instrumento e anexos.

### 4. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

4.1. A empresa interessada deverá:

4.1.1. Oferecer proposta com quantitativo mínimo de 60 (sessenta) cotas, garantindo que cada município consorciado tenha ao menos uma cota por mês do serviço ofertado, e que atenda aos parâmetros definidos para o objeto da licitação.

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

4.4. Para prestação dos serviços pretendidos os eventuais interessados deverão comprovar que atuam em ramo de atividade compatível com o objeto da licitação, bem como apresentar os documentos a título habilitação, previstos nos termos do art. 62 da Lei Federal nº 14.133/2021.

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

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

## 5. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

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

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

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

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



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

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

5.7. O serviço, mesmo depois de realizado e aceito poderá ser refeito, desde que comprovada a existência de má-fé do prestador ou condições inadequadas de realização que comprometam a integridade do resultado final dos procedimentos.

## 6. MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO

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

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

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

6.4. A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada pelo fiscal do contrato, apoiado pelo Setor de Faturamento.

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

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

## 7. CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E PAGAMENTO

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

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



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

I. Não produzir os resultados acordados;

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

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

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

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

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

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

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

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

7.10. Recebido a Nota Fiscal e os documentos que comprovam a regularidade fiscal do credenciado, o pagamento será efetuado conforme calendário do financeiro do CISAMURES.

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

- a) o prazo de validade;
- b) a data da emissão;
- c) os dados do contrato e do órgão contratante;
- d) o período respectivo de execução do contrato;
- e) o valor a pagar; e
- f) eventual destaque do valor de retenções tributárias cabíveis.

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



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

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

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

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

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

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

7.18. A presente contratação não permite a antecipação de pagamento

## 8. FORMA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR

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

## 9. ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

9.1. As despesas decorrentes da presente contratação correrão à conta de recursos específicos consignados no Orçamento Geral do CISAMURES.

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

Lages, SC, 09 de abril de 2024

**BEATRIZ BLEYER RODRIGUES**  
**DIRETORA EXECUTIVA**  
**CISAMURES**



## ANEXO II

### MODELO REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no credenciamento de pessoas jurídicas para prestação de serviços de saúde na área médica, aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, nos termos do Chamamento Público N° 01/2024:

Razão Social:  
 CNPJ:  
 Telefone/Celular:  
 E-mail:  
 Endereço:  
 Banco/Agência/Conta/Pix (PJ):  
 Representante Legal (Nome, CPF):  
 Local de atendimento: **Descrever (Observar Resolução nº 10/2024)**

SERVIÇO A SER OFERTADO (Descrever o nome e código do procedimento conforme tabela do anexo I do edital)	PROFISSIONAL QUE EXECUTARÁ O SERVIÇO (Nome, CPF, CNS, Conselho e número)	QUANTIDADE MENSAL OFERTADA (Ex: 120/Mês) (MÍNIMO: 60/Mês)

Para tanto, DECLARAMOS que:

- a) Está ciente e concorda com as condições contidas no edital e seus anexos, bem como aos atos normativos pertinentes expedidos pelo Consórcio Interfederativo de Saúde da Região da Amures - CISAMURES e de que o requerimento apresentado compreende a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infra legais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de sua entrega em definitivo e que cumpre plenamente os requisitos de habilitação definidos neste instrumento convocatório;
- b) Cumpre e acata as normas estabelecidas no edital de credenciamento, estando plenamente ciente do teor e da extensão deste documento, que cumpre os requisitos de habilitação, que encaminha anexo os documentos necessários;
- c) Não emprega menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e de qualquer trabalho a menores de 16 (dezesesseis) anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos, nos termos do art. 7º, XXXIII, da Constituição da República de 1988;
- d) Não possui empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto nos incisos III e IV do art. 1º e no inciso III do art. 5º da Constituição Federal;



e) Se for o caso, que cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas;

f) Que não possui nenhum impeditivo vigente para participar do presente credenciamento, nos termos do art. 14 da Lei nº 14.133, de 2021, bem como não se enquadra em nenhuma das condições de impossibilidade de participação do certame previstas neste Edital

g) Não é inidônea para licitar e contratar com a Administração Pública, nem está suspensa ou impedida de licitar ou contratar com o Consórcio e seus entes consorciados;

h) Não possui, nos 5 (cinco) anos anteriores à divulgação do edital, condenação judicial, com trânsito em julgado, por exploração de trabalho infantil, por submissão de trabalhadores a condições análogas às de escravo ou por contratação de adolescentes nos casos vedados pela legislação trabalhista;

i) Que tem total conhecimento da legislação que rege o Sistema Único de Saúde – SUS e, sobretudo, da obrigação de prestar atendimento gratuito aos pacientes que forem encaminhados via CISAMURES;

j) Que se compromete a prestar os serviços na quantidade mínima mensal declarada no Requerimento de Credenciamento, caso haja demanda;

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

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

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

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

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

p) Que cumpre e acata as normas estabelecidas no edital de credenciamento e que está plenamente ciente da obrigação em executar os compromissos assumidos até a presente data.

**REPRESENTANTE L**

**DATA, XX DE XXXX**



**ANEXO III****MINUTA DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**

O **CONSÓRCIO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE DA REGIÃO DA AMURES – CISAMURES**, pessoa jurídica de direito público, com sede na Av. Presidente Vargas, nº 635, Sagrado Coração de Jesus, Lages/SC, CEP: 88.508-110, inscrito no CNPJ sob o nº 07.383.800/0001-88, neste ato representado por sua Diretora Executiva, a Sra. **BEATRIZ BLEYER RODRIGUES** no uso de suas atribuições designada pela portaria nº 01/2024, doravante denominado “Contratante” e de outro lado, a empresa **XXXXXXX** pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº XXXXXXXXX, com sede na XXXXXXXXXXXXXXX, neste ato representada pelo (a) Sr. (a) **XXXXXXX**, doravante denominado “Contratada”, tem entre si justo e acordado o presente Contrato de Prestação de Serviços, nos termos do Edital de Chamamento Público 01/2024, na melhor forma de direito e de acordo com a Lei nº 14.133/21 e alterações, combinada com as demais normas de direito aplicáveis à espécie, mediante as condições constantes das seguintes cláusulas, que ambas as partes aceitam, ratificam e outorgam, por si e seus sucessores:

18

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

1.1. O objeto do presente contrato visa a contratação dos serviços elencados na cláusula 3.1 deste instrumento, para o atendimento dos usuários de saúde dos municípios consorciados do CISAMURES, conforme requerimento de credenciamento e edital de credenciamento nº 01/2024 e suas alterações.

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

**CLÁUSULA SEGUNDA - DA VIGÊNCIA CONTRATUAL E PRORROGAÇÃO DE PRAZO**

2.1. O presente contrato terá vigência de 5 (cinco) anos, contados da data em que for publicado no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP), podendo ser prorrogado até o limite legal, previsto no art. 106 c/c art. 107, ambos da Lei Federal n. 14.133/2021.

2.2. A prorrogação do prazo contratual, deverá ser promovida durante a vigência do contrato e formalizada através de termo aditivo.

**CLÁUSULA TERCEIRA - DOS VALORES E QUANTITATIVOS**

3.1. O presente contrato tem como quantidade e valor total estimado o seguinte:

Descrição	Qtd Mês	Qtd Total	Valor Unit.	Valor Total
<b>TOTAL</b>				

3.2. Por se tratar de uma quantidade estimada não está o CISAMURES obrigado a adquirir toda ou qualquer quantidade indicada no presente contrato.

3.3. Os quantitativos mencionados acima, serão executados dentro de cada exercício respectivo, sendo replicado no mesmo teor para os exercícios futuros, até atingir a vigência final do presente contrato, preservado eventualmente os reajustes que ocorrerem durante a execução contratual.



## CLÁUSULA QUARTA – DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

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

4.2. A contratada disponibilizará o (s) seguintes (s) profissional (is) para a execução do serviço XXXXXXXXXXXXX (nome do profissional) inscrito no XXXXXXXXX (nome e nº do conselho da respectiva categoria), na especialidade de XXXXXXXXXXXX.

4.3. A Contratada irá atender os usuários oriundos dos Entes da Federação consorciados ao CISAMURES.

4.4. A contratada fica responsável por informar datas e horários de atendimento do profissional.

4.5. Para as consultas e demais atendimentos, os usuários serão previamente agendados pelo município e deverão ser atendidos mediante apresentação da guia de consulta/autorização gerada pelo município através do Sistema Web utilizado pelos municípios integrantes do CISAMURES.

4.6. Deverá a Contratada exigir a apresentação de documento de identificação do paciente, bem como Guia de Autorização gerada através do Sistema Web utilizado pelos municípios integrantes do CISAMURES e anexo encaminhamento e/ou pedido médico.

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

4.8. Quando o atendimento ocorrer no espaço físico do Consórcio, o CISAMURES, realizará o controle de agenda/horários de atendimento das consultas especializadas, e realizará a triagem das consultas médicas especializadas e exames, junto a cada profissional credenciado e, fornecerá os materiais básicos para atendimento;

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

4.10. A Contratada deverá encaminhar ao CREDENCIANTE a produção do período, conforme calendário emitido pelo setor de faturamento do CISAMURES, organizada em ordem alfabética, por município e por nome de paciente, compreendendo os seguintes documentos:

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

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



4.11. A documentação de que trata o item 4.10 deverá ser entregue diretamente no endereço do CISAMURES.

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

4.13. O Contratado deve comunicar ao CISAMURES quando, por impedimento emergencial, não puder realizar o atendimento agendado, garantida a remarcação.

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

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

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

4.17. Os serviços serão solicitados pelas respectivas Secretarias Municipais de Saúde de cada Ente da Federação Consorciado, conforme guia autorizativa eletrônica expedida pelo Consorciado e, após atendidos os usuários/pacientes, o Contratado deverá confirmar de forma digital a guia eletrônica.

4.17.1. A confirmação da guia eletrônica deverá ser realizada até o final da validade da guia conforme subcláusula 5.3 deste instrumento.

4.17.2. As guias de autorização deverão ser devidamente preenchidas, carimbadas e assinadas pelo paciente e pelo profissional executante do serviço, e entregues ao Consórcio conforme calendário emitido pelo setor de faturamento do CISAMURES.

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

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

4.20. Em casos omissos ou não regulamentados no presente edital, as decisões quanto à postura e procedimento a serem adotados serão definidas pela administração do CISAMURES ou pelo Conselho de Secretários Municipais, quando for necessário.

4.21. O Consórcio reserva-se no direito de fiscalizar a execução dos serviços.

4.22. O descumprimento das condições indicadas no Edital, no Termo de Referência e respectivo Contrato, permite que o CISAMURES adote medidas cautelares e imediatas, tais como a paralisação do serviço e a suspensão do Contrato, mediante pagamento daqueles já executados, sem prejuízo de ulterior processo administrativo apuratório de responsabilidade, assegurada a ampla defesa e o contraditório.



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

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

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

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

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

4.25. O sistema será disponibilizado única e exclusivamente para o atendimento aos usuários dos Entes da Federação consorciados ao CISAMURES, sendo vedada a utilização que não seja para a função descrita, sob pena das sanções legais e contratuais cabíveis.

## CLÁUSULA QUINTA - DO PAGAMENTO E REAJUSTE

5.1. O pagamento será realizado mensalmente, mediante apuração e comprovação dos serviços que foram prestados, respeitando o cronograma de faturamento e pagamento emitido pelo setor de faturamento que será enviado a contratada após a assinatura do contrato.

5.2. A comprovação da realização dos serviços se dará mediante a inserção das autorizações no sistema disponibilizado pelo CISAMURES bem como a apresentação de relatório constando o nome do paciente, tipo de serviço realizado e valor, juntamente com as autorizações para execução dos serviços emitidos pelo CISAMURES e assinadas pelo funcionário responsável.

5.3. A vigência das autorizações do CISAMURES será de 03 (três) meses, contados a partir da data de realização do serviço, perdendo sua validade após este período em caso de não entrega ao setor de faturamento.

5.4. Na situação de glosa das autorizações, a CONTRATADA deverá retirar a autorização no setor de faturamento e deverá realizar as correções necessárias para reapresentação ao CISAMURES conforme o prazo estabelecido no item 5.3.

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

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



- c) Certidão Negativa de Débitos ou positiva com efeito de negativa relativa à Fazenda Estadual;
- d) Certidão Negativa de Débitos ou positiva com efeito de negativa relativa à Fazenda Municipal;
- e) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas.

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

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

5.8. O desatendimento das obrigações estabelecidas nos itens anteriores, ensejará o retardamento do pagamento enquanto não for regularizada a pendência.

5.9. O reajuste anual do contrato observará o índice IPCA e somente será efetuado após aprovação do conselho de prefeitos do CISAMURES.

## CLÁUSULA SEXTA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

6.1. Efetuar o pagamento ao credenciado/contratado em função dos serviços prestados de acordo com os valores estimados constantes no presente contrato.

6.2. Efetuar conferência técnica e administrativa das faturas e relações de serviços apresentados.

6.3. Fiscalizar o cumprimento das disposições do Edital de Credenciamento e a execução do presente contrato, bem como esclarecer eventuais dúvidas.

6.4. Fornecer as autorizações para execução dos serviços.

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

## CLÁUSULA SÉTIMA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

7.1. Cumprir com as cláusulas do presente contrato.

7.2. Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação de serviços.

7.3. Justificar ao CONTRATANTE, ao paciente ou seu responsável, sempre que solicitado e por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto no contrato.

7.4. Manter o ambiente de atendimento dos pacientes em perfeito estado de conservação, higiene e funcionamento, inclusive com as devidas licenças.

7.5. Notificar o CONTRATANTE de eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança em sua diretoria, contrato ou estatuto, enviando ao CONTRATANTE, no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do registro da alteração, cópia da Certidão da junta comercial ou do cartório de registro de pessoas jurídicas.



- 7.6. Apresentar a fatura/nota fiscal da forma que for solicitada pelo CONTRATANTE.
- 7.7. Fornecer ao CONTRATANTE as informações sobre os procedimentos realizados nos pacientes.
- 7.8. Apresentar, sempre que solicitado, relatórios de atividades que demonstrem quantitativa e qualitativamente o atendimento do objeto deste contrato.
- 7.9. Manter registro atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, inclusive quanto aos profissionais pertencentes ao quadro da CONTRATADA que executarão o objeto ora contratado.
- 7.10. Submeter-se à regulação instituída pelo gestor da área da saúde, quando houver.
- 7.11. Submeter-se a todos os controles de prestação de serviços determinados pelo CONTRATANTE, seja de auditoria, controle, avaliação ou outros semelhantes.
- 7.12. Garantir o acesso dos conselhos de saúde aos serviços contratados no exercício de seu poder de fiscalização.
- 7.13. Comunicar imediatamente ao CONTRATANTE eventual mudança de endereço, para que seja analisada a conveniência de manter os serviços ora contratados, podendo o CONTRATANTE rever as condições do contrato e, até mesmo rescindi-lo, se entender conveniente, sem que disso lhe resulte ônus.
- 7.14. Comunicar ao CONTRATANTE, imediatamente, qualquer irregularidade referente ao serviço contratado.
- 7.15. A CONTRATADA não poderá cobrar do paciente/usuário ou seu acompanhante quaisquer valores pelos serviços prestados nos termos deste contrato.
- 7.16. A CONTRATADA responsabilizar-se-á por qualquer cobrança indevida feita ao paciente ou seu representante em razão da execução deste contrato, independentemente da espécie de vínculo existente entre o profissional que realizou a cobrança e CONTRATADA.
- 7.17. Prestar todos os serviços contratados conforme a demanda dos municípios, preços, prazos e condições estabelecidas neste instrumento, sendo vedada a limitação mensal dos serviços contratados através do Consorcio, devendo a contratada, quando houver demanda, realizar mensalmente no mínimo 27 (vinte e sete) atendimentos para cada procedimento/exame/consulta credenciado;
- 7.18. A Contratada deverá alimentar o prontuário eletrônico do paciente, disponibilizado pelo Consorcio através de sistema informatizado, detalhando todo o cadastro e atividades realizadas.
- 7.19. Informar e manter atualizado número de telefone, para participar do grupo de prestadores do Consórcio, no aplicativo WhatsApp, utilizado para informações e esclarecimentos relevantes à execução dos serviços contratados.
- 7.20. Não dar publicidade de especialidade médica, caso não a possua.



7.21. Encaminhar digitalmente no prazo e forma estipulados na cláusula quarta, a nota fiscal eletrônica e as certidões que comprovam a regularidade fiscal;

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

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

7.24. Utilizar o sistema web disponibilizado pelo CISAMURES.

7.25. Dar baixa no sistema da guia autorizativa no dia do atendimento;

7.26. Cumprir com as orientações, instruções normativas, resoluções e demais regramentos expedidos pelo CISAMURES.

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

7.28. Atender e sujeitar-se às diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

7.29. Disponibilizar antecipadamente a agenda sempre que solicitado pelo CISAMURES.

## **CLAUSULA OITAVA - DOS RECURSOS FINANCEIROS E DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

8.1. Os recursos próprios do Fundo Municipal de Saúde dos Municípios consorciados serão repassados para conta do Consórcio Intermunicipal de Saúde – CISAMURES, do exercício em vigor.

8.2. A dotação orçamentária utilizada será a seguinte: nº 4 - 3.3.90.39.50.00.00.00 - Serviço Médico-Hospitalar, Odontológico e Laboratorial, Fonte de Recurso: 1.880.0000.0001.

8.3. Caso haja recurso extraordinário, através de emendas parlamentares ou afins, será indicado no empenho a devida dotação orçamentária.

## **CLAUSULA DÉCIMA - DA RELAÇÃO JURÍDICA COM A CONTRATADA**

9.1. A prestação dos serviços ora contratada não implica vínculo empregatício entre o CONTRATANTE e os profissionais da CONTRATADA, nem com a própria CONTRATADA no caso de empresa individual ou pessoa física, tampouco exclusividade de colaboração entre as partes contratantes.

9.2. É de responsabilidade exclusiva e integral da CONTRATADA a utilização de pessoal para execução do objeto deste contrato, incluídos os encargos trabalhistas, fiscais e comerciais, resultantes de vínculo empregatício ou prestação de serviços autônomos, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o CONTRATANTE ou para quaisquer de seus municípios integrantes.

9.3. O CONTRATANTE reserva-se o direito de contratar quantos prestadores julgar necessários para atendimento da demanda dos municípios consorciados.



9.4. A CONTRATADA não terá direito adquirido à realização de quaisquer quantitativos físicos e financeiros mínimos mensais.

9.5. O encaminhamento do paciente a outro prestador de serviços conforme exposto nesta Cláusula, não dará direito ao prestador de serviços ora contratado a cobrar do CONTRATANTE qualquer forma de ressarcimento.

9.6. A CONTRATADA é responsável por quaisquer danos causados ao paciente e a terceiros a eles vinculados decorrentes de ato ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência praticadas por seus empregados, profissionais ou prepostos, bem como pelas obrigações e indenizações decorrentes desses danos.

9.7. A fiscalização ou o acompanhamento da execução deste contrato pelos órgãos competentes do CONTRATANTE ou servidor designado não exclui nem reduz a responsabilidade da CONTRATADA, nos termos da legislação referente a licitações e contratos administrativos.

## CLÁUSULA DÉCIMA - DA EXTINÇÃO CONTRATUAL

10.1. Além das hipóteses previstas na Lei Federal nº 14.133/21, são motivos para rescisão do presente contrato o não cumprimento de quaisquer de suas cláusulas e condições, sem prejuízo das penalidades previstas neste instrumento.

10.2. A CONTRATADA reconhece desde já os direitos do CONTRATANTE em caso de rescisão administrativa prevista na legislação antes mencionada.

10.3. A rescisão contratual solicitada pela CONTRATADA deverá ser encaminhada com antecedência de trinta (30) dias.

10.4. No caso de rescisão contratual administrativa, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, a critério do CONTRATANTE, será observado o prazo de trinta (30) dias para ocorrer a rescisão. Se neste prazo a CONTRATADA não prestar os serviços de acordo com as disposições deste contrato, poderá ser aplicada alguma das penalidades deste instrumento.

## CLAUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS INFRAÇÕES E SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

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

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

I – Advertência;

II – Multa;

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

27

## CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA PROTEÇÃO DE DADOS

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

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

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

## CLAUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

13.1. A fiscalização do contrato será realizada pelos servidores do CISAMURES conforme estabelece a Resolução nº 12/2023 - CISAMURES nos termos do Art. 117 da Lei nº 14.133/2021.

## CLAUSULA DÉCIMA QUARTA - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

14.1. Os casos omissos serão decididos pelo contratante, segundo as disposições contidas na Lei nº 14.133, de 2021, e demais normas federais aplicáveis.

14.2. Incumbirá ao contratante divulgar o presente instrumento no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP), na forma prevista no art. 94 da Lei 14.133, de 2021.

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

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



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

14.6. O presente instrumento fica vinculado ao edital de credenciamento que originou a contratação, juntamente com a documentação apresentada.

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

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

**CLAÚSULA DÉCIMA QUINTA - DO FORO**

15.1. Fica eleito o FORO DA COMARCA DE LAGES/SC, para dirimir as questões decorrentes da execução do presente contrato.

E por estarem assim acordes, assinam as partes, o presente contrato, na forma eletrônica, para um só efeito, considerando a data do presente instrumento a partir da assinatura da contratada.

**BEATRIZ BLEYER RODRIGUES**  
**DIRETORA EXECUTIVA**  
**CISAMURES**

**XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**  
**REPRESENTANTE LEGAL**



**ANEXO IV**
**TABELA DE VALORES**
**1. DISPOSIÇÕES GERAIS**

1.1. A tabela de valores do CISAMURES, tem com base, a Tabela de Procedimentos do SUS (SIGTAP);

1.2. A tabela do CISAMURES, poderá ser alterada, a qualquer tempo, a fim de incluir, excluir, corrigir e alterar as informações em geral das consultas, exames, procedimentos e afins.

1.3. Nos casos omissos da tabela de valores do CISAMURES, será aplicado a tabela SIGTAP desde que não haja complementação por parte do Consórcio.

**2. DA TABELA DE VALORES DO CISAMURES**

<b>ESPECIALIDADE: ALERGIA E IMUNOLOGIA</b>				
<b>CÓDIGO</b>	<b>ESPECIFICAÇÃO</b>	<b>VALOR SUS</b>	<b>COMPLEMENTO</b>	<b>VALOR CISAMURES</b>
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (ALERGIA E IMUNOLOGIA)	R\$ 10,00	R\$ 72,97	<b>R\$ 82,97</b>

<b>ESPECIALIDADE: ANGIOLOGIA</b>				
<b>CÓDIGO</b>	<b>ESPECIFICAÇÃO</b>	<b>VALOR SUS</b>	<b>COMPLEMENTO</b>	<b>VALOR CISAMURES</b>
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CONSULTA ANGIOLOGIA + FLUXOMETRIA)	R\$ 10,00	R\$ 72,97	<b>R\$ 82,97</b>
02.05.01.004-0	ECODOPPLER ARTERIAL POR MEMBRO	R\$ 39,60	R\$ 177,15	<b>R\$ 216,75</b>
02.05.01.004-0	ECODOPPLER DE ARTÉRIAS RENAIAS POR MEMBRO	R\$ 39,60	R\$ 246,59	<b>R\$ 286,19</b>
02.05.01.004-0	ECODOPPLER DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	R\$ 39,60	R\$ 396,32	<b>R\$ 435,92</b>
02.05.01.004-0	ECODOPPLER DE VASO SUBCLÁVIA COM MANOBRA DE ADSON POR MEMBRO	R\$ 39,60	R\$ 253,18	<b>R\$ 292,78</b>
02.05.01.004-0	ECODOPPLER DE VASOS ILÍACOS POR MEMBRO	R\$ 39,60	R\$ 253,18	<b>R\$ 292,78</b>
02.05.01.004-0	ECODOPPLER VENOSO POR MEMBRO	R\$ 39,60	R\$ 177,15	<b>R\$ 216,75</b>

<b>ESPECIALIDADE: ANESTESIOLOGIA</b>				
<b>CÓDIGO</b>	<b>ESPECIFICAÇÃO</b>	<b>VALOR SUS</b>	<b>COMPLEMENTO</b>	<b>VALOR CISAMURES</b>
04.17.01.006-0	ANESTESIA PARA ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA	R\$ 15,15	R\$ 67,82	<b>R\$ 82,97</b>
04.17.01.006-0	ANESTESIA PARA RESSONANCIA/TOMOGRÁFIA E OUTROS	R\$ 15,15	R\$ 347,84	<b>R\$ 362,99</b>



03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (ANESTESIOLOGIA)	R\$ 10,00	R\$ 72,97	<b>R\$ 82,97</b>
----------------	---	-----------	-----------	------------------

<b>ESPECIALIDADE: CARDIOLOGIA</b>				
<b>CÓDIGO</b>	<b>ESPECIFICAÇÃO</b>	<b>VALOR SUS</b>	<b>COMPLEMENTO</b>	<b>VALOR CISAMURES</b>
04.06.03.001-4	ANGIOPLASTIA CORONÁRIANA	R\$ 1.575,72	R\$ 2.815,01	<b>R\$ 4.390,73</b>
07.02.04.008-8	CATETER BALAO PARA ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA	R\$ 317,34	R\$ 11,77	<b>R\$ 329,11</b>
07.02.01.004-9	CATETER GUIA 6F A 8F	R\$ 563,00	R\$ 20,89	<b>R\$ 583,89</b>
07.02.04.013-4	CATETER GUIA PARA ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA	R\$ 195,45	R\$ 7,25	<b>R\$ 202,70</b>
02.11.02.001-0	CATETERISMO CARDÍACO	R\$ 772,80	R\$ 2.570,08	<b>R\$ 3.342,88</b>
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CONSULTA CARDIOLÓGICA + ELETROCARDIOGRAMA + LAUDO)	R\$ 10,00	R\$ 93,71	<b>R\$ 103,71</b>
02.05.01.001-6	ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	R\$ 165,00	R\$ 563,94	<b>R\$ 728,94</b>
99.00.543	ECOCARDIOGRAFIA FETAL	R\$ 0,00	R\$ 513,19	<b>R\$ 513,19</b>
02.05.01.002-4	ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA	R\$ 165,00	R\$ 324,96	<b>R\$ 489,96</b>
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	R\$ 39,34	R\$ 181,73	<b>R\$ 221,07</b>
02.11.02.003-6	ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 5,15	R\$ 13,61	<b>R\$ 18,76</b>
07.02.04.038-0	FIO GUIA DIRIGIVEL PARA ANGIOPLASTIA	R\$ 240,38	R\$ 8,92	<b>R\$ 249,30</b>
07.02.05.034-2	INTRODUTOR VALVULADO	R\$ 97,48	R\$ 3,62	<b>R\$ 101,10</b>
02.11.02.005-2	MONITORAMENTO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL (MAPA)	R\$ 10,07	R\$ 158,69	<b>R\$ 168,76</b>
02.11.02.004-4	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HORAS (3 CANAIS)	R\$ 30,00	R\$ 137,52	<b>R\$ 167,52</b>
07.02.04.061-4	STENT FARMACOLÓGICO	R\$ 844,00	R\$ 1.265,98	<b>R\$ 2.109,98</b>
02.11.02.006-0	TESTE DE ESFORÇO OU TESTE ERGOMÉTRICO	R\$ 30,00	R\$ 134,24	<b>R\$ 164,24</b>
88.01.550	TILT TEST	R\$ 0,00	R\$ 567,62	<b>R\$ 567,62</b>

<b>ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA</b>				
<b>CÓDIGO</b>	<b>ESPECIFICAÇÃO</b>	<b>VALOR SUS</b>	<b>COMPLEMENTO</b>	<b>VALOR CISAMURES</b>
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLÍNICA MÉDICA)	R\$ 10,00	R\$ 72,97	<b>R\$ 82,97</b>

<b>ESPECIALIDADE: CIRURGIA GERAL</b>				
<b>CÓDIGO</b>	<b>ESPECIFICAÇÃO</b>	<b>VALOR SUS</b>	<b>COMPLEMENTO</b>	<b>VALOR CISAMURES</b>



03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CIRURGIA GERAL)	R\$ 10,00	R\$ 72,97	<b>R\$ 82,97</b>
88.02.083	TAXA DE SALA PEQUENAS CIRURGIAS	-	-	<b>R\$ 85,00</b>

**ESPECIALIDADE: CIRURGIA VASCULAR / ANGIOLOGIA**

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	VALOR CISAMURES
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CIRURGIA VASCULAR/ANGIOLOGIA)	R\$ 10,00	R\$ 72,97	<b>R\$ 82,97</b>

**ESPECIALIDADE: CIRURGIA PEDIÁTRICA**

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	VALOR CISAMURES
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CIRURGIA PEDIÁTRICA)	R\$ 10,00	R\$ 72,97	<b>R\$ 82,97</b>

**ESPECIALIDADE: CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	VALOR CISAMURES
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CABEÇA E PESCOÇO)	R\$ 10,00	R\$ 72,97	<b>R\$ 82,97</b>
02.01.01.047-0	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - PAAF ATÉ 3 NÓDULOS	R\$ 23,73	R\$ 339,26	<b>R\$ 362,99</b>
02.01.01.047-0	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - PAAF MAIS DE 3 NÓDULOS	R\$ 23,73	R\$ 494,82	<b>R\$ 518,55</b>

**DIÁRIA (PARA ACOMPANHANTE OU TRATAMENTO CLÍNICO)**

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	VALOR CISAMURES
08.02.01.001-6	DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERNOITE)	R\$ 8,00	R\$ 34,77	<b>R\$ 42,77</b>
03.03.17.009-3	INTERNAMENTO PSIQUIÁTRICO ACOMODAÇÃO COLETIVA ATÉ 03 LEITOS	R\$ 25,12	R\$ 75,60	<b>R\$ 100,72</b>
88.02.051	INTERNAMENTO PSIQUIATRICO ACOMODACAO INDIVIDUAL	R\$ 0,00	R\$ 136,22	<b>R\$ 136,22</b>

**ESPECIALIDADE: DERMATOLOGIA**

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	VALOR CISAMURES
02.01.01.002-0	BIÓPSIA / PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE	R\$ 14,10	R\$ 121,93	<b>R\$ 136,03</b>
02.01.01.037-2	BIÓPSIA DE PELE E PARTES MOLES	R\$ 25,83	R\$ 110,20	<b>R\$ 136,03</b>
03.03.08.001-9	CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES	R\$ 1,48	R\$ 62,52	<b>R\$ 64,00</b>
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (DERMATOLOGIA)	R\$ 10,00	R\$ 72,97	<b>R\$ 82,97</b>



99.00.594	CRIOCAUTERIZAÇÃO	R\$ 11,26	R\$ 66,15	<b>R\$ 77,41</b>
04.01.01.007-4	EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBÁCEO / LIPOMA	R\$ 12,46	R\$ 123,57	<b>R\$ 136,03</b>
04.01.01.009-0	FULGURAÇÃO / CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE LESÕES	R\$ 11,84	R\$ 52,16	<b>R\$ 64,00</b>
99.00.500	INFILTRAÇÃO COM CORTICÓIDE	R\$ 5,63	R\$ 76,02	<b>R\$ 81,65</b>
99.00.365	TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTO DERMATOLÓGICO	R\$ 0,00	R\$ 78,39	<b>R\$ 78,39</b>

**ESPECIALIDADE: ENDOCRINOLOGIA**

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	VALOR CISAMURES
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (ENDOCRINOLOGIA)	R\$ 10,00	R\$ 72,97	<b>R\$ 82,97</b>

**ESPECIALIDADE: FISIATRIA**

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	VALOR CISAMURES
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (FISIATRIA)	R\$ 10,00	R\$ 72,97	<b>R\$ 82,97</b>

**ESPECIALIDADE: FONOAUDIOLOGIA**

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	VALOR CISAMURES
02.11.07.003-3	AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE BILATERAL	R\$ 20,13	R\$ 27,21	<b>R\$ 47,34</b>
02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AÉREA/ÓSSEA) BILATERAL + LOGOAUDIOMETRIA (LDV-IRF-LRF) BILATERAL	R\$ 21,00	R\$ 91,99	<b>R\$ 112,99</b>
02.11.07.005-0	AVALIAÇÃO AUDITIVA COMPORTAMENTAL BILATERAL	R\$ 18,00	R\$ 205,50	<b>R\$ 223,50</b>
03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (FONOAUDIOLOGIA)	R\$ 6,30	R\$ 36,57	<b>R\$ 42,87</b>
02.11.07.014-9	EMISSÕES OTOACÚSTICAS EVOCADAS PARA TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DE ORELHINHA) BILATERAL	R\$ 13,51	R\$ 42,89	<b>R\$ 56,40</b>
02.11.07.020-3	IMITANCIOMETRIA BILATERAL	R\$ 23,00	R\$ 18,29	<b>R\$ 41,29</b>
02.11.05.011-3	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO (BERA) BILATERAL	R\$ 4,06	R\$ 214,28	<b>R\$ 218,34</b>
88.01.142	TESTE DE CONFIAS	R\$ 0,00	R\$ 92,38	<b>R\$ 92,38</b>

**ESPECIALIDADE: GASTROENTEROLOGIA**

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	VALOR CISAMURES
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (GASTROENTEROLOGIA)	R\$ 10,00	R\$ 72,97	<b>R\$ 82,97</b>



02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA - EDA)	R\$ 48,16	R\$ 314,83	<b>R\$ 362,99</b>
----------------	--	-----------	------------	-------------------

**ESPECIALIDADE: GERIATRIA**

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	VALOR CISAMURES
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (GERIATRIA)	R\$ 10,00	R\$ 72,97	<b>R\$ 82,97</b>

**ESPECIALIDADE: GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	VALOR CISAMURES
02.01.01.066-6	BIÓPSIA DO COLO UTERINO	R\$ 18,33	R\$ 124,63	<b>R\$ 142,96</b>
88.01.231	CAUTERIZAÇÃO DE HPV	R\$ 11,26	R\$ 220,55	<b>R\$ 231,81</b>
02.09.02.001-6	CISTOSCOPIA COM BIÓPSIA	R\$ 18,00	R\$ 216,49	<b>R\$ 234,49</b>
02.11.04.002-9	COLPOSCOPIA	R\$ 3,38	R\$ 60,53	<b>R\$ 63,91</b>
99.00.497	COLPOSCOPIA COM BIÓPSIA	R\$ 0,00	R\$ 208,24	<b>R\$ 208,24</b>
03.01.01.007-2	CONSULTA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA)	R\$ 10,00	R\$ 72,97	<b>R\$ 82,97</b>
03.09.03.004-8	ELETROCOAGULAÇÃO DE COLO UTERINO	R\$ 11,26	R\$ 70,05	<b>R\$ 81,31</b>
02.09.03.001-1	HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA	R\$ 76,50	R\$ 86,88	<b>R\$ 163,38</b>
02.11.04.004-5	HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA	R\$ 25,00	R\$ 28,39	<b>R\$ 53,39</b>
03.01.04.014-1	INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)	R\$ 0,00	R\$ 199,30	<b>R\$ 199,30</b>
03.01.04.015-0	RETIRADA DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)	R\$ 0,00	R\$ 199,30	<b>R\$ 199,30</b>

**ESPECIALIDADE: HEMATOLOGIA**

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	VALOR CISAMURES
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (HEMATOLOGIA)	R\$ 10,00	R\$ 72,97	<b>R\$ 82,97</b>

**HOSPEDAGEM PARA PROCEDIMENTOS**

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	VALOR CISAMURES
08.03.01.001-0	AJUDA DE CUSTO P/ ALIMENTAÇÃO/PERNOITE DE PACIENTE	R\$ 24,75	R\$ 94,58	<b>R\$ 119,33</b>
08.03.01.004-4	AJUDA DE CUSTO P/ ALIMENTAÇÃO/PERNOITE DE ACOMPANHANTE	R\$ 24,75	R\$ 94,58	<b>R\$ 119,33</b>

**ESPECIALIDADE: INFECTOLOGIA**


CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	VALOR CISAMURES
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (INFECTOLOGIA)	R\$ 10,00	R\$ 72,97	<b>R\$ 82,97</b>

**ESPECIALIDADE: MASTOLOGIA**

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	VALOR CISAMURES
02.01.01.056-9	BIÓPSIA/EXERESE DE NÓDULO DE MAMA	R\$ 70,00	R\$ 183,92	<b>R\$ 253,92</b>
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (MASTOLOGIA)	R\$ 10,00	R\$ 72,97	<b>R\$ 82,97</b>
99.00.454	NODULECTOMIA	R\$ 0,00	R\$ 408,09	<b>R\$ 408,09</b>
02.01.01.058-5	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA (PAAF) POR NODULO	R\$ 66,48	R\$ 73,53	<b>R\$ 140,01</b>
02.01.01.060-7	PUNÇÃO POR AGULHA GROSSA CORE BIOPSIA POR NODULO	R\$ 140,00	R\$ 74,11	<b>R\$ 214,11</b>
99.00.357	TAXA DE SALA NODULECTOMIA	R\$ 0,00	R\$ 350,04	<b>R\$ 350,04</b>
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAMA MAMARIA UNILATERAL	R\$ 24,20	R\$ 46,53	<b>R\$ 70,73</b>

**ESPECIALIDADE: MEDICINA HIPERBÁRICA**

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	VALOR CISAMURES
04.01.01.001-5	CURATIVO G (GRAU 2)	R\$ 32,40	R\$ 45,38	<b>R\$ 77,78</b>
98.00.158	CURATIVO M	R\$ 0,00	R\$ 51,86	<b>R\$ 51,86</b>
98.00.140	CURATIVO P	R\$ 0,00	R\$ 25,93	<b>R\$ 25,93</b>
04.15.04.004-3	DEBRIDAMENTO	R\$ 29,86	R\$ 156,82	<b>R\$ 186,68</b>
98.00.166	ENFAIXAMENTO	R\$ 0,00	R\$ 51,86	<b>R\$ 51,86</b>
88.02.602	SESSÃO OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA	R\$ 0,00	R\$ 435,58	<b>R\$ 435,58</b>

**ESPECIALIDADE: MEDICINA NUCLEAR**

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	VALOR CISAMURES
020.80.2007-1	CINITLOGRAFIA PARA ESTUDO GÁSTRICO	R\$ 144,22	R\$ 121,56	<b>R\$ 265,78</b>
02.08.05.001-9	CINTILOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO	R\$ 180,32	R\$ 6,69	<b>R\$ 187,01</b>
02.08.09001-0	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO COM GÁLIO 67 PARA PESQUISA DE NEOPLASIAS	R\$ 906,80	R\$ 33,64	<b>R\$ 940,44</b>
02.08.020.02-0	CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E VIAS BILIARES	R\$ 187,98	R\$ 113,62	<b>R\$ 301,60</b>
02.08.09.002-9	CINTILOGRAFIA DE GLANDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)	R\$ 66,23	R\$ 138,68	<b>R\$ 204,91</b>
02.08.020.03-9	CINTILOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES	R\$ 87,89	R\$ 137,41	<b>R\$ 225,30</b>



02.08.09.003-7	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	R\$ 289,43	R\$ 10,74	R\$ 300,17
02.08.01.002-5	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO EM SITUAÇÃO DE ESTRESSE	R\$ 408,52	R\$ 15,16	R\$ 423,68
02.08.01.003-3	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO EM SITUAÇÃO DE REPOUSO	R\$ 383,07	R\$ 14,21	R\$ 397,28
02.08.05.003-5	CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUINEO (CORPO INTEIRO)	R\$ 190,99	R\$ 169,36	R\$ 360,35
02.08.03.001-8	CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES	R\$ 324,54	R\$ 12,04	R\$ 336,58
02.08.06.001-4	CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL COM TÁLIO (SPECT)	R\$ 438,01	R\$ 16,25	R\$ 454,26
02.08.07.004-4	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR PERFUSÃO (MÍNIMO 4 PROJEÇÕES)	R\$ 130,50	R\$ 4,84	R\$ 135,34
02.08.05.004-3	CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO ÓSSEO C/ GALIO 67	R\$ 457,55	R\$ 16,98	R\$ 474,53
02.08.03.002-6	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ OU S/ CAPTAÇÃO	R\$ 77,28	R\$ 2,87	R\$ 80,15
02.08.03.003-4	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE COM TESTE DE SUPRESSÃO/ESTÍMULO	R\$ 107,30	R\$ 248,64	R\$ 355,94
020.80.2008-0	CINTILOGRAFIA DIVERTICULO DE MECKEL	R\$ 114,86	R\$ 152,72	R\$ 267,58
02.08.03.004-2	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO	R\$ 338,70	R\$ 12,57	R\$ 351,27
02.08.01.005-0	CINTILOGRAFIA PARA AVALIAÇÃO DE FLUXO SANGUINEO DE EXTREMIDADES	R\$ 114,02	R\$ 4,23	R\$ 118,25
02.08.02.005-5	CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFAGICO (LIQUIDO)	R\$ 135,38	R\$ 130,95	R\$ 266,33
020.80.2005-5	CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFAGICO (LÍQUIDO)	R\$ 135,38	R\$ 130,95	R\$ 266,33
020.80.2006-3	CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFAGICO (SÓLIDO)	R\$ 135,38	R\$ 130,95	R\$ 266,33
02.08.02.010-1	CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NÃO ATIVA	R\$ 310,82	R\$ 11,53	R\$ 322,35
020.80.2011-0	CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO	R\$ 135,38	R\$ 130,95	R\$ 266,33
02.08.04.010-2	CINTILOGRAFIA RENAL DINÂMICA COM DTPA	R\$ 165,24	R\$ 190,80	R\$ 356,04
02.08.04.005-6	CINTILOGRAFIA RENAL ESTÁTICA COM DMSA	R\$ 133,03	R\$ 170,73	R\$ 303,76
02.08.02.012-8	IMUNO-CINTILOGRAFIA (ANTICORPO MONOCLONAL)	R\$ 1.103,26	R\$ 40,93	R\$ 1.144,19
02.08.08.004-0	LINFOCINTILOGRAFIA	R\$ 141,33	R\$ 146,61	R\$ 287,94
03.03.12.007-0	TRATAMENTO HIPERTIREOIDISMO (GRAVE)	R\$ 359,70	R\$ 354,24	R\$ 713,94
03.03.12.006-1	TRATAMENTO HIPERTIREOIDISMO (PLUMMER) ATÉ 30 MCI	R\$ 443,70	R\$ 309,02	R\$ 752,72

**ESPECIALIDADE: MEDICINA DO TRABALHO**

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	VALOR CISAMURES
--------	---------------	-----------	-------------	-----------------



03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (PERIÓDICO, DEMISSIONAL, ADMISSIONAL, PERÍCIA)	R\$ 10,00	R\$ 72,97	<b>R\$ 82,97</b>
----------------	---	-----------	-----------	------------------

**ESPECIALIDADE: NEFROLOGIA**

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	VALOR CISAMURES
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (NEFROLOGIA)	R\$ 10,00	R\$ 72,97	<b>R\$ 82,97</b>

**ESPECIALIDADE: NEUROLOGIA**

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	VALOR CISAMURES
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (NEUROLOGIA)	R\$ 10,00	R\$ 72,97	<b>R\$ 82,97</b>
02.05.02.001-1	ECODOPPLER TRANSCRANIANO	R\$ 117,00	R\$ 275,03	<b>R\$ 392,03</b>
02.11.05.003-2	ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO COM OU SEM MEDICAMENTO (EEG)	R\$ 25,00	R\$ 597,95	<b>R\$ 622,95</b>
02.11.05.005-9	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG)	R\$ 25,00	R\$ 188,57	<b>R\$ 213,57</b>
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) A CADA 02 MEMBROS	R\$ 27,00	R\$ 285,73	<b>R\$ 312,73</b>

**ESPECIALIDADE: NEUROCIRURGIA**

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	VALOR CISAMURES
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (NEUROCIRURGIA)	R\$ 10,00	R\$ 72,97	<b>R\$ 82,97</b>

**ESPECIALIDADE: NEUROCIRURGIA PEDIÁTRICA**

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	VALOR CISAMURES
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (NEUROCIRURGIA PEDIÁTRICA)	R\$ 10,00	R\$ 72,97	<b>R\$ 82,97</b>

**ESPECIALIDADE: NUTROLOGIA**

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	VALOR CISAMURES
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (NUTROLOGIA)	R\$ 10,00	R\$ 72,97	<b>R\$ 82,97</b>

**ESPECIALIDADE: OFTALMOLOGIA**

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	VALOR CISAMURES
88.02.173	ANESTESIA TRABECULECTOMIA	R\$ 0,00	R\$ 362,99	<b>R\$ 362,99</b>
02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (BINOCULAR)	R\$ 24,24	R\$ 56,49	<b>R\$ 80,73</b>



02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (MONOCULAR)	R\$ 40,00	R\$ 45,15	<b>R\$ 85,15</b>
04.05.05.002-0	CAPSULOTOMIA A YAG LASER (MONOCULAR)	R\$ 112,77	R\$ 245,37	<b>R\$ 358,14</b>
02.11.06.005-4	CERATOMETRIA MONOCULAR	R\$ 3,37	R\$ 83,89	<b>R\$ 87,26</b>
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CONSULTA OFTALMOLOGIA + MAPEAMENTO DE RETINA + TONOMETRIA + FUNDOSCOPIA - BINOCULAR)	R\$ 10,00	R\$ 99,25	<b>R\$ 109,25</b>
02.11.06.006-2	CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS) (MONOCULAR)	R\$ 10,11	R\$ 60,43	<b>R\$ 70,54</b>
02.04.01.001-2	DACRIOCISTOGRAFIA (MONOCULAR)	R\$ 48,85	R\$ 181,40	<b>R\$ 230,25</b>
04.05.01.005-2	EPILAÇÃO A LASER (MONOCULAR)	R\$ 45,00	R\$ 359,20	<b>R\$ 404,20</b>
04.05.01.006-0	EPILAÇÃO DE CÍLIOS (MONOCULAR)	R\$ 22,93	R\$ 2,25	<b>R\$ 25,18</b>
99.00.616	ESTEREOFOTO DE PÁPILA (BINOCULAR)	R\$ 0,00	R\$ 120,77	<b>R\$ 120,77</b>
04.05.01.007-9	EXERESE DE CALAZIO (MONOCULAR)	R\$ 78,75	R\$ 263,95	<b>R\$ 342,70</b>
04.05.01.001-0	EXERESE DE ECTROPIO (MONOCULAR)	R\$ 203,74	R\$ 110,02	<b>R\$ 313,76</b>
04.05.05.036-4	EXERESE DE PTERÍGIO (MONOCULAR)	R\$ 509,55	R\$ 192,00	<b>R\$ 701,55</b>
04.05.05.037-2	FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL (MONOCULAR)	R\$ 771,61	R\$ 195,65	<b>R\$ 967,26</b>
04.05.05.011-9	FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE LENTE INTRA-OCULAR RÍGIDA (MONOCULAR)	R\$ 651,60	R\$ 213,17	<b>R\$ 864,77</b>
04.05.03.004-5	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER (MÁXIMO 04 APLICAÇÕES POR OLHO - MONOCULAR)	R\$ 107,61	R\$ 241,76	<b>R\$ 349,37</b>
04.05.05.012-7	FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER (MONOCULAR)	R\$ 45,00	R\$ 468,36	<b>R\$ 513,36</b>
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA (MONOCULAR)	R\$ 6,74	R\$ 30,80	<b>R\$ 37,54</b>
04.05.03.005-3	INJEÇÃO INTRA-VITREO (MONOCULAR)	R\$ 82,28	R\$ 1.550,54	<b>R\$ 1.632,82</b>
04.05.05.017-8	IRIDECTOMIA A LASER (MONOCULAR)	R\$ 297,46	R\$ 236,85	<b>R\$ 534,31</b>
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)	R\$ 24,24	R\$ 5,88	<b>R\$ 30,12</b>
02.11.06.014-3	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA (MONOCULAR)	R\$ 24,24	R\$ 139,10	<b>R\$ 163,34</b>
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	R\$ 14,81	R\$ 45,91	<b>R\$ 60,72</b>
02.11.06.015-1	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL (MONOCULAR)	R\$ 3,37	R\$ 31,83	<b>R\$ 35,20</b>
04.05.05.040-2	RADIAÇÃO PARA CROSS LINKING CORNEANO (MONOCULAR)	R\$ 372,22	R\$ 2.672,85	<b>R\$ 3.045,07</b>



02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA (BINOCULAR)	R\$ 24,68	R\$ 109,88	<b>R\$ 134,56</b>
02.11.06.018-6	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE (BINOCULAR)	R\$ 64,00	R\$ 263,39	<b>R\$ 327,39</b>
04.05.05.025-9	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÔRNEA (MONOCULAR)	R\$ 25,00	R\$ 117,70	<b>R\$ 142,70</b>
04.05.01.016-8	SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS MONOCULAR	R\$ 22,93	R\$ 7,13	<b>R\$ 30,06</b>
99.00.780	TAXA DE SALA EXERESE DE CALAZIO	R\$ 0,00	R\$ 406,97	<b>R\$ 406,97</b>
99.00.468	TAXA DE SALA EXERESE DE ECTROPIO	R\$ 0,00	R\$ 406,97	<b>R\$ 406,97</b>
99.00.799	TAXA DE SALA EXERESE DE PTERÍGIO	R\$ 0,00	R\$ 406,97	<b>R\$ 406,97</b>
88.02.378	TAXA DE SALA TRABECULECTOMIA	R\$ 0,00	R\$ 736,06	<b>R\$ 736,06</b>
02.11.06.023-2	TESTE ORTÓPTICO (BINOCULAR)	R\$ 12,34	R\$ 21,54	<b>R\$ 33,88</b>
02.11.06.024-0	TESTE PARA ADAPTAÇÃO DE LENTE DE CONTATO (MONOCULAR)	R\$ 12,34	R\$ 4,21	<b>R\$ 16,55</b>
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓTICA (BINOCULAR)	R\$ 48,00	R\$ 270,20	<b>R\$ 318,20</b>
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CORNEA (BINOCULAR)	R\$ 24,24	R\$ 161,10	<b>R\$ 185,34</b>
04.05.05.032-1	TRABECULECTOMIA (MONOCULAR)	R\$ 898,35	R\$ 33,33	<b>R\$ 931,68</b>
02.05.02.008-9	ULTRASSONOGRAMA DE GLOBO OCULAR (MONOCULAR)	R\$ 24,20	R\$ 69,80	<b>R\$ 94,00</b>

**ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA**

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	VALOR CISAMURES
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (ORTOPEDIA)	R\$ 10,00	R\$ 72,97	<b>R\$ 82,97</b>
03.03.09.003-0	INFILTRAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS EM CAVIDADE SINOVIAL (ARTICULAÇÃO, BAINHA TENDINOSA)	R\$ 5,63	R\$ 76,02	<b>R\$ 81,65</b>

**ESPECIALIDADE: OTORRINOLARINGOLOGIA**

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	VALOR CISAMURES
02.01.01.019-4	BIÓPSIA DE FARINGE/LARINGE	R\$ 19,06	R\$ 517,43	<b>R\$ 536,49</b>
03.03.08.001-9	CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES	R\$ 1,48	R\$ 62,52	<b>R\$ 64,00</b>
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (OTORRINOLARINGOLOGIA)	R\$ 10,00	R\$ 72,97	<b>R\$ 82,97</b>
04.04.01.027-0	REMOÇÃO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNI / BILATERAL	R\$ 5,63	R\$ 8,42	<b>R\$ 14,05</b>
04.04.01.031-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO / FARINGE / LARINGE	R\$ 26,42	R\$ 116,20	<b>R\$ 142,62</b>
88.01.533	TAXA DE SALA BIÓPSIA DE FARINGE/LARINGE	R\$ 0,00	R\$ 329,58	<b>R\$ 329,58</b>



02.09.04.004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA	R\$ 45,50	R\$ 85,66	R\$ 131,16
----------------	--------------------	-----------	-----------	------------

**ESPECIALIDADE: ONCOLOGIA**

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	VALOR CISAMURES
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (ONCOLOGIA)	R\$ 10,00	R\$ 72,97	R\$ 82,97

**ESPECIALIDADE: PNEUMOLOGIA**

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	VALOR CISAMURES
02.09.04.001-7	BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA)	R\$ 36,02	R\$ 973,18	R\$ 1.009,20
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (PNEUMOLOGIA)	R\$ 10,00	R\$ 72,97	R\$ 82,97
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CUIDADO INTEGRAL QUE ABRANGE: CONSULTA MÉDICA, RADIOGRAFIA, OXIMETRIA DE PULSO E PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR SIMPLES)	R\$ 10,00	R\$ 301,53	R\$ 311,53
02.11.02.007-9	OXIMETRIA DE PULSO	R\$ 0,00	R\$ 7,70	R\$ 7,70
02.11.01.004-9	PLETISMOGRAFIA (POR LATERALIDADE / TERRITÓRIO)	R\$ 1,31	R\$ 617,55	R\$ 618,86
02.11.05.010-5	POLISSONOGRAFIA	R\$ 170,00	R\$ 390,46	R\$ 560,46
99.00.977	POLISSONOGRAFIA COM CPAP	R\$ 0,00	R\$ 856,51	R\$ 856,51
02.11.08.005-5	PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR	R\$ 6,36	R\$ 410,70	R\$ 417,06
02.11.08.006-3	PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR SIMPLES (ESPIROMETRIA)	R\$ 4,28	R\$ 184,89	R\$ 189,17

**ESPECIALIDADE: PEDIATRIA**

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	VALOR CISAMURES
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (PEDIATRIA)	R\$ 10,00	R\$ 72,97	R\$ 82,97

**ESPECIALIDADE: PSIQUIATRIA**

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	VALOR CISAMURES
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (PSIQUIATRIA)	R\$ 10,00	R\$ 72,97	R\$ 82,97

**ESPECIALIDADE: PROCTOLOGIA**

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	VALOR CISAMURES
02.01.01.004-6	BIÓPSIA DE ANUS E CANAL ANAL	R\$ 18,46	R\$ 124,49	R\$ 142,95



02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA	R\$ 112,66	R\$ 354,04	R\$ 466,70
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (PROCTOLOGIA)	R\$ 10,00	R\$ 72,97	R\$ 82,97
04.07.02.016-0	ELETROCAUTERIZAÇÃO DE LESÃO TRANSPARIETAL DE ÂNUS	R\$ 13,06	R\$ 54,62	R\$ 67,68
04.07.02.031-4	LIGADURA ELÁSTICA DE HEMORRÓIDAS (SESSÃO)	R\$ 14,77	R\$ 182,29	R\$ 197,06
88.02.548	POLIPECTOMIA	R\$ 329,90	R\$ 12,24	R\$ 342,14
02.09.01.005-3	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	R\$ 23,23	R\$ 108,66	R\$ 131,89

**ESPECIALIDADE: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM**

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	VALOR CISAMURES
02.07.01.001-3	ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL	R\$ 268,75	R\$ 256,92	R\$ 525,67
88.01.576	ANGIORESSONÂNCIA DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	R\$ 0,00	R\$ 542,21	R\$ 542,21
88.01.320	ANGIORESSONÂNCIA DE TIREÓIDE	R\$ 0,00	R\$ 542,21	R\$ 542,21
99.00.969	ANGIORESSONÂNCIA DOS VASOS SUBCLAVIAS	R\$ 0,00	R\$ 542,21	R\$ 542,21
88.01.649	ANGIOTOMOGRAFIA ABDOME SUPERIOR	R\$ 0,00	R\$ 381,94	R\$ 381,94
88.01.663	ANGIOTOMOGRAFIA AORTA ABDOMINAL	R\$ 0,00	R\$ 381,94	R\$ 381,94
88.01.662	ANGIOTOMOGRAFIA AORTA TORÁCICA	R\$ 0,00	R\$ 381,94	R\$ 381,94
88.01.659	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL/VENOSO DE CRÂNIO	R\$ 0,00	R\$ 381,94	R\$ 381,94
88.01.673	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL/VENOSO DE MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	R\$ 0,00	R\$ 381,94	R\$ 381,94
88.01.660	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL/VENOSO DE MEMBROS SUPERIORES (UNILATERAL)	R\$ 0,00	R\$ 381,94	R\$ 381,94
88.01.661	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL/VENOSO DE PESCOÇO	R\$ 0,00	R\$ 381,94	R\$ 381,94
88.02.866	ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA	R\$ 0,00	R\$ 1.893,25	R\$ 1.893,25
99.00.632	ANGIOTOMOGRAFIA DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	R\$ 0,00	R\$ 381,94	R\$ 381,94
88.01.657	ANGIOTOMOGRAFIA DE PELVE	R\$ 0,00	R\$ 381,94	R\$ 381,94
99.00.845	ANGIOTOMOGRAFIA DE TÓRAX	R\$ 0,00	R\$ 381,94	R\$ 381,94
88.01.658	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE TÓRAX	R\$ 0,00	R\$ 381,94	R\$ 381,94
02.07.03.004-9	COLANGIORRESSONÂNCIA	R\$ 268,75	R\$ 445,73	R\$ 714,48
99.00.711	CONTRASTE PARA EXAMES DE IMAGEM	R\$ 0,00	R\$ 130,00	R\$ 130,00
02.04.06.002-8	DENSITOMETRIA ÓSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA	R\$ 55,10	R\$ 113,31	R\$ 168,41
99.00.705	DOCUMENTAÇÃO BÁSICA (ODONTOLÓGICA: PANORÂMICA + TELERRADIOGRAFIA COM 01 TRAÇADO + 08 FOTOS + MODELO ORTODÔNTICO)	R\$ 0,00	R\$ 153,80	R\$ 153,80



99.00.703	DOCUMENTAÇÃO SIMPLES (ODONTOLÓGICA: PANORÂMICA + TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO)	R\$ 80,00	R\$ 2,97	<b>R\$ 82,97</b>
99.00.704	DOCUMENTAÇÃO SIMPLIFICADA (ODONTOLÓGICA: PANORÂMICA + TELERRADIOGRAFIA COM 01 TRAÇADO + 06 FOTOS)	R\$ 0,00	R\$ 120,84	<b>R\$ 120,84</b>
03.01.10.009-8	ENEMA	R\$ 0,00	R\$ 522,27	<b>R\$ 522,27</b>
02.04.06.003-6	ESCANOMETRIA	R\$ 7,77	R\$ 219,01	<b>R\$ 226,78</b>
02.04.05.006-5	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R\$ 45,34	R\$ 225,92	<b>R\$ 271,26</b>
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	R\$ 45,00	R\$ 40,71	<b>R\$ 85,71</b>
99.00.702	RADIOGRAFIA CARPAL	R\$ 0,00	R\$ 54,94	<b>R\$ 54,94</b>
02.04.05.011-1	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	R\$ 10,73	R\$ 20,96	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.05.012-0	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MÍNIMO DE 3 INCIDÊNCIAS)	R\$ 15,30	R\$ 16,39	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.05.013-8	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	R\$ 7,17	R\$ 24,52	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.04.001-9	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO	R\$ 6,42	R\$ 25,27	<b>R\$ 31,69</b>
88.01.096	RADIOGRAFIA DE ARCOS COSTAIS	R\$ 0,00	R\$ 31,69	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.04.002-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 7,40	R\$ 24,29	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.06.006-0	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO- FEMORAL	R\$ 7,77	R\$ 23,92	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.06.007-9	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO SACRO-ILIACA	R\$ 7,77	R\$ 23,92	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.01.005-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR	R\$ 8,38	R\$ 46,04	<b>R\$ 54,42</b>
02.04.01.005-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	R\$ 8,38	R\$ 23,31	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.06.008-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIO- TARSICA	R\$ 6,50	R\$ 25,19	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.06.009-5	RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 7,77	R\$ 23,92	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.04.005-1	RADIOGRAFIA DE BRAÇO	R\$ 7,77	R\$ 23,92	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.06.010-9	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	R\$ 6,50	R\$ 25,19	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.01.006-3	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R\$ 6,88	R\$ 24,81	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.04.006-0	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R\$ 7,40	R\$ 24,29	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.02.004-2	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	R\$ 8,19	R\$ 23,50	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.02.003-4	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	R\$ 8,33	R\$ 23,36	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.02.005-0	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINÂMICA	R\$ 10,29	R\$ 21,40	<b>R\$ 31,69</b>



99.00.489	RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSAL (PA+PERFIL)	R\$ 0,00	R\$ 31,69	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.02.006-9	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 10,96	R\$ 20,73	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.02.007-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	R\$ 14,90	R\$ 16,79	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.02.008-5	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINÂMICA	R\$ 16,88	R\$ 14,81	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.02.009-3	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORÁCICA (AP + LATERAL)	R\$ 9,16	R\$ 22,53	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.02.010-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACOLOMBAR	R\$ 9,73	R\$ 21,96	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.03.007-2	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	R\$ 8,37	R\$ 23,32	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 5,90	R\$ 25,79	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.06.011-7	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 8,94	R\$ 22,75	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.01.008-0	RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA + LATERAL)	R\$ 7,52	R\$ 24,17	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.05.014-6	RADIOGRAFIA DE ESFOGAGO, ESTOMÂGO E DUODENO (REED) / SERIOGRAFIA DE ESOFAGO, ESTOMÂGO E DUODENO (SEED)	R\$ 35,22	R\$ 320,54	<b>R\$ 355,76</b>
02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R\$ 6,78	R\$ 24,91	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.06.013-3	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 7,16	R\$ 24,53	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.06.014-1	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 9,29	R\$ 22,40	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.04.009-4	RADIOGRAFIA DE MÃO	R\$ 6,30	R\$ 25,39	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.04.010-8	RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO (P/ DETERMINAÇÃO DE IDADE ÓSSEA)	R\$ 6,00	R\$ 25,69	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE OMOPLATA / OMBRO (TRES POSICOES)	R\$ 7,98	R\$ 23,71	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.01.012-8	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 8,38	R\$ 23,31	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PÉ / DEDOS DO PÉ	R\$ 6,78	R\$ 24,91	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.06.016-8	RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$ 8,94	R\$ 22,75	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.04.012-4	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 6,91	R\$ 24,78	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.01.014-4	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 7,32	R\$ 24,37	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.03.014-5	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 12,02	R\$ 19,67	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.03.015-3	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL)	R\$ 9,50	R\$ 22,19	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.03.017-0	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA)	R\$ 6,88	R\$ 24,81	<b>R\$ 31,69</b>
02.04.01.021-7	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL	R\$ 0,00	R\$ 19,78	<b>R\$ 19,78</b>



02.04.01.016-0	RADIOGRAFIA OCLUSAL	R\$ 3,51	R\$ 23,73	<b>R\$ 27,24</b>
02.04.01.017-9	RADIOGRAFIA PANORÂMICA (ODONTOLÓGICA)	R\$ 9,03	R\$ 39,85	<b>R\$ 48,88</b>
02.04.02.013-1	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE COLUNA TOTAL- TELESPONDILOGRAFIA ( P/ ESCOLIOSE)	R\$ 0,00	R\$ 306,79	<b>R\$ 306,79</b>
02.04.01.002-5	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	R\$ 0,00	R\$ 19,78	<b>R\$ 19,78</b>
99.00.712	RADIOGRAFIA POSTA ANTERIOR DA FACE	R\$ 0,00	R\$ 65,92	<b>R\$ 65,92</b>
02.07.02.001-9	RESSONÂNCIA DO CORAÇÃO (CARDÍACA)	R\$ 361,25	R\$ 1.169,41	<b>R\$ 1.530,66</b>
02.07.03.001-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 268,75	R\$ 9,97	<b>R\$ 278,72</b>
02.07.01.002-1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR	R\$ 268,75	R\$ 9,97	<b>R\$ 278,72</b>
02.07.03.002-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA / PELVE	R\$ 268,75	R\$ 9,97	<b>R\$ 278,72</b>
02.07.01.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 268,75	R\$ 9,97	<b>R\$ 278,72</b>
02.07.01.004-8	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 268,75	R\$ 9,97	<b>R\$ 278,72</b>
02.07.01.005-6	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	R\$ 268,75	R\$ 9,97	<b>R\$ 278,72</b>
02.07.01.006-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	R\$ 268,75	R\$ 9,97	<b>R\$ 278,72</b>
99.00.853	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE FACE	R\$ 0,00	R\$ 278,72	<b>R\$ 278,72</b>
88.01.630	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MASTOIDES	R\$ 0,00	R\$ 278,72	<b>R\$ 278,72</b>
02.07.03.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$ 268,75	R\$ 9,97	<b>R\$ 278,72</b>
02.07.02.002-7	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 268,75	R\$ 9,97	<b>R\$ 278,72</b>
88.01.444	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PESCOÇO	R\$ 0,00	R\$ 278,72	<b>R\$ 278,72</b>
88.01.665	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PLEXO BRAQUIAL	R\$ 0,00	R\$ 278,72	<b>R\$ 278,72</b>
02.07.01.007-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TURCICA	R\$ 268,75	R\$ 9,97	<b>R\$ 278,72</b>
02.07.02.003-5	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX	R\$ 268,75	R\$ 9,97	<b>R\$ 278,72</b>
02.07.03.004-9	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES	R\$ 268,75	R\$ 9,97	<b>R\$ 278,72</b>
88.02.882	TAXA DE SALA PARA SEDAÇÃO RESSONÂNCIA/TOMOGRAFIA	R\$ 0,00	R\$ 197,74	<b>R\$ 197,74</b>
02.06.03.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 138,63	R\$ 157,44	<b>R\$ 296,07</b>
02.06.01.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 86,76	R\$ 98,51	<b>R\$ 185,27</b>
02.06.01.002-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 101,10	R\$ 114,82	<b>R\$ 215,92</b>



02.06.01.003-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA	R\$ 86,76	R\$ 98,51	<b>R\$ 185,27</b>
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE	R\$ 86,75	R\$ 98,52	<b>R\$ 185,27</b>
99.00.926	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTOIDES	R\$ 0,00	R\$ 95,30	<b>R\$ 95,30</b>
02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 86,75	R\$ 98,52	<b>R\$ 185,27</b>
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MEMBROS SUPERIORES	R\$ 86,75	R\$ 98,52	<b>R\$ 185,27</b>
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / VIAS URINARIAS	R\$ 138,63	R\$ 157,44	<b>R\$ 296,07</b>
02.06.01.005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO	R\$ 86,75	R\$ 98,52	<b>R\$ 185,27</b>
88.01.460	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SACRO-ILÍACAS	R\$ 101,10	R\$ 114,82	<b>R\$ 215,92</b>
02.06.01.006-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	R\$ 97,44	R\$ 110,66	<b>R\$ 208,10</b>
02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX	R\$ 136,41	R\$ 154,92	<b>R\$ 291,33</b>
02.06.01.007-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO	R\$ 97,44	R\$ 110,66	<b>R\$ 208,10</b>
99.00.709	TOMOGRAFIA ODONTOLÓGICA (01 DENTE)	R\$ 0,00	R\$ 88,98	<b>R\$ 88,98</b>
99.00.710	TOMOGRAFIA ODONTOLÓGICA (01 REGIÃO 02 DENTES)	R\$ 0,00	R\$ 121,94	<b>R\$ 121,94</b>
99.00.711	TOMOGRAFIA ODONTOLÓGICA A.T.M UNILATERAL	R\$ 0,00	R\$ 148,32	<b>R\$ 148,32</b>
99.00.708	TOMOGRAFIA ODONTOLÓGICA HEMIARCO (04 DENTES)	R\$ 0,00	R\$ 135,12	<b>R\$ 135,12</b>
99.00.707	TOMOGRAFIA ODONTOLÓGICA MANDIBULA TOTAL	R\$ 0,00	R\$ 174,68	<b>R\$ 174,68</b>
99.00.705	TOMOGRAFIA ODONTOLÓGICA MAXILA E MANDIBULA TOTAL	R\$ 0,00	R\$ 329,58	<b>R\$ 329,58</b>
99.00.706	TOMOGRAFIA ODONTOLÓGICA MAXILA TOTAL	R\$ 0,00	R\$ 174,68	<b>R\$ 174,68</b>
02.06.01.008-7	TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA	R\$ 138,63	R\$ 1.401,87	<b>R\$ 1.540,50</b>
99.00.705	ULTRASSONOGRAMA CERVICAL C/ DOPPLER	R\$ 0,00	R\$ 150,73	<b>R\$ 150,73</b>
99.00.012	ULTRASSONOGRAMA DE ABDOMEN INFERIOR	R\$ 0,00	R\$ 44,34	<b>R\$ 44,34</b>
02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAMA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 24,20	R\$ 71,60	<b>R\$ 95,80</b>
99.00.020	ULTRASSONOGRAMA DE ABDOMEN SUPERIOR C/ DOPPLER	R\$ 0,00	R\$ 168,02	<b>R\$ 168,02</b>
02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAMA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 37,95	R\$ 106,24	<b>R\$ 144,19</b>
02.05.01004-0	ULTRASSONOGRAMA DE ABDOMEN TOTAL C/ DOPPLER	R\$ 39,60	R\$ 151,57	<b>R\$ 191,17</b>
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAMA DE APARELHO URINÁRIO	R\$ 24,20	R\$ 71,60	<b>R\$ 95,80</b>



88.01.720	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO C/ DOPPLER	R\$ 0,00	R\$ 168,02	<b>R\$ 168,02</b>
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO	R\$ 24,20	R\$ 50,99	<b>R\$ 75,19</b>
99.00.047	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO C/ DOPPLER	R\$ 0,00	R\$ 183,97	<b>R\$ 183,97</b>
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 24,20	R\$ 46,53	<b>R\$ 70,73</b>
99.00.055	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL C/ DOPPLER	R\$ 0,00	R\$ 159,03	<b>R\$ 159,03</b>
99.00.063	ULTRASSONOGRRAFIA DE CERVICAL	R\$ 0,00	R\$ 72,22	<b>R\$ 72,22</b>
99.00.071	ULTRASSONOGRRAFIA DE CRÂNIO	R\$ 0,00	R\$ 72,22	<b>R\$ 72,22</b>
99.00.730	ULTRASSONOGRRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES	R\$ 0,00	R\$ 72,22	<b>R\$ 72,22</b>
99.00.080	ULTRASSONOGRRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	R\$ 0,00	R\$ 146,52	<b>R\$ 146,52</b>
99.00.152	ULTRASSONOGRRAFIA DE PARÓTIDAS	R\$ 0,00	R\$ 72,22	<b>R\$ 72,22</b>
02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 24,20	R\$ 35,41	<b>R\$ 59,61</b>
02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 24,20	R\$ 140,39	<b>R\$ 164,59</b>
99.00.098	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL) C/ DOPPLER	R\$ 0,00	R\$ 236,92	<b>R\$ 236,92</b>
99.00.101	ULTRASSONOGRRAFIA DE REGIÃO INGUINAL	R\$ 0,00	R\$ 72,22	<b>R\$ 72,22</b>
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE	R\$ 24,20	R\$ 46,53	<b>R\$ 70,73</b>
02.05.01004-0	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE C/ DOPPLER	R\$ 39,60	R\$ 160,50	<b>R\$ 200,10</b>
02.05.02.013-5	ULTRASSONOGRRAFIA DE TÓRAX (EXTRACARDÍACA)	R\$ 24,20	R\$ 71,16	<b>R\$ 95,36</b>
02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA	R\$ 24,20	R\$ 31,72	<b>R\$ 55,92</b>
02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 39,60	R\$ 102,22	<b>R\$ 141,82</b>
99.00.128	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA C/ TRANSLUCÊNCIA NUCAL	R\$ 0,00	R\$ 160,26	<b>R\$ 160,26</b>
99.00.136	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA FETAL	R\$ 0,00	R\$ 115,05	<b>R\$ 115,05</b>
02.05.01004-0	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA MORFOLÓGICA FETAL C/ DOPPLER	R\$ 39,60	R\$ 237,07	<b>R\$ 276,67</b>
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R\$ 24,20	R\$ 18,65	<b>R\$ 42,85</b>
02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA	R\$ 24,20	R\$ 46,53	<b>R\$ 70,73</b>
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 24,20	R\$ 53,91	<b>R\$ 78,11</b>
99.00.179	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL C/ DOPPLER	R\$ 0,00	R\$ 186,93	<b>R\$ 186,93</b>
02.04.05.017-0	URETROCISTOGRAFIA	R\$ 52,11	R\$ 243,63	<b>R\$ 295,74</b>
02.04.05.018-9	UROGRAFIA VENOSA	R\$ 57,40	R\$ 228,46	<b>R\$ 285,86</b>

45

 Assinado por 1 pessoa: BEATRIZ BLEYER RODRIGUES  
 Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://cisamures.1doc.com.br/verificacao/CC02-FF83-FF83-EDD8> e informe o código CC02-FF83-FF83-EDD8


<b>ESPECIALIDADE: REUMATOLOGIA</b>				
<b>CÓDIGO</b>	<b>ESPECIFICAÇÃO</b>	<b>VALOR SUS</b>	<b>COMPLEMENTO</b>	<b>VALOR CISAMURES</b>
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (REUMATOLOGIA)	R\$ 10,00	R\$ 72,97	<b>R\$ 82,97</b>
03.03.09.003-0	INFILTRAÇÃO DE SUBSTANCIAS EM CAVIDADE SINOVIAL (ARTICULAÇÃO, BAINHA TENDINOSA)	R\$ 5,63	R\$ 76,02	<b>R\$ 81,65</b>

<b>ESPECIALIDADE: UROLOGIA</b>				
<b>CÓDIGO</b>	<b>ESPECIFICAÇÃO</b>	<b>VALOR SUS</b>	<b>COMPLEMENTO</b>	<b>VALOR CISAMURES</b>
99.00.721	ANESTESIA POSTECTOMIA INFANTIL	R\$ 0,00	R\$ 362,99	<b>R\$ 362,99</b>
02.11.09.001-8	AVALIAÇÃO URODINÂMICA COMPLETA	R\$ 7,62	R\$ 224,40	<b>R\$ 232,02</b>
02.01.01.006-2	BIÓPSIA DE BEXIGA	R\$ 41,68	R\$ 169,84	<b>R\$ 211,52</b>
02.01.01.038-0	BIÓPSIA DE PÊNIS	R\$ 18,33	R\$ 124,63	<b>R\$ 142,96</b>
02.01.01.041-0	BIÓPSIA DE PRÓSTATA VIA TRANSRETAL	R\$ 202,81	R\$ 404,29	<b>R\$ 607,10</b>
07.02.06.001-1	CATETER DUPLO J	R\$ 141,52	R\$ 98,91	<b>R\$ 240,43</b>
02.11.09.002-6	CATETERISMO DE URETRA	R\$ 8,82	R\$ 175,22	<b>R\$ 184,04</b>
99.00.870	CATETERISMO URETRAL + ESTUDO URODINÂMICO	R\$ 0,00	R\$ 417,07	<b>R\$ 417,07</b>
02.09.02.001-6	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA	R\$ 18,00	R\$ 72,39	<b>R\$ 90,39</b>
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (UROLOGIA)	R\$ 10,00	R\$ 72,97	<b>R\$ 82,97</b>
03.09.03.005-6	DILATAÇÃO DE URETRA (POR SESSÃO)	R\$ 1,52	R\$ 71,36	<b>R\$ 72,88</b>
02.08.04.010-2	ESTUDO RENAL DINAMICO COM OU SEM DIURÉTICO	R\$ 165,24	R\$ 57,08	<b>R\$ 222,32</b>
04.09.04.006-1	EXERESE DE CISTO DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 12,91	R\$ 666,10	<b>R\$ 679,01</b>
04.09.05.006-7	PLÁSTICA DE FREIO BALANO-PREPUICIAL (FRENOPLASTIA)	R\$ 34,10	R\$ 295,98	<b>R\$ 330,08</b>
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA AMBULATORIAL	R\$ 219,12	R\$ 182,61	<b>R\$ 401,73</b>
99.00.578	POSTECTOMIA INFANTIL	R\$ 0,00	R\$ 459,98	<b>R\$ 459,98</b>
99.00.586	TAXA DE SALA POSTECTOMIA INFANTIL	R\$ 0,00	R\$ 83,04	<b>R\$ 83,04</b>
88.01.070	TAXA DE SALA PROCEDIMENTO EM UROLOGIA	R\$ 0,00	R\$ 82,39	<b>R\$ 82,39</b>
02.11.09.007-7	UROFLUXOMETRIA	R\$ 8,82	R\$ 38,75	<b>R\$ 47,57</b>
04.09.04.024-0	VASECTOMIA	R\$ 438,87	R\$ 105,07	<b>R\$ 543,94</b>

<b>ESPECIALIDADE: ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLÓGICA E LABORATORIAL EM GERAL</b>
--



CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	VALOR CISAMURES
02.02.09.002-7	ADENOGRAMA	R\$ 5,79	R\$ 12,61	<b>R\$ 18,40</b>
98.00.182	ANATOMOPATOLÓGICO + IMUNOHISTOQUÍMICA DE MEDULA ÓSSEA	R\$ 0,00	R\$ 741,51	<b>R\$ 741,51</b>
02.03.02.006-5	ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA	R\$ 45,83	R\$ 20,31	<b>R\$ 66,14</b>
02.03.02.007-3	ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - PEÇA CIRURGICA	R\$ 61,77	R\$ 3,42	<b>R\$ 65,19</b>
02.03.02.008-1	ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - BIOPSIA	R\$ 40,78	R\$ 25,66	<b>R\$ 66,44</b>
02.03.02.002-2	ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - PEÇA CIRURGICA	R\$ 61,77	R\$ 3,42	<b>R\$ 65,19</b>
02.03.02.003-0	ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)	R\$ 40,78	R\$ 25,66	<b>R\$ 66,44</b>
02.02.08.001-3	ANTIBIOGRAMA	R\$ 4,98	R\$ 0,00	<b>R\$ 4,98</b>
88.99.44	ANTICORPOS ANTI-CITOPLASMA DE NEUTROFILOS C E P	-	-	<b>R\$ 43,44</b>
88.99.47	ANTICORPOS IGG ANTITOXOCARACANIS	-	-	<b>R\$ 147,26</b>
88.99.48	ANTICORPOS IGM ANTITOXOCARACANIS	-	-	<b>R\$ 910,00</b>
99.88.77.22	ANTI-MOG (MIELINA OLIGODENDROCITO GLICOPROTEINA) IGG	R\$ 0,00	R\$ 3.500,00	<b>R\$ 3.500,00</b>
02.02.08.005-6	BACILOSCOPIA DIRETA P/BAAR (HANSEIASE)	R\$ 4,20	R\$ 2,70	<b>R\$ 6,90</b>
02.02.08.006-4	BACILOSCOPIA DIRETA P/BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	R\$ 4,20	R\$ 2,70	<b>R\$ 6,90</b>
02.02.08.004-8	BACILOSCOPIA DIRETA P/BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$ 4,20	R\$ 2,70	<b>R\$ 6,90</b>
88.01.193	CA 19-9	R\$ 0,00	R\$ 100,41	<b>R\$ 100,41</b>
02.03.01.003-5	CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)	R\$ 20,96	R\$ 0,00	<b>R\$ 20,96</b>
98.00.174	CITOLOGIA DE LÂMINAS DE PUNÇÃO (ATÉ 5 LÂMINAS)	R\$ 0,00	R\$ 68,85	<b>R\$ 68,85</b>
02.03.01.008-6	CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA-RASTREAMENTO (PAPANICOLAU/PREVENTVO)	R\$ 14,37	R\$ 0,00	<b>R\$ 14,37</b>
02.03.01.001-9	CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	R\$ 13,72	R\$ 0,00	<b>R\$ 13,72</b>
02.03.01.004-3	CITOPATOLOGICO DE MAMA	R\$ 35,34	R\$ 0,00	<b>R\$ 35,34</b>
02.03.01.002-7	CITOPATOLOGICO HORMONAL SERIADO (MINIMO 3 COLETAS)	R\$ 20,96	R\$ 0,00	<b>R\$ 20,96</b>
02.02.02.001-0	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	R\$ 6,48	R\$ 0,00	<b>R\$ 6,48</b>
02.02.05.003-3	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$ 3,51	R\$ 2,24	<b>R\$ 5,75</b>

47

 Assinado por 1 pessoa: BEATRIZ BLEYER RODRIGUES  
 Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://cisamures.1doc.com.br/verificacao/CC02-FF83-FF83-EDD8> e informe o código CC02-FF83-FF83-EDD8


02.02.05.004-1	CLEARANCE DE UREIA	R\$ 3,51	R\$ 2,24	<b>R\$ 5,75</b>
02.02.03.001-6	CONTAGEM DE LINFÓCITOS B	R\$ 15,00	R\$ 14,90	<b>R\$ 29,90</b>
02.02.03.002-4	CONTAGEM DE LINFÓCITOS CD4/CD8	R\$ 15,00	R\$ 31,00	<b>R\$ 46,00</b>
02.02.03.003-2	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R\$ 15,00	R\$ 31,00	<b>R\$ 46,00</b>
02.02.02.003-7	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 2,73	R\$ 0,00	<b>R\$ 2,73</b>
02.02.09.005-1	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89	R\$ 18,81	<b>R\$ 20,70</b>
02.02.09.006-0	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89	R\$ 18,81	<b>R\$ 20,70</b>
02.02.08.011-0	CULTIURA PARA BAAR	R\$ 5,63	R\$ 5,87	<b>R\$ 11,50</b>
02.02.08.008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,62	R\$ 0,00	<b>R\$ 5,62</b>
02.02.08.009-9	CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO)	R\$ 5,62	R\$ 5,88	<b>R\$ 11,50</b>
02.02.08.012-9	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$ 10,25	R\$ 1,25	<b>R\$ 11,50</b>
99.00.772	D-DIMERO	R\$ 0,00	R\$ 127,11	<b>R\$ 127,11</b>
98.00.212	DETECÇÃO DE CHLAMYDIA TRACHOMATIS - CITOLOGIA MEIO LÍQUIDO	R\$ 0,00	R\$ 169,49	<b>R\$ 169,49</b>
98.00.220	DETECÇÃO DE NEISSERIA GONORRHOEAE - CITOLOGIA MEIO LÍQUIDO	R\$ 0,00	R\$ 169,49	<b>R\$ 169,49</b>
02.02.03.125-0	DETECÇÃO DE RNA DO HTLV-1	R\$ 65,00	R\$ 61,50	<b>R\$ 126,50</b>
88.66.70	DETECTAÇÃO HLA B27	-	-	<b>R\$ 46,36</b>
88.66.99	DETECTAÇÃO HLA B51	-	-	<b>R\$ 372,60</b>
02.02.12.001-5	DETERMINAÇÃO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	R\$ 10,65	R\$ 10,74	<b>R\$ 21,39</b>
02.02.01.002-3	DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	R\$ 2,01	R\$ 1,21	<b>R\$ 3,22</b>
02.02.10.001-4	DETERMINAÇÃO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURAÇÃO (C/TECNICA DE BANDAS)	R\$ 180,00	R\$ 329,91	<b>R\$ 509,91</b>
02.02.10.003-0	DETERMINAÇÃO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/TECNICA DE BANDAS)	R\$ 160,00	R\$ 415,00	<b>R\$ 575,00</b>
02.02.03.006-7	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$ 9,25	R\$ 0,00	<b>R\$ 9,25</b>
02.02.02.004-5	DETERMINAÇÃO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	R\$ 2,73	R\$ 0,49	<b>R\$ 3,22</b>
02.02.01.004-0	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 3,63	R\$ 0,00	<b>R\$ 3,63</b>
02.02.01.007-4	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R\$ 10,00	R\$ 0,00	<b>R\$ 10,00</b>
02.02.02.005-3	DETERMINAÇÃO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	R\$ 2,73	R\$ 3,48	<b>R\$ 6,21</b>



02.02.03.007-5	DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,83	R\$ 0,00	<b>R\$ 2,83</b>
02.08.01.009-2	DETERMINAÇÃO DE FLUXO SANGUÍNEO REGIONAL	R\$ 123,93	R\$ 133,55	<b>R\$ 257,48</b>
02.02.05.006-8	DETERMINAÇÃO DE OSMOLALIDADE	R\$ 3,70	R\$ 3,20	<b>R\$ 6,90</b>
02.02.01.008-2	DETERMINAÇÃO DE OSMOLARIDADE	R\$ 3,70	R\$ 3,20	<b>R\$ 6,90</b>
02.03.02.001-4	DETERMINAÇÃO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIS	R\$ 93,70	R\$ 0,00	<b>R\$ 93,70</b>
02.02.06.002-0	DETERMINAÇÃO DE RETENÇÃO DE T3	R\$ 12,54	R\$ 0,11	<b>R\$ 12,65</b>
02.02.02.006-1	DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R\$ 2,73	R\$ 0,49	<b>R\$ 3,22</b>
02.02.06.003-9	DETERMINAÇÃO DE T3 REVERSO	R\$ 14,69	R\$ 3,71	<b>R\$ 18,40</b>
02.02.02.00-70	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	R\$ 2,73	R\$ 0,00	<b>R\$ 2,73</b>
02.02.02.008-8	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R\$ 2,73	R\$ 0,49	<b>R\$ 3,22</b>
02.02.02.010-0	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R\$ 9,00	R\$ 8,94	<b>R\$ 17,94</b>
02.02.02.009-6	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO-DUKE	R\$ 2,73	R\$ 0,00	<b>R\$ 2,73</b>
02.02.02.011-8	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	R\$ 5,79	R\$ 37,91	<b>R\$ 43,70</b>
02.02.02.013-4	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP)	R\$ 5,77	R\$ 0,00	<b>R\$ 5,77</b>
02.02.02.014-2	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,73	R\$ 0,00	<b>R\$ 2,73</b>
02.02.02.015-0	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSIDIMENTAÇÃO (VHS)	R\$ 2,73	R\$ 0,00	<b>R\$ 2,73</b>
02.02.12.002-3	DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37	R\$ 0,00	<b>R\$ 1,37</b>
02.02.03.008-3	DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA	R\$ 9,25	R\$ 0,00	<b>R\$ 9,25</b>
99.88.77.23	DNA ANÁLISE DE PATERINIDADE DUO OU TRIO	R\$ 0,00	R\$ 450,00	<b>R\$ 450,00</b>
99.88.77.24	DNA ANÁLISE DE PATERINIDADE DUO OU TRIO ADICIONAL POR FILHO	R\$ 0,00	R\$ 200,00	<b>R\$ 200,00</b>
02.02.11.010-9	DOSAGEM DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTADO TESTE DO PEZINHO)	R\$ 8,00	R\$ 10,40	<b>R\$ 18,40</b>
02.02.11.009-5	DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	R\$ 8,00	R\$ 29,95	<b>R\$ 37,95</b>
02.02.06.004-7	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXI PROGESTERONA	R\$ 10,20	R\$ 27,75	<b>R\$ 37,95</b>
02.02.06.005-5	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R\$ 6,72	R\$ 31,23	<b>R\$ 37,95</b>



02.02.06.006-3	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	R\$ 6,72	R\$ 31,23	<b>R\$ 37,95</b>
02.02.01.076-7	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 15,24	R\$ 0,00	<b>R\$ 15,24</b>
02.02.01.076-7	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 15,24	R\$ 25,01	<b>R\$ 40,25</b>
02.02.01.009-0	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	R\$ 3,51	R\$ 2,70	<b>R\$ 6,21</b>
02.02.01.010-4	DOSAGEM DE ACETONA	R\$ 1,85	R\$ 36,10	<b>R\$ 37,95</b>
02.02.06.007-1	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	R\$ 6,72	R\$ 7,08	<b>R\$ 13,80</b>
02.02.01.011-2	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$ 2,01	R\$ 20,99	<b>R\$ 23,00</b>
02.02.07.001-8	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	R\$ 2,06	R\$ 4,84	<b>R\$ 6,90</b>
02.02.07.002-6	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	R\$ 2,23	R\$ 11,57	<b>R\$ 13,80</b>
02.02.07.003-4	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	R\$ 3,68	R\$ 10,12	<b>R\$ 13,80</b>
02.02.07.004-2	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	R\$ 2,04	R\$ 11,76	<b>R\$ 13,80</b>
02.02.01.012-0	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 1,85	R\$ 0,00	<b>R\$ 1,85</b>
02.02.07.005-0	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$ 15,65	R\$ 18,85	<b>R\$ 34,50</b>
02.02.01.013-9	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	R\$ 9,00	R\$ 1,35	<b>R\$ 10,35</b>
02.02.06.008-0	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 14,12	R\$ 34,18	<b>R\$ 48,30</b>
02.02.07.007-7	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	R\$ 2,01	R\$ 20,99	<b>R\$ 23,00</b>
02.02.01.014-7	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$ 3,68	R\$ 2,53	<b>R\$ 6,21</b>
02.02.06.009-8	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$ 11,89	R\$ 16,86	<b>R\$ 28,75</b>
02.02.01.015-5	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R\$ 3,68	R\$ 5,52	<b>R\$ 9,20</b>
02.02.01.016-3	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$ 3,68	R\$ 5,52	<b>R\$ 9,20</b>
02.02.01.017-1	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	R\$ 3,68	R\$ 65,32	<b>R\$ 69,00</b>
02.02.03.009-1	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 15,06	R\$ 13,69	<b>R\$ 28,75</b>
02.02.07.008-5	DOSAGEM DE ALUMINIO	R\$ 27,50	R\$ 0,10	<b>R\$ 27,60</b>
02.02.01.018-0	DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,25	R\$ 0,00	<b>R\$ 2,25</b>
02.02.06.010-1	DOSAGEM DE AMP CICLICO	R\$ 12,01	R\$ 26,40	<b>R\$ 38,41</b>
02.02.06.011-0	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$ 11,53	R\$ 25,27	<b>R\$ 36,80</b>
02.02.07.010-7	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R\$ 10,00	R\$ 94,88	<b>R\$ 104,88</b>



02.02.03.118-7	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA	R\$ 18,55	R\$ 44,24	<b>R\$ 62,79</b>
02.02.03.121-7	DOSAGEM DE ANTIGENO CA125	R\$ 13,35	R\$ 44,15	<b>R\$ 57,50</b>
02.02.03.010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 16,42	R\$ 0,00	<b>R\$ 16,42</b>
02.02.02.017-7	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$ 6,48	R\$ 11,92	<b>R\$ 18,40</b>
02.02.03.011-3	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 13,55	R\$ 55,45	<b>R\$ 69,00</b>
02.02.01.020-1	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 2,01	R\$ 0,00	<b>R\$ 2,01</b>
02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 1,85	R\$ 0,00	<b>R\$ 1,85</b>
02.02.06.012-8	DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$ 14,38	R\$ 37,37	<b>R\$ 51,75</b>
02.02.07.016-6	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11	R\$ 2,79	<b>R\$ 6,90</b>
02.02.01.023-6	DOSAGEM DE CAROTENO	R\$ 2,01	R\$ 2,59	<b>R\$ 4,60</b>
02.02.01.024-4	DOSAGEM DE CATECOLAMINAS	R\$ 0,00	R\$ 23,00	<b>R\$ 23,00</b>
02.02.01.025-2	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R\$ 3,68	R\$ 5,52	<b>R\$ 9,20</b>
02.02.07.017-4	DOSAGEM DE CHUMBO	R\$ 8,83	R\$ 9,57	<b>R\$ 18,40</b>
02.02.07.018-2	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$ 58,61	R\$ 10,39	<b>R\$ 69,00</b>
02.02.05.008-4	DOSAGEM DE CITRATO	R\$ 2,01	R\$ 0,00	<b>R\$ 2,01</b>
02.02.07.019-0	DOSAGEM DE COBRE	R\$ 3,51	R\$ 3,39	<b>R\$ 6,90</b>
02.02.01.027-9	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,51	R\$ 0,00	<b>R\$ 3,51</b>
02.02.01.028-7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,51	R\$ 0,00	<b>R\$ 3,51</b>
02.02.01.029-5	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85	R\$ 0,00	<b>R\$ 1,85</b>
02.02.01.030-9	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$ 3,68	R\$ 0,92	<b>R\$ 4,60</b>
02.02.03.012-1	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$ 17,16	R\$ 0,00	<b>R\$ 17,16</b>
02.02.03.013-0	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C5	R\$ 17,16	R\$ 0,00	<b>R\$ 17,16</b>
02.02.06.013-6	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9,86	R\$ 7,39	<b>R\$ 17,25</b>
02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85	R\$ 0,00	<b>R\$ 1,85</b>
02.02.01.032-5	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68	R\$ 0,00	<b>R\$ 3,68</b>
02.02.01.033-3	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 4,12	R\$ 0,00	<b>R\$ 4,12</b>
02.02.03.014-8	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	R\$ 2,83	R\$ 0,39	<b>R\$ 3,22</b>



02.02.06.014-4	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 11,25	R\$ 0,00	<b>R\$ 11,25</b>
02.02.01.034-1	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	R\$ 3,51	R\$ 5,69	<b>R\$ 9,20</b>
02.02.01.036-8	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$ 3,68	R\$ 0,00	<b>R\$ 3,68</b>
02.02.07.020-4	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$ 8,97	R\$ 7,13	<b>R\$ 16,10</b>
02.02.06.015-2	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 11,71	R\$ 25,09	<b>R\$ 36,80</b>
02.02.04.001-1	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	R\$ 1,65	R\$ 1,57	<b>R\$ 3,22</b>
02.02.06.016-0	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 10,15	R\$ 12,85	<b>R\$ 23,00</b>
02.02.06.017-9	DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 11,55	R\$ 0,00	<b>R\$ 11,55</b>
02.02.06.018-7	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 11,12	R\$ 0,00	<b>R\$ 11,12</b>
02.02.07.021-2	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	R\$ 15,65	R\$ 18,85	<b>R\$ 34,50</b>
02.02.02.018-5	DOSAGEM DE FATOR II	R\$ 5,31	R\$ 1,59	<b>R\$ 6,90</b>
02.02.02.019-9	DOSAGEM DE FATOR IX	R\$ 7,61	R\$ 1,59	<b>R\$ 9,20</b>
02.02.02.020-7	DOSAGEM DE FATOR V	R\$ 4,73	R\$ 121,77	<b>R\$ 126,50</b>
02.02.02.021-5	DOSAGEM DE FATOR VII	R\$ 8,09	R\$ 10,31	<b>R\$ 18,40</b>
02.02.02.022-3	DOSAGEM DE FATOR VIII	R\$ 6,63	R\$ 11,77	<b>R\$ 18,40</b>
02.02.02.023-1	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	R\$ 15,00	R\$ 8,00	<b>R\$ 23,00</b>
02.02.02.025-8	DOSAGEM DE FATOR X	R\$ 6,66	R\$ 11,74	<b>R\$ 18,40</b>
02.02.02.026-6	DOSAGEM DE FATOR XI	R\$ 9,11	R\$ 0,09	<b>R\$ 9,20</b>
02.02.02.028-2	DOSAGEM DE FATOR XIII	R\$ 6,66	R\$ 11,74	<b>R\$ 18,40</b>
02.02.11.004-4	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE/DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 5,50	R\$ 6,00	<b>R\$ 11,50</b>
02.02.11.006-0	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 DETECÇÃO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA (COMPONENTE DO TESTE DE PEZINHO)	R\$ 20,90	R\$ 18,20	<b>R\$ 39,10</b>
02.02.07.022-0	DOSAGEM DE FENITOINA	R\$ 35,22	R\$ 0,00	<b>R\$ 35,22</b>
02.02.07.023-9	DOSAGEM DE FENOL	R\$ 2,05	R\$ 11,75	<b>R\$ 13,80</b>
02.02.01.038-4	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 15,59	R\$ 0,00	<b>R\$ 15,59</b>
02.02.01.039-2	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 3,51	R\$ 0,00	<b>R\$ 3,51</b>
02.02.02.029-0	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R\$ 4,60	R\$ 0,00	<b>R\$ 4,60</b>
02.02.01.040-6	DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 15,65	R\$ 3,90	<b>R\$ 19,55</b>



02.02.07.024-7	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	R\$ 3,51	R\$ 1,09	<b>R\$ 4,60</b>
02.02.01.041-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	R\$ 2,01	R\$ 2,13	<b>R\$ 4,14</b>
02.02.01.042-2	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01	R\$ 0,00	<b>R\$ 2,01</b>
02.02.01.043-0	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1,85	R\$ 0,00	<b>R\$ 1,85</b>
02.02.01.043-0	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1,85	R\$ 1,37	<b>R\$ 3,22</b>
02.02.01.044-9	DOSAGEM DE FRAÇÃO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	R\$ 2,01	R\$ 9,49	<b>R\$ 11,50</b>
02.02.09.010-8	DOSAGEM DE FRUTOSE	R\$ 2,01	R\$ 8,34	<b>R\$ 10,35</b>
02.02.09.011-6	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	R\$ 2,01	R\$ 1,21	<b>R\$ 3,22</b>
02.02.01.045-7	DOSAGEM DE GALACTOSE	R\$ 3,51	R\$ 0,00	<b>R\$ 3,51</b>
02.02.01.046-5	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,51	R\$ 0,00	<b>R\$ 3,51</b>
02.02.06.019-5	DOSAGEM DE GASTRINA	R\$ 14,15	R\$ 8,85	<b>R\$ 23,00</b>
02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 1,85	R\$ 0,00	<b>R\$ 1,85</b>
02.02.01.048-1	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R\$ 3,68	R\$ 3,22	<b>R\$ 6,90</b>
02.02.06.020-9	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R\$ 15,35	R\$ 0,00	<b>R\$ 15,35</b>
02.02.06.021-7	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 7,85	R\$ 0,00	<b>R\$ 7,85</b>
02.02.04.002-0	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R\$ 3,04	R\$ 1,56	<b>R\$ 4,60</b>
02.02.01.049-0	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R\$ 3,68	R\$ 5,52	<b>R\$ 9,20</b>
02.02.02.030-4	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 1,53	R\$ 0,00	<b>R\$ 1,53</b>
02.02.02.031-2	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 370C	R\$ 2,73	R\$ 0,72	<b>R\$ 3,45</b>
02.02.02.032-0	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R\$ 2,73	R\$ 0,49	<b>R\$ 3,22</b>
02.02.01.050-3	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 7,86	R\$ 0,00	<b>R\$ 7,86</b>
02.02.01.051-1	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R\$ 3,68	R\$ 5,52	<b>R\$ 9,20</b>
02.02.06.022-5	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$ 10,21	R\$ 10,49	<b>R\$ 20,70</b>
02.02.06.023-3	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 7,89	R\$ 0,00	<b>R\$ 7,89</b>
02.02.06.024-1	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 8,97	R\$ 0,00	<b>R\$ 8,97</b>
02.02.06.025-0	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96	R\$ 0,00	<b>R\$ 8,96</b>
02.02.08.005-6	DOSAGEM DE HORMONIO TIROESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96	R\$ 0,00	<b>R\$ 8,96</b>



02.02.03.016-4	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA (IGE)	R\$ 9,25	R\$ 0,00	<b>R\$ 9,25</b>
02.02.03.015-6	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 17,16	R\$ 45,63	<b>R\$ 62,79</b>
02.02.03.017-2	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)	R\$ 0,00	R\$ 33,35	<b>R\$ 33,35</b>
02.02.03.018-0	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 17,16	R\$ 0,00	<b>R\$ 17,16</b>
02.02.03.018-0	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 17,16	R\$ 0,00	<b>R\$ 17,16</b>
02.02.03.019-9	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	R\$ 9,25	R\$ 6,85	<b>R\$ 16,10</b>
02.02.06.026-8	DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 10,17	R\$ 0,00	<b>R\$ 10,17</b>
02.02.06.026-8	DOSAGEM DE INSULINA (BASAL)	R\$ 10,17	R\$ 10,53	<b>R\$ 20,70</b>
02.02.01.052-0	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	R\$ 3,51	R\$ 2,70	<b>R\$ 6,21</b>
02.02.01.054-6	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	R\$ 3,51	R\$ 1,09	<b>R\$ 4,60</b>
02.02.01.055-4	DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 2,25	R\$ 0,00	<b>R\$ 2,25</b>
02.02.01.055-4	DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 2,25	R\$ 1,20	<b>R\$ 3,45</b>
02.02.01.056-2	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 2,01	R\$ 0,00	<b>R\$ 2,01</b>
02.02.07.026-3	DOSAGEM DE MERCURIO	R\$ 2,04	R\$ 25,56	<b>R\$ 27,60</b>
02.02.07.027-1	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11	R\$ 2,79	<b>R\$ 6,90</b>
02.02.05.009-2	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12	R\$ 0,00	<b>R\$ 8,12</b>
02.02.01.057-0	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R\$ 2,01	R\$ 1,44	<b>R\$ 3,45</b>
02.02.05.010-6	DOSAGEM DE OXALATO	R\$ 3,68	R\$ 3,22	<b>R\$ 6,90</b>
02.02.06.027-6	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 43,13	R\$ 2,87	<b>R\$ 46,00</b>
02.02.06.028-4	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 15,35	R\$ 13,40	<b>R\$ 28,75</b>
02.02.01.058-9	DOSAGEM DE PIRUVATO	R\$ 3,68	R\$ 3,22	<b>R\$ 6,90</b>
02.02.01.059-7	DOSAGEM DE PORFIRINAS	R\$ 3,51	R\$ 6,61	<b>R\$ 10,12</b>
02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 1,85	R\$ 0,00	<b>R\$ 1,85</b>
02.02.06.029-2	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 10,22	R\$ 13,93	<b>R\$ 24,15</b>
02.02.06.030-6	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 10,15	R\$ 9,40	<b>R\$ 19,55</b>
02.02.05.011-4	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,04	R\$ 0,00	<b>R\$ 2,04</b>
02.02.01.062-7	DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES	R\$ 1,85	R\$ 0,00	<b>R\$ 1,85</b>
02.02.06.031-4	DOSAGEM DE RENINA	R\$ 13,19	R\$ 12,11	<b>R\$ 25,30</b>



02.02.07.031-0	DOSAGEM DE SALICILATOS	R\$ 2,01	R\$ 25,59	<b>R\$ 27,60</b>
02.02.01.063-5	DOSAGEM DE SODIO	R\$ 1,85	R\$ 0,00	<b>R\$ 1,85</b>
02.02.06.032-2	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$ 15,35	R\$ 30,65	<b>R\$ 46,00</b>
02.02.06.033-0	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$ 13,11	R\$ 12,19	<b>R\$ 25,30</b>
02.02.07.032-8	DOSAGEM DE SULFATOS	R\$ 3,51	R\$ 0,63	<b>R\$ 4,14</b>
02.02.07.033-6	DOSAGEM DE TEOFILINA	R\$ 15,65	R\$ 18,85	<b>R\$ 34,50</b>
02.02.06.034-9	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10,43	R\$ 0,00	<b>R\$ 10,43</b>
02.02.06.035-7	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11	R\$ 0,00	<b>R\$ 13,11</b>
02.02.06.035-7	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11	R\$ 21,39	<b>R\$ 34,50</b>
02.02.07.034-4	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R\$ 3,68	R\$ 3,22	<b>R\$ 6,90</b>
02.02.06.036-5	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 15,35	R\$ 16,85	<b>R\$ 32,20</b>
02.02.06.038-1	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60	R\$ 0,00	<b>R\$ 11,60</b>
02.02.01.064-3	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 2,01	R\$ 0,00	<b>R\$ 2,01</b>
02.02.01.065-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,01	R\$ 0,00	<b>R\$ 2,01</b>
02.02.01.066-0	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,12	R\$ 0,00	<b>R\$ 4,12</b>
02.02.01.067-8	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,51	R\$ 0,00	<b>R\$ 3,51</b>
02.02.06.039-0	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71	R\$ 0,00	<b>R\$ 8,71</b>
02.02.11.007-9	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	R\$ 5,50	R\$ 7,84	<b>R\$ 13,34</b>
02.02.11.008-7	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 13,20	R\$ 6,35	<b>R\$ 19,55</b>
02.02.01.069-4	DOSAGEM DE UREIA	R\$ 1,85	R\$ 0,00	<b>R\$ 1,85</b>
02.02.01.070-8	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 15,24	R\$ 0,00	<b>R\$ 15,24</b>
02.02.07.035-2	DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 15,65	R\$ 11,95	<b>R\$ 27,60</b>
02.02.05.012-2	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	R\$ 3,04	R\$ 8,46	<b>R\$ 11,50</b>
02.02.02.035-5	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 5,41	R\$ 24,59	<b>R\$ 30,00</b>
02.02.01.071-6	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$ 3,68	R\$ 5,52	<b>R\$ 9,20</b>
02.02.01.072-4	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 4,42	R\$ 0,00	<b>R\$ 4,42</b>
02.02.09.015-9	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/CONCENTRAÇÃO NO LIQUOR	R\$ 5,23	R\$ 13,17	<b>R\$ 18,40</b>



02.02.02.036-3	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$ 2,73	R\$ 1,87	<b>R\$ 4,60</b>
02.02.09.017-5	ESPLENOGRAMA	R\$ 5,79	R\$ 10,31	<b>R\$ 16,10</b>
02.02.04.003-8	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	R\$ 3,04	R\$ 0,00	<b>R\$ 3,04</b>
02.02.05.013-0	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	R\$ 3,70	R\$ 3,20	<b>R\$ 6,90</b>
02.02.12.003-1	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH-HR	R\$ 10,65	R\$ 4,76	<b>R\$ 15,41</b>
02.02.01.073-2	GASOMETRIA PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	R\$ 15,65	R\$ 5,05	<b>R\$ 20,70</b>
02.02.02.037-1	HEMATOCRITO	R\$ 1,53	R\$ 0,00	<b>R\$ 1,53</b>
02.02.08.015-3	HEMOCULTURA	R\$ 11,49	R\$ 0,00	<b>R\$ 11,49</b>
02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11	R\$ 0,00	<b>R\$ 4,11</b>
02.02.08.016-1	IDENTIFICAÇÃO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R\$ 5,63	R\$ 5,87	<b>R\$ 11,50</b>
02.02.04.004-6	IDENTIFICAÇÃO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	R\$ 1,65	R\$ 0,65	<b>R\$ 2,30</b>
02.02.03.022-9	IMUNOELETOFORESE DE PROTEINAS	R\$ 17,16	R\$ 0,00	<b>R\$ 17,16</b>
88.01.045	IMUNOHISTOQUIMICA	R\$ 0,00	R\$ 688,55	<b>R\$ 688,55</b>
02.03.02.004-9	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 131,52	R\$ 72,54	<b>R\$ 204,06</b>
98.00.255	IMUNOHISTOQUIMICA PARA MARCADORES ESPECÍFICO ALK IMUNO MUTAÇÃO	R\$ 0,00	R\$ 1.694,88	<b>R\$ 1.694,88</b>
98.00.280	IMUNOHISTOQUIMICA PARA MARCADORES ESPECÍFICO BRA/NRAS (CÓDON 600)	R\$ 0,00	R\$ 1.864,37	<b>R\$ 1.864,37</b>
98.00.310	IMUNOHISTOQUIMICA PARA MARCADORES ESPECÍFICO EGFR (EXONS 18,19,20,21)	R\$ 0,00	R\$ 1.922,63	<b>R\$ 1.922,63</b>
98.00.263	IMUNOHISTOQUIMICA PARA MARCADORES ESPECÍFICO HIBRIDIZAÇÃO IN SITU-CMV/EBV/HPV	R\$ 0,00	R\$ 794,48	<b>R\$ 794,48</b>
98.00.298	IMUNOHISTOQUIMICA PARA MARCADORES ESPECÍFICO KRAS CÓDONS 12,13,61,117,146	R\$ 0,00	R\$ 1.922,63	<b>R\$ 1.922,63</b>
98.00.301	IMUNOHISTOQUIMICA PARA MARCADORES ESPECÍFICO MICROSATÉLITE PCR	R\$ 0,00	R\$ 1.949,11	<b>R\$ 1.949,11</b>
98.00.271	IMUNOHISTOQUIMICA PARA MARCADORES ESPECÍFICO NTRK	R\$ 0,00	R\$ 741,51	<b>R\$ 741,51</b>
98.00.239	IMUNOHISTOQUIMICA PARA MARCADORES ESPECÍFICO P16 E HPV	R\$ 0,00	R\$ 211,86	<b>R\$ 211,86</b>
98.00.328	IMUNOHISTOQUIMICA PARA MARCADORES ESPECÍFICO PCR PARA METILAÇÃO MGMT	R\$ 0,00	R\$ 1.800,81	<b>R\$ 1.800,81</b>



98.00.247	IMUNOHISTOQUIMICA PARA MARCADORES ESPECÍFICO PDL1 PARA MAMA	R\$ 0,00	R\$ 1.949,11	<b>R\$ 1.949,11</b>
98.00.336	IMUNOHISTOQUIMICA PARA MARCADORES ESPECÍFICO SISH/FISH PARA HER-2	R\$ 0,00	R\$ 1.864,37	<b>R\$ 1.864,37</b>
02.02.03.024-5	INTRADERMORREACAO COM DERIVADO PROTEICO PURIFICADO (PPD)	R\$ 0,00	R\$ 50,00	<b>R\$ 50,00</b>
02.02.02.039-8	LEUCOGRAMA	R\$ 2,73	R\$ 1,87	<b>R\$ 4,60</b>
88.99.45	LISOZIMA	-	-	<b>R\$ 259,63</b>
02.02.09.019-1	MIELOGRAMA	R\$ 5,79	R\$ 17,21	<b>R\$ 23,00</b>
98.00.204	PAINEL HPV (GENOTIPAGEM 35 TIPOS) ALTO E BAIXO RISCO - CITOLOGIA MEIO LÍQUIDO	R\$ 0,00	R\$ 217,16	<b>R\$ 217,16</b>
02.02.05.014-9	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	R\$ 3,70	R\$ 3,20	<b>R\$ 6,90</b>
98.00.190	PESQUISA COMPLEMENTAR POR PCR - PAINEL IST/DST/MULTIPLEX - CITOLOGIA MEIO LÍQUIDO/SÊMEN/URINA	R\$ 0,00	R\$ 317,79	<b>R\$ 317,79</b>
02.02.03.025-3	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,00	R\$ 6,10	<b>R\$ 16,10</b>
02.02.03.026-1	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,00	R\$ 6,10	<b>R\$ 16,10</b>
02.02.03.037-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R\$ 9,25	R\$ 10,30	<b>R\$ 19,55</b>
02.02.03.039-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$ 9,25	R\$ 6,85	<b>R\$ 16,10</b>
02.02.03.041-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R\$ 5,83	R\$ 1,07	<b>R\$ 6,90</b>
02.02.03.042-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	R\$ 10,00	R\$ 10,70	<b>R\$ 20,70</b>
02.02.03.043-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEIX SUPRARENAL	R\$ 17,16	R\$ 0,00	<b>R\$ 17,16</b>
02.02.03.027-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 8,67	R\$ 5,13	<b>R\$ 13,80</b>
02.02.03.044-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	R\$ 9,25	R\$ 6,85	<b>R\$ 16,10</b>
02.02.03.045-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R\$ 10,00	R\$ 3,80	<b>R\$ 13,80</b>
02.02.03.047-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 2,83	R\$ 0,00	<b>R\$ 2,83</b>
02.02.03.048-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	R\$ 10,00	R\$ 6,10	<b>R\$ 16,10</b>
02.02.03.050-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	R\$ 10,00	R\$ 3,80	<b>R\$ 13,80</b>
02.02.03.028-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$ 17,16	R\$ 5,84	<b>R\$ 23,00</b>
02.02.03.029-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 85,00	R\$ 76,00	<b>R\$ 161,00</b>



02.02.03.030-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 10,00	R\$ 0,00	<b>R\$ 10,00</b>
02.02.03.126-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 (WESTERN-BLOT)	R\$ 85,00	R\$ 76,00	<b>R\$ 161,00</b>
02.02.03.031-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 18,55	R\$ 107,95	<b>R\$ 126,50</b>
02.02.03.051-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	R\$ 10,00	R\$ 8,40	<b>R\$ 18,40</b>
02.02.03.052-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	R\$ 17,16	R\$ 3,54	<b>R\$ 20,70</b>
02.02.03.053-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R\$ 4,10	R\$ 3,49	<b>R\$ 7,59</b>
02.02.03.054-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	R\$ 5,50	R\$ 3,70	<b>R\$ 9,20</b>
02.02.03.055-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$ 17,16	R\$ 6,99	<b>R\$ 24,15</b>
02.02.03.057-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R\$ 17,16	R\$ 1,24	<b>R\$ 18,40</b>
02.02.03.059-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	R\$ 17,16	R\$ 0,00	<b>R\$ 17,16</b>
02.02.03.060-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	R\$ 17,16	R\$ 3,54	<b>R\$ 20,70</b>
02.02.03.032-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$ 17,16	R\$ 1,24	<b>R\$ 18,40</b>
02.02.03.033-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$ 5,74	R\$ 0,47	<b>R\$ 6,21</b>
02.02.03.034-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 17,16	R\$ 1,24	<b>R\$ 18,40</b>
02.02.03.035-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 18,55	R\$ 4,45	<b>R\$ 23,00</b>
02.02.03.036-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$ 18,55	R\$ 4,45	<b>R\$ 23,00</b>
02.02.03.062-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOBLOBULINA	R\$ 17,16	R\$ 6,99	<b>R\$ 24,15</b>
02.02.03.062-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$ 17,16	R\$ 0,00	<b>R\$ 17,16</b>
02.02.03.064-4	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$ 18,55	R\$ 4,45	<b>R\$ 23,00</b>
02.02.03.067-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE C (ANTI HCV)	R\$ 18,55	R\$ 0,00	<b>R\$ 18,55</b>
02.02.03.069-5	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R\$ 9,25	R\$ 9,15	<b>R\$ 18,40</b>
02.02.03.070-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIODES BRASILIENSIS	R\$ 4,10	R\$ 0,50	<b>R\$ 4,60</b>
02.02.03.072-5	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R\$ 17,16	R\$ 3,54	<b>R\$ 20,70</b>
02.02.03.073-3	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 2,83	R\$ 16,72	<b>R\$ 19,55</b>
02.02.03.074-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVÍRUS	R\$ 11,00	R\$ 0,00	<b>R\$ 11,00</b>

58

 Assinado por 1 pessoa: BEATRIZ BLEYER RODRIGUES  
 Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://cisamures.1doc.com.br/verificacao/CC02-FF83-EDD8> e informe o código CC02-FF83-EDD8


02.02.03.076-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97	R\$ 0,00	<b>R\$ 16,97</b>
02.02.03.077-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25	R\$ 0,00	<b>R\$ 9,25</b>
02.02.03.080-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE A (HAV - IGG)	R\$ 18,55	R\$ 0,00	<b>R\$ 18,55</b>
02.02.03.081-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	R\$ 0,00	<b>R\$ 17,16</b>
02.02.03.082-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 17,16	R\$ 5,84	<b>R\$ 23,00</b>
02.02.03.084-9	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16	R\$ 5,84	<b>R\$ 23,00</b>
02.02.03.078-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R\$ 18,55	R\$ 4,45	<b>R\$ 23,00</b>
02.02.03.085-7	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVÍRUS	R\$ 11,61	R\$ 0,00	<b>R\$ 11,61</b>
02.02.03.086-5	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R\$ 10,00	R\$ 0,00	<b>R\$ 10,00</b>
02.02.03.087-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,55	R\$ 0,00	<b>R\$ 18,55</b>
02.02.03.088-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25	R\$ 0,00	<b>R\$ 9,25</b>
02.02.03.089-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 18,55	R\$ 9,05	<b>R\$ 27,60</b>
02.02.03.091-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE A (HAV - IGM)	R\$ 18,55	R\$ 0,00	<b>R\$ 18,55</b>
02.02.03.092-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	R\$ 0,00	<b>R\$ 17,16</b>
02.02.03.093-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 17,16	R\$ 5,84	<b>R\$ 23,00</b>
02.02.03.095-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16	R\$ 5,84	<b>R\$ 23,00</b>
02.02.12.005-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUIÇÃO	R\$ 5,79	R\$ 25,26	<b>R\$ 31,05</b>
02.02.09.022-1	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIOGENICO CEA	R\$ 2,01	R\$ 0,00	<b>R\$ 2,01</b>
02.02.03.096-2	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 3,35	R\$ 0,00	<b>R\$ 3,35</b>
02.02.03.098-9	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$ 18,55	R\$ 0,00	<b>R\$ 18,55</b>
02.02.09.023-0	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$ 1,89	R\$ 18,81	<b>R\$ 20,70</b>
02.02.05.019-0	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R\$ 2,04	R\$ 1,41	<b>R\$ 3,45</b>
02.02.05.020-3	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	R\$ 2,04	R\$ 2,56	<b>R\$ 4,60</b>



02.02.03.100-4	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R\$ 2,83	R\$ 8,67	<b>R\$ 11,50</b>
02.02.04.005-4	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	R\$ 1,65	R\$ 1,80	<b>R\$ 3,45</b>
02.02.05.021-1	PESQUISA DE ERROS INATOS DO MATEBOLISMO NA URINA	R\$ 3,70	R\$ 3,89	<b>R\$ 7,59</b>
02.02.09.026-4	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APÓS VASECTOMIA)	R\$ 4,80	R\$ 4,40	<b>R\$ 9,20</b>
02.02.08.019-6	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$ 4,33	R\$ 7,17	<b>R\$ 11,50</b>
02.02.12.008-2	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37	R\$ 0,00	<b>R\$ 1,37</b>
02.02.02.043-6	PESQUISA DE FILARIA	R\$ 2,73	R\$ 0,49	<b>R\$ 3,22</b>
02.02.05.023-8	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R\$ 2,04	R\$ 1,18	<b>R\$ 3,22</b>
02.02.05.024-6	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	R\$ 3,36	R\$ 0,09	<b>R\$ 3,45</b>
02.02.04.007-0	PESQUISA DE GORDURA FECAL	R\$ 1,65	R\$ 2,95	<b>R\$ 4,60</b>
02.02.05.026-2	PESQUISA DE HEMOCISTINA NA URINA	R\$ 2,04	R\$ 1,41	<b>R\$ 3,45</b>
02.02.03.102-0	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	R\$ 10,00	R\$ 36,00	<b>R\$ 46,00</b>
02.02.08.021-8	PESQUISA DE H-PYLORI	R\$ 4,33	R\$ 0,71	<b>R\$ 5,04</b>
02.02.03.103-9	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	R\$ 9,25	R\$ 6,85	<b>R\$ 16,10</b>
02.02.04.008-9	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R\$ 1,65	R\$ 0,00	<b>R\$ 1,65</b>
02.02.08.022-6	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R\$ 2,80	R\$ 4,79	<b>R\$ 7,59</b>
02.02.04.010-0	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R\$ 1,65	R\$ 0,65	<b>R\$ 2,30</b>
02.02.06.047-0	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	R\$ 12,15	R\$ 3,95	<b>R\$ 16,10</b>
02.02.04.011-9	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTOS DA MUCOSA)	R\$ 1,65	R\$ 0,65	<b>R\$ 2,30</b>
02.02.02.045-2	PESQUISA DE PLASMODIO	R\$ 0,00	R\$ 3,22	<b>R\$ 3,22</b>
02.02.08.017-0	PESQUISA DE PNEUMOCYSTITARINI	R\$ 4,33	R\$ 11,77	<b>R\$ 16,10</b>
02.02.05.029-7	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	R\$ 2,04	R\$ 1,18	<b>R\$ 3,22</b>
02.02.05.030-0	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R\$ 4,44	R\$ 7,06	<b>R\$ 11,50</b>
02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 1,65	R\$ 0,00	<b>R\$ 1,65</b>
02.02.04.015-1	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	R\$ 1,65	R\$ 0,65	<b>R\$ 2,30</b>
02.02.05.031-9	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R\$ 2,04	R\$ 1,18	<b>R\$ 3,22</b>
02.02.02.046-0	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R\$ 2,73	R\$ 0,49	<b>R\$ 3,22</b>



02.02.04.016-0	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	R\$ 1,65	R\$ 19,05	<b>R\$ 20,70</b>
02.02.08.024-2	PROVA CONFIRMATORIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES	R\$ 5,62	R\$ 0,00	<b>R\$ 5,62</b>
02.02.01.074-0	PROVA DA D-XILOSE	R\$ 3,68	R\$ 14,72	<b>R\$ 18,40</b>
02.02.02.048-7	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$ 4,11	R\$ 2,79	<b>R\$ 6,90</b>
02.02.05.032-7	PROVA DE DILUIÇÃO (URINA)	R\$ 2,04	R\$ 0,00	<b>R\$ 2,04</b>
02.02.02.049-5	PROVA DE RETRAÇÃO DO COAGULO	R\$ 2,73	R\$ 0,00	<b>R\$ 2,73</b>
02.02.02.050-9	PROVA DO LACO	R\$ 2,73	R\$ 0,00	<b>R\$ 2,73</b>
02.02.09.030-2	PROVA DO LATEX P/PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$ 1,89	R\$ 2,71	<b>R\$ 4,60</b>
02.02.03.107-1	QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO HIV-1	R\$ 18,00	R\$ 74,00	<b>R\$ 92,00</b>
02.02.02.051-7	RASTREIO P/DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R\$ 2,73	R\$ 3,48	<b>R\$ 6,21</b>
02.02.09.032-9	REAÇÃO DA RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89	R\$ 18,81	<b>R\$ 20,70</b>
02.02.03.110-1	REAÇÃO DE MONTENEGRO ID	R\$ 2,83	R\$ 1,77	<b>R\$ 4,60</b>
02.02.02.052-5	TESTE DE AGREGAÇÃO DE PLAQUETAS	R\$ 12,00	R\$ 3,18	<b>R\$ 15,18</b>
02.13.01.057-7	TESTE DE AVIDEZ PARA TOXOPLASMOSE	R\$ 0,00	R\$ 59,80	<b>R\$ 59,80</b>
02.02.06.040-3	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APÓS TRH	R\$ 12,01	R\$ 7,54	<b>R\$ 19,55</b>
02.02.06.041-1	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APÓS CLORPROMAZINA	R\$ 12,01	R\$ 7,54	<b>R\$ 19,55</b>
02.02.02.053-3	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	R\$ 2,73	R\$ 1,87	<b>R\$ 4,60</b>
02.02.06.044-6	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APÓS DEXAMETASONA	R\$ 12,01	R\$ 5,24	<b>R\$ 17,25</b>
02.02.01.075-9	TESTE DE TOLERÂNCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	R\$ 6,55	R\$ 14,15	<b>R\$ 20,70</b>
02.02.03.111-0	TESTE DE VDRL P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 2,83	R\$ 0,00	<b>R\$ 2,83</b>
02.02.03.112-8	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00	R\$ 0,00	<b>R\$ 10,00</b>
02.02.03.113-6	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00	R\$ 0,00	<b>R\$ 10,00</b>
02.02.12.009-0	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 2,73	R\$ 0,00	<b>R\$ 2,73</b>
02.02.03.117-9	TESTE NÃO TREPONEMICO P/DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES	R\$ 2,83	R\$ 1,77	<b>R\$ 4,60</b>
02.14.01.010-4	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO PELO HBV	R\$ 0,00	R\$ 23,70	<b>R\$ 23,70</b>
02.02.03.109-8	TESTE TREPONEMICO P/DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 4,10	R\$ 0,50	<b>R\$ 4,60</b>



**EXAMES E PROCEDIMENTOS REALIZADOS NA SEDE CISAMURES**

<b>CÓDIGO</b>	<b>ESPECIFICAÇÃO</b>	<b>VALOR SUS</b>	<b>COMPLEMENTO</b>	<b>VALOR CISAMURES</b>
02.01.01.047-0	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - (PAAF)	R\$ 23,73	R\$ 118,90	<b>R\$ 142,63</b>
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	R\$ 67,86	R\$ 66,09	<b>R\$ 133,95</b>
02.05.01.004-0	ECODOPPLER DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	R\$ 39,60	R\$ 171,11	<b>R\$ 210,71</b>
02.05.01.004-0	ECODOPPLER VENOSO POR MEMBRO	R\$ 39,60	R\$ 72,65	<b>R\$ 112,25</b>
03.03.09.003-0	INFILTRAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS EM CAVIDADE SINOVIAL (ARTICULAÇÃO, BAINHA E TENDINOSA)	R\$ 5,63	R\$ 76,02	<b>R\$ 81,65</b>
02.01.01.058-5	PUNCAO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA (PAAF) ATÉ 3 NÓDULOS	R\$ 66,48	R\$ 296,51	<b>R\$ 362,99</b>
02.01.01.058-5	PUNCAO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA (PAAF) MAIS DE 3 NÓDULOS	R\$ 66,48	R\$ 452,07	<b>R\$ 518,55</b>
02.01.01.060-7	PUNÇÃO POR AGULHA GROSSA	R\$ 140,00	R\$ 74,11	<b>R\$ 214,11</b>
99.00.012	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN INFERIOR	R\$ 24,20	R\$ 7,46	<b>R\$ 31,66</b>
02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 24,20	R\$ 24,67	<b>R\$ 48,87</b>
02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 37,95	R\$ 37,77	<b>R\$ 75,72</b>
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO	R\$ 24,20	R\$ 50,56	<b>R\$ 74,76</b>
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO	R\$ 24,20	R\$ 26,71	<b>R\$ 50,91</b>
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 24,20	R\$ 25,25	<b>R\$ 49,45</b>
99.00.063	ULTRASSONOGRRAFIA DE CERVICAL	R\$ 24,20	R\$ 25,25	<b>R\$ 49,45</b>
99.00.071	ULTRASSONOGRRAFIA DE CRÂNIO	R\$ 24,20	R\$ 25,25	<b>R\$ 49,45</b>
02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 24,20	R\$ 18,89	<b>R\$ 43,09</b>
02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 24,20	R\$ 76,91	<b>R\$ 101,11</b>
99.00.101	ULTRASSONOGRRAFIA DE REGIÃO INGUINAL	R\$ 24,20	R\$ 25,25	<b>R\$ 49,45</b>
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE	R\$ 24,20	R\$ 25,25	<b>R\$ 49,45</b>
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL	R\$ 24,20	R\$ 21,97	<b>R\$ 46,17</b>
02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA	R\$ 24,20	R\$ 14,21	<b>R\$ 38,41</b>
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	R\$ 24,20	R\$ 76,71	<b>R\$ 100,91</b>
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 24,20	R\$ 32,62	<b>R\$ 56,82</b>



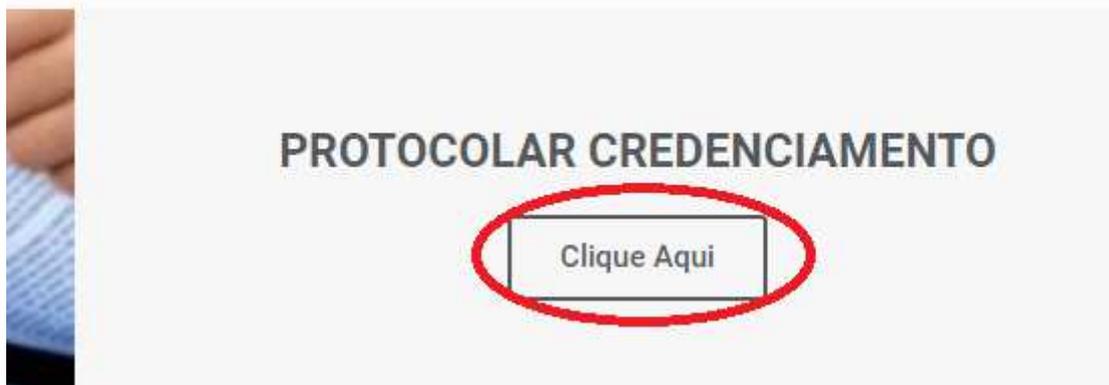
ANEXO V

PASSO A PASSO – CREDENCIAMENTO

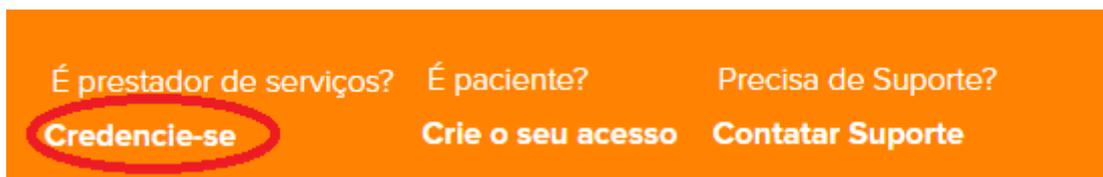
PASSO 01: NO SITE [WWW.CISAMURES.SC.GOV.BR](http://WWW.CISAMURES.SC.GOV.BR), CLIQUE NO MENU CREDENCIAMENTO



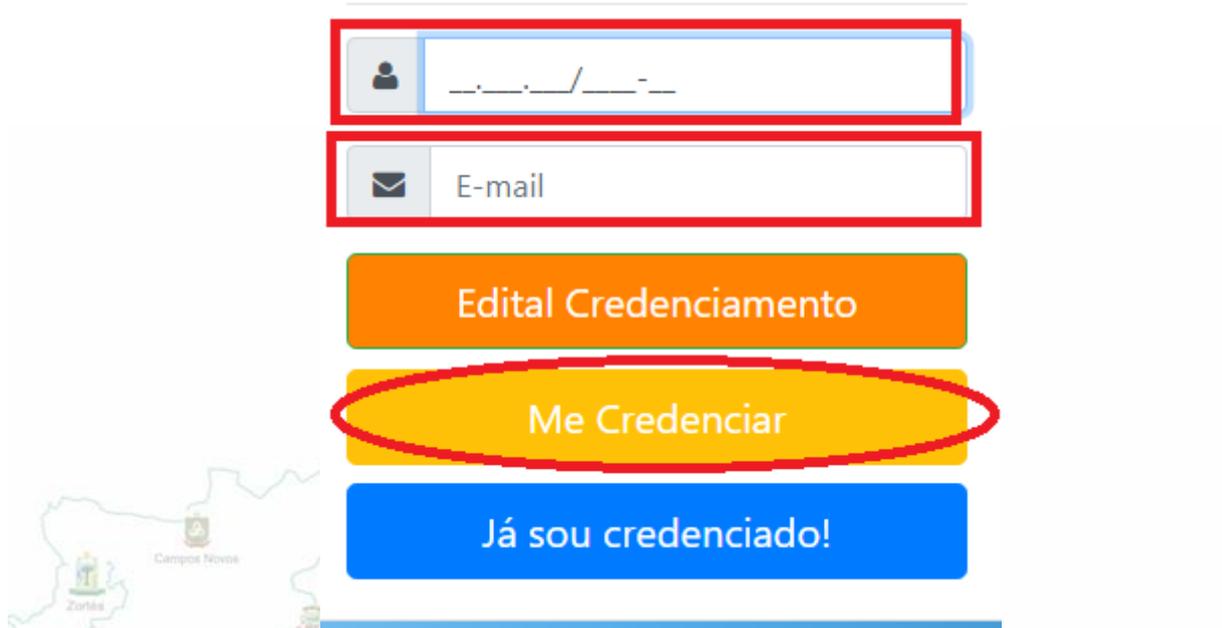
PASSO 02: NA PÁGINA CREDENCIAMENTO, CLIQUE NO BOTÃO “CLIQUE AQUI”



PASSO 03: NA PÁGINA DO SISTEMA, PROCURE A OPÇÃO “CREDENCIE-SE”



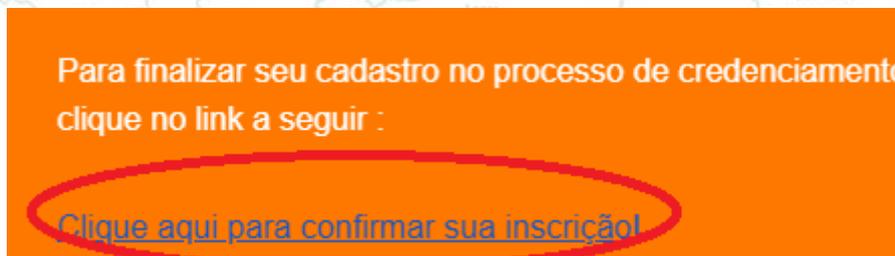
**PASSO 04: PREENCHA OS CAMPOS DO CNPJ E E-MAIL, E CLIQUE NO BOTÃO “ME CREDENCIAR”**



The screenshot shows a registration form with the following elements:

- A red-bordered input field for CNPJ (CNPJ) with a person icon on the left and a placeholder "\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_-\_\_\_\_".
- A red-bordered input field for E-mail with an envelope icon on the left and the text "E-mail".
- An orange button labeled "Edital Credenciamento".
- A yellow button labeled "Me Credenciar", which is circled in red.
- A blue button labeled "Já sou credenciado!".

**PASSO 05: VERIFIQUE SEU E-MAIL, E CLIQUE EM CONFIRMAR SUA INSCRIÇÃO**



Para finalizar seu cadastro no processo de credenciamento clique no link a seguir :

[Clique aqui para confirmar sua inscrição!](#)

**PASSO 06: APÓS CONFIRMAR SUA INSCRIÇÃO, VOCÊ RECEBERÁ USUÁRIO E SENHA**



Foi criado seu login de acesso ao sistema para realizar  
Para acessar, utilize as credenciais informadas abaixo:

Usuário: F.69  
Senha:



**PASSO 07: NOVAMENTE, NA TELA DO SISTEMA, PREENCHA O USUÁRIO E SENHA E CLIQUE NO BOTÃO “ENTRAR”**



The image shows a login screen for 'i consorcio'. It features a blue header with the logo. Below the logo are two white input fields: the first is labeled 'Usuário' and the second is labeled 'Senha'. Below the 'Senha' field is a link that says 'Esqueceu a senha?'. At the bottom right is an orange button labeled 'Entrar'.

**PASSO 08: PREENCHA TODOS OS CAMPOS E CLIQUE NO BOTÃO “ATUALIZAR MEUS DADOS”**

### Atualize sua senha

Nova senha   Senha de confirmação

### Informações de contato

E-Mail

Digite seu e-mail

Celular

celular

Telefone

Telefone fixo

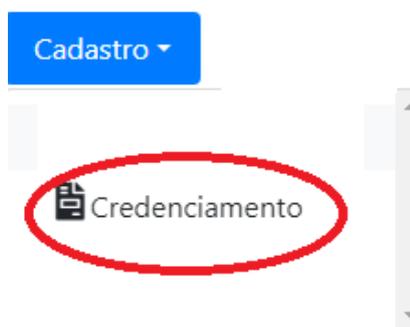
Nome para contato

Nome para Contato

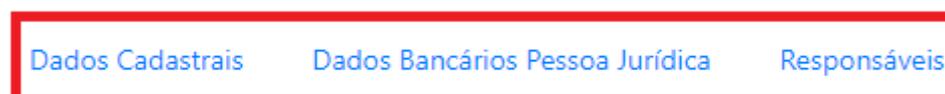
Declaro que os dados preenchidos estão corretos, e podem ser utilizados para retorno em atendimentos futuros.

**PASSO 09: NO MENU CADASTRO, CLIQUE NO BOTÃO CREDENCIAMENTO**

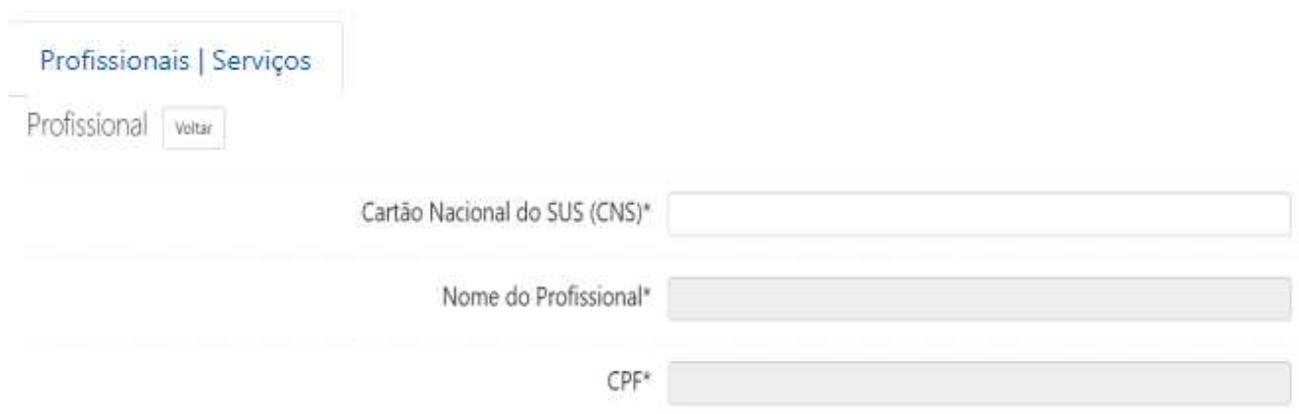




**PASSO 10: PREENCHA TODOS OS CAMPOS DOS MENUS ABAIXO**



**PASSO 11: NO MENU PROFISSIONAIS/SERVIÇOS, PREENCHA OS PROFISSIONAIS QUE EXECUTARÃO OS SERVIÇOS**



**PASSO 12: APÓS CADASTRAR OS PROFISSIONAIS, INDIQUE O LOCAL DE ATENDIMENTO JUNTAMENTE COM OS SERVIÇOS A SEREM EXECUTADOS, E ANEXE A DOCUMENTAÇÃO PESSOAL DO PROFISSIONAL NO BOTÃO "ENGRENAGEM"**

Cód	Nome	Conselho	CPF	Locais De Atendimento	Documentos
101				Locais de Atendimento	

**PASSO 13: NO MENU CREDENCIAMENTO, SELECIONE O CREDENCIAMENTO VIGENTE, E CLIQUE NO BOTÃO "CREDENCIAR"**



Credenciamento

 Credenciamento 

Selecione o credenciamento para participar

Nenhum novo credenciamento em aberto

Nenhum novo credenciamento em aberto

Detalhes do Credenciamento

67

**PASSO 14: POR FIM, NO MENU DOCUMENTOS PJ, INSIRA TODOS OS DOCUMENTOS EXIGIDOS, JUNTAMENTE COM VÁLIDDE E DADOS DA EMISSÃO DOS DOCUMENTOS E ANEXANDO OS MESMOS, POSTERIORMENTE APÓS CONCLUIR TODO O CADASTRAMENTO, SEU CREDENCIAMENTO SERÁ ANALISADO NOS TERMOS DO EDITAL EM VIGOR.**

Documentos Pessoa Jurídica

Documentos Credenciamento		Credenciamento 2024		
Descrição	Validade	Emissão	Anexar	
Requerimento de credenciamento	--	dd/mm/aaaa	<input type="button" value="Anexar"/>	
CNPJ	--	dd/mm/aaaa	<input type="button" value="Anexar"/>	
Documento aplicável ao	Cópia do Contrato Social, alterações, semelhante ou aplicável ao caso	dd/mm/aaaa	<input type="button" value="Anexar"/>	





## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: CC02-FF33-FF83-EDD8

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ BEATRIZ BLEYER RODRIGUES (CPF 019.XXX.XXX-71) em 15/05/2024 12:15:03 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://cisamures.1doc.com.br/verificacao/CC02-FF33-FF83-EDD8>

**Fwd: ADITIVO MAPA ALVES E GONZAGA**

**De** licitacao02@marmeleiro.pr.gov.br <licitacao02@marmeleiro.pr.gov.br>  
**Para** licitacao <licitacao@marmeleiro.pr.gov.br>  
**Data** 03-10-2024 07:38

MAPA DE PREÇO E DESCRITIVO (1).xlsx (~14 KB) PL-014-convenio-Hospital-Sao-Roque - 4.pdf (~10 MB)  
 Biomicroscopia De Fundo Bilateral \_ Exames Laboratoriais e Exames de Imagem com desconto na Saúde iD \_ Saúde iD... (~531 KB)  
 EDITAL-DE-CREDENCIAMENTO-012024-COM-TABELA-1.pdf (~857 KB)

[Remover todos os anexos](#)

--

Atenciosamente,

Setor de Licitações  
Prefeitura de Marmeleiro-PR  
(46) 3525-8107 / 8105

----- Mensagem original -----

**Assunto:**ADITIVO MAPA ALVES E GONZAGA

**Data:** 02-10-2024 17:23

**De:** "saudeadm@marmeleiro.pr.gov.br" <saudeadm@marmeleiro.pr.gov.br></saudeadm@marmeleiro.pr.gov.br>

**Para:** licitacao02 <licitacao02@marmeleiro.pr.gov.br></licitacao02@marmeleiro.pr.gov.br>

Departamento Municipal de Saúde  
Marmeleiro - PR  
(46)3525-1677 / (46)3525-2848



Marmeleiro, 03 de outubro de 2024.

De: Gabinete do Prefeito

Para: Setores de Contabilidade e Finanças;

Para: Procuradoria Jurídica;

Assunto: Aditivo de prazo de execução e vigência contratual.

Considerando a solicitação do Departamento de Saúde, protocolo/processo sob nº 1692/2024, em que pleiteia aditivo de prazo de execução e vigência referente ao Contrato de Prestação de Serviços nº 164/2022, vinculados a Inexigibilidade nº 045/2022 – Chamamento Público nº 003/2022, pelo período de 12 (doze) meses, solicito manifestação dos setores de contabilidade e finanças para indicar a disponibilidade de dotação orçamentária e recursos financeiros para a garantia das despesas.

Em ato contínuo, com manifestação de disponibilidade financeira dos Setores de Contabilidade e Finanças, tramite-se o processo eletrônico, diretamente, a Procuradoria Jurídica para manifestação no que diz respeito a possibilidade e legalidade do ato.

Após, retornem os autos para despacho.

Respeitosamente,

**Paulo Jair Pilati**  
Prefeito





Marmeleiro, 03 de novembro de 2024.

## PARECER CONTÁBIL

Em atenção à solicitação expedida por Vossa Excelência, em data de 03 de novembro de 2024, para verificar a existência de recursos orçamentários para assegurar o pagamento das obrigações decorrentes do aditivo especificado abaixo, CERTIFICO que:

- Há recursos orçamentários para pagamento das obrigações conforme dotações especificadas abaixo;

### I – DADOS DO CONTRATO:

Número do processo/Ano:	235/2022
Modalidade e n°:	Inexigibilidade n° 045/2022, vinculada ao Chamamento Público n° 003/2022
N° do Contrato	164/2022.
Tipo de Aditivo	Aditivo de prazo de execução e vigência contratual
Objeto dos Contratos:	Contratação de empresas para realização de exames, consultas especializadas e procedimentos credenciados no Chamamento Público n° 003/2022 – Processo Administrativo n° 070/2022 – LIC.
Valor do Contratos:	Conforme disposto no processo de Inexigibilidade n° 045/2022 – Chamamento Público n° 003/2022

II – Plano Plurianual – 2.734/2021

III – Lei de Diretrizes Orçamentárias – 2.877/2023

IV – Lei Orçamentária Anual – 2.899/2023

### V – Recursos Orçamentários

Conta	Órgão/Unidade	Funcional Programática	Elemento de Despesa	Fonte	Saldo Orçamentário
276	08.02	10.301 0016 2.027	3.3.90.39.50.99.00	0	203.711,22
277		10.301 0016 2.027	3.3.90.39.50.99.00	303	42.623,68
311		10.302 0017 2.031	3.3.90.39.50.99.00	0	558.374,52
312		10.302 0017 2.031	3.3.90.39.50.99.00	303	40.968,20

Obs.: Saldo orçamentário em: 03/10/2024.

### VI – Origem dos Recursos Financeiros

0 - Recursos Ordinários (Livres)
303 - Saúde 15% vinc. s/ rec. Impostos

Respeitosamente,

**Jeferson Facin**  
Contador  
CRC/PR 075715/O-5



# MUNICÍPIO DE MARMELEIRO <sup>179</sup>

ESTADO DO PARANÁ

Marmeleiro, 03 de outubro de 2024.

Exmo. Sr. Prefeito,

Informamos a existência de recursos financeiros para assegurar o pagamento das obrigações decorrentes do aditivo solicitado, sendo que o pagamento será efetuado através das Dotações Orçamentárias indicadas pela Divisão de Contabilidade.

Respeitosamente,

**Vandré João Signori**  
Diretor do Departamento de Finanças