

**EDITAL DA CHAMADA PÚBLICA Nº 10.002/2024/SMS/FMS/SUS**

**PREÂMBULO**

A **SECRETARIA DE SAÚDE** da **PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXADÁ/CE**, torna público para conhecimento de todos os interessados que estará recebendo os requerimentos e os documentos para realizar **CHAMADA PÚBLICA PARA CREDENCIAMENTO DE INSTITUIÇÕES PRIVADAS COM OU SEM FINS LUCRATIVOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, INTERESSADAS EM PRESTAR SERVIÇOS DE FORMA COMPLEMENTAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), NO MUNICÍPIO DE QUIXADÁ – CE, NOS SEGUINTE SUB-GRUPOS, FORMAS DE ORGANIZAÇÃO E PROCEDIMENTOS DA TABELA UNIFICADA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**, conforme exigências previstas neste edital e seus anexos, mediante procedimento administrativo na modalidade **CHAMADA PÚBLICA Nº 10.002/2024**, identificado abaixo, mediante as condições estabelecidas no presente Edital, tudo de acordo com a Lei Federal n.º 14.133 de 01 de abril de 2021 e suas alterações posteriores, e demais legislações pertinente a matéria.

OBJETO:	CHAMADA PÚBLICA PARA CREDENCIAMENTO DE INSTITUIÇÕES PRIVADAS COM OU SEM FINS LUCRATIVOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, INTERESSADAS EM PRESTAR SERVIÇOS DE FORMA COMPLEMENTAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), NO MUNICÍPIO DE QUIXADÁ – CE, NOS SEGUINTE SUB-GRUPOS, FORMAS DE ORGANIZAÇÃO E PROCEDIMENTOS DA TABELA UNIFICADA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.
MODALIDADE:	CHAMADA PÚBLICA
Nº	10.002/2024
ÓRGÃO:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PERÍODO DE RECEBIMENTO DOS REQUERIMENTOS	24 DE JUNHO DE 2024 À 24 DE JUNHO DE 2025.
LOCAL DO RECEBIMENTO DOS REQUERIMENTOS E DOCUMENTOS	Rua Francisco Enéias de Lima nº 2049, Centro – Quixadá/CE.

Compõem-se o presente Edital os seguintes **ANEXOS**:

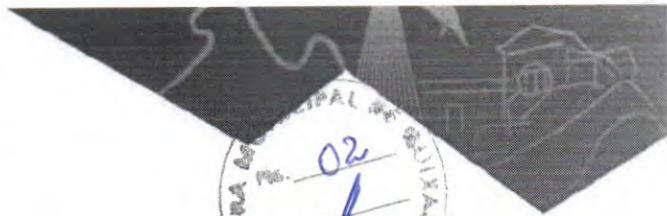
ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA

ANEXO II – REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO

ANEXO III – DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE TÉCNICA PARA CUMPRIMENTO DO OBJETO;

ANEXO VI – DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DOS TERMOS DE EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 10.002/2024;

ANEXO V – DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE VALORES DA TABELA UNIFICADA DO SUS;



ANEXO VI – RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS QUE COMPÕEM A EQUIPE TÉCNICA PARA CUMPRIMENTO DO OBJETO DA CHAMADA PÚBLICA Nº 10.002/2024;  
ANEXO VII – DECLARAÇÃO QUE A INSTITUIÇÃO NÃO POSSUI SERVIDOR PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE QUIXADÁ, COMO REPRESENTANTE LEGAL/MEMBRO DA DIRETORIA/SÓCIO ADMINISTRADOR/PROPRIETÁRIO E/OU PRESIDENTE DA INSTITUIÇÃO;  
ANEXO VIII – MINUTA DE CONTRATO;

## 1. DO OBJETO

1.1. O presente procedimento administrativo tem como objeto o **CHAMADA PÚBLICA PARA CREDENCIAMENTO DE INSTITUIÇÕES PRIVADAS COM OU SEM FINS LUCRATIVOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, INTERESSADAS EM PRESTAR SERVIÇOS DE FORMA COMPLEMENTAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), NO MUNICÍPIO DE QUIXADÁ – CE, NOS SEGUINTE SUB-GRUPOS, FORMAS DE ORGANIZAÇÃO E PROCEDIMENTOS DA TABELA UNIFICADA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.**

### 1. DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO

Os interessados em participar da presente CHAMADA PÚBLICA, deverão apresentar a documentação referente à HABILITAÇÃO e QUALIFICAÇÃO TÉCNICA exigida, em **envelopes fechados dirigidos à Comissão de Chamada Pública da Secretaria de Saúde do Município a partir do dia 24 DE JUNHO DE 2024 ATÉ O DIA 24 DE JUNHO DE 2025, das 08h:00min às 11h:30min, instalada na Rua Francisco Enéias de Lima nº 2049, Centro – Quixadá/CE.**

#### 1.1. Documentos de habilitação

Os documentos correspondentes à habilitação serão entregues no Envelope 1, contendo original (quando for possível) ou em cópia autenticada em Cartório, em envelope lacrado, de forma a não permitir a visualização do seu conteúdo, com a seguinte descrição externa:

#### **ENVELOPE 1 – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

COMISSÃO DE CHAMADA PÚBLICA

**EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 10.002/2024/SMS/FMS/SUS**

**RAZÃO OU DENOMINAÇÃO SOCIAL E ENDEREÇO DO PROPONENTE**

#### 1.2. Documentos relativos à capacidade jurídica

- Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);
- Registro Comercial (Declaração de Firma Individual) no caso de Empresa individual ou Contrato Social ou Estatutos Sociais, em se tratando de Sociedade Comercial, com suas últimas alterações, se for o caso, devidamente registrado em Cartório;
- Dados pessoais (nome completo, logradouro, estado civil, telefone, profissão, RG e CPF) do signatário (responsável legal) da empresa e/ou entidade, o qual assinará o contrato;
- Se Entidade sem Fins Lucrativos, Associação ou Organização Social, apresentar Portaria ministerial de emissão da Certidão de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), emitido pelo Ministério da Saúde nos termos da Lei nº 12.101/2009, quando se trata de Instituição com registro de natureza específica;



- e) Declaração de aceitação dos termos e condições previstas no Edital, e que assume a responsabilidade da autenticidade de todos os documentos apresentados, sujeitando às penalidades legais e a sumária desclassificação da chamada pública (Anexo III);
- f) Declaração de aceitação dos valores da Tabela Unificada do Sistema Único de Saúde - SUS estabelecidas neste Edital, estando também ciente de que todos os reajustes aplicados aos referidos procedimentos, se houverem, obedecerão às determinações do Ministério da Saúde (Anexo IV);
- g) Alvará de funcionamento expedido pela Prefeitura de Quixadá ou da prefeitura onde a empresa situa-se;
- h) Alvará sanitário expedido pela Vigilância Sanitária Estadual, nos casos de Instituição que prestam assistência vinculada a Alta Complexidade; ou Alvará Sanitário expedido pela VISA Municipal para as empresas/instituições cujas atividades (nível de complexidade) se encaixem no perfil da média complexidade;
- i) Dados de identificação da conta bancária (identificação do Banco, do número da agência e da conta corrente);
- j) Declaração emitida pela instituição, atestando que atende ao inciso III do art.7º da Constituição de República que trata da proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre aos menores de dezoito e de qualquer trabalho a menores de quatorze anos, salvo condição de aprendiz).
- l) Registro do Estabelecimento de Saúde junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde nos termos da legislação vigente.
- m) Licença ambiental fornecida pela SEMACE nos termos da LEI FEDERAL 6.938/1981, DECRETO FEDERAL nº 99.274/1990 e LEI ESTADUAL nº11.411/1987, vinculadas as Instituições que prestam serviços de alta complexidade.
- o) Certidão Negativa do Conselho Estadual de Medicina – CREMEC, nos termos da legislação vigente, quando as atividades prestadas forem pertinentes.

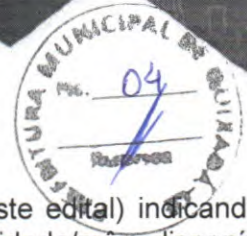
### **1.3. Documentos relativos à regularidade fiscal**

- a) Certidão negativa de débito com a Fazenda Pública Federal, Estadual e Municipal que deverão ser apresentadas com data de emissão não superior a 60 (sessenta) dias, quando não constar expressamente no corpo da mesma, o seu prazo de validade. As certidões negativas deverão ser do domicílio ou sede do licitante;
- b) Prova de regularidade relativa à seguridade social (FGTS e INSS) demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei. (Somente será aceita a Certidão Negativa de Débitos referentes aos encargos sociais mencionados). Sem a regularidade com a Seguridade social a Instituição não pode ser credenciada.

### **1.4. Documentos relativos à qualificação e capacidade técnica para oferta de serviços**

Os documentos correspondentes à qualificação e capacidade técnica para oferta de serviços, serão entregues no Envelope 2 em original ou em cópia autenticada em Cartório, em envelope fechado de forma a não permitir a visualização do seu conteúdo, com a seguinte descrição externa:

**ENVELOPE 2 – DOCUMENTAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO E CAPACIDADE TÉCNICA PARA OFERTA DE SERVIÇOS**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COMISSÃO DE CHAMADA PÚBLICA  
**EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 10.002/2024/SMS/FMS/SUS**  
RAZÃO OU DENOMINAÇÃO SOCIAL E ENDEREÇO DO PROPONENTE



- a) Termo de Referência (conforme modelo presente no anexo I deste edital) indicando a oferta proposta para procedimentos, devendo relacionar a quantidade/mês disponível, obedecendo a nomenclatura e codificação contidas na Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde. Não Será aceito a apresentação da Programação Pactuada Integrada, quando a mesma não estiver com a programação compatível com a quantidade ofertada; sendo que esta deverá está assinada e carimbada pelo responsável;
- b) Certificado de Regularidade Funcional do Estabelecimento junto ao Conselho Regional de Classe (CREMEC, CREFITO, CRF, COREN, CRO etc.), respeitando o serviço de classificação da tabela SIA/SUS;
- c) Declaração de indicação do responsável técnico com prova de vínculo empregatício;
- d) *Curriculum Vitae* resumido do Responsável Técnico, com cópia da Carteira de Registro Profissional, diploma e certificados de especialidade, devidamente reconhecidos pela respectiva entidade de classe (CREMESC, CREFITO, CRF, COREN, CRO etc.);
- e) Declaração da instituição informando que possui capacidade técnica e física para cumprimento do objeto, conforme anexo II;
- f) Relação de profissionais que compõem a equipe técnica para cumprimento do objeto (anexo V), com cópia da Carteira de Registro Profissional, diploma e certificados de especialidade, devidamente reconhecidos pela respectiva entidade de classe (CREMESC, CREFITO, CRF, COREN, CRO etc.);
- g) Relação com a quantidade e especificação dos equipamentos técnicos disponíveis, relacionados diretamente aos serviços a serem contratados;
- h) Declaração que a instituição não possui servidor público do Município de Quixadá, como representante legal/membro da diretoria/sócio administrador/proprietário e/ou presidente da instituição (anexo VI).
- i) Caso o interessado esteja isento de algum documento exigido neste edital deve apresentar declaração do órgão expedidor informando sua isenção.
- j) As Clínicas de Fisioterapia, manter em situação regular ou adquirir o Certificado da Federal Nacional das Entidades Prestadoras de Serviços de Fisioterapia – FENAFISIO.
  - 1. Aos Laboratórios, manter em situação regular ou adquirir o: Certificado do Programa Nacional de Controle de Qualidade – PNCQ
  - 2. Certificado do Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos – PALC, da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica Medicina Laboratorial – SBPC/ML.
- k) As Clínicas de Imagem, manter em situação regular ou adquirir o Certificado do Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem – PADI, do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem.

**1.5. Todos os documentos deverão ser apresentados de uma só vez, na forma de cópias autenticadas em cartório, não sendo aceitas cópias em fax.**

**1.6. Os documentos não serão recebidos de forma parcial.**

**1.7. Não serão aceitos documentos originais, considerando que somente cópias autenticadas em cartório integrarão o processo administrativo.**

**1.8. Ao apresentar os documentos para inscrição e credenciamento, a instituição se obriga a cumprir nos termos do presente Processo.**



## 2. DA ANÁLISE DA DOCUMENTAÇÃO

2.1. A análise da documentação será feita pela Comissão de Credenciamento e Edital de Chamamento Público, cujos membros serão designados pelo (a) Secretário (a) Municipal de Saúde, e será composta por 03 (três) servidores municipais, conforme descreve a Portaria nº. 01.04.028/2024, de 01 de abril de 2024.

2.2. A Comissão de Credenciamento irá: receber, analisar, comentar, esclarecer, discutir, julgar proposta, aprovar ou reprová-la o interessado no credenciamento, receber recursos, emitir pareceres ou, obrigatoriamente, em caso de manutenção de decisão contrária, encaminhar à superior apreciação e julgamento.

2.3. A Comissão de Credenciamento, além do recebimento e exame da documentação e da análise para habilitação do interessado, deve, em obediência às disposições estabelecidas neste Edital e demais legislação pertinente, conduzir as atividades correlatas para o desempenho dos serviços neste, previstos.

2.4. As informações relativas aos serviços ofertados e à capacidade instalada serão passíveis de certificação através de vistoria pela área técnica, sendo passível de inabilitação quando constatado que elas não atendem ao presente Edital, caso não se adequem dentro do prazo estabelecido.

2.5. Serão também declarados inabilitados os interessados:

2.5.1. Que, por qualquer motivo, estejam declarados inidôneos ou punidos com suspensão do direito de licitar ou contratar com a Administração Pública, Direta ou Indireta, Federal, Estadual ou Municipal, desde que o ato tenha sido publicado no Diário Oficial da União, dos Estados ou dos Municípios, pelo Órgão que o expediu.

2.5.2. Terão o pedido de credenciamento indeferido as candidatas que não apresentarem a documentação exigida ou, se apresentada, não for aprovada, importando na exclusão do direito de participar da fase de contratação.

2.5.3. Anteriormente descredenciados pela Secretaria de Saúde do Município de Quixadá/CE por descumprimento de cláusulas contratuais ou irregularidades na execução dos serviços prestados.

## 3. DA REGULAÇÃO, EXECUÇÃO E FATURAMENTO DOS SERVIÇOS

3.1. O sistema de regulação de agendas e de atendimentos dos procedimentos dispostos no **ANEXO I** será definido em ato específico pelo Gestor da Secretaria Municipal de Saúde direcionado aos prestadores contratualizados.

3.1.1. A distribuição dos procedimentos por prestador será operacionalizada pela Central de Marcação de Procedimentos e Serviços de Saúde que é reguladora das vagas, considerando as normas instituídas pelo Setor de Controle e Avaliação, para definição dos boletos, cujos critérios de rateio são:

3.1.1.1. A lotação do paciente no Serviço disposto mais próximo a sua residência.

3.1.1.2. A capacidade instalada de cada credenciado de modo que a repartição total das vagas existentes ocorra de forma igualitária e proporcional à estrutura disponibilizada ao Sistema Único de Saúde (SUS).

3.1.1.3. Serviço que dispuser de vaga no momento da lotação do paciente.



3.2. O recurso que movimentará as ações do referido Edital é de origem federal proveniente das Ações Detalhadas de Atenção à Saúde da População para Procedimento de Média e Alta Complexidade – MAC, e do Fundo de Ações Estratégicas e Compensações – FAEC, da Ação de Atenção à Saúde da População para procedimentos na Média e Alta Complexidade do Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (CUSTEIO).

3.3. O sistema de faturamento de produção é o adotado pelo Ministério da Saúde para identificação, controle, avaliação e auditoria dos procedimentos e serviços de saúde no país, o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e seus subcomponentes: o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA); o Autorizador de Procedimento de Alta Complexidade (APAC); e o Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), cujos softwares estão disponíveis em <http://sia.datasus.gov.br/principal/index.php>.

3.3.1. Os executores dos serviços contratados para realização de procedimentos de Média e Alta Complexidade (MAC) apresentarão até o 10º dia útil do mês subsequente a competência de produção, para atestar a concretização dos procedimentos previamente agendados no sistema de regulação de acesso aos serviços de saúde adotados pela Gestão da Secretaria Municipal de Saúde, para identificação do registro de produção nos subcomponentes do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).

3.3.1.1. Ressalta-se que o prestador deve manter sob sua posse cópia dos boletos dos usuários que comprovadamente compareceram no serviço, juntamente com: 1) fotocópia do cartão nacional de saúde (CNS), 2) fotocópia de registro de identificação com foto e contendo dados referentes à filiação do usuário, 3) comprovante de residência, juntamente com a 4) solicitação do procedimento e a constatação dessa solicitação, esta feita pelo receituário da rede municipal com atesto de profissional de saúde habilitado no SCNES do Município de Quixadá/CE.

3.3.1.1.1. Aos prestadores de serviços de apoio ao diagnóstico e a terapêutica, devem manter consigo cópia do laudo do paciente, devidamente atestada pelo profissional qualificado para atestar.

3.3.2. Os executores dos serviços contratados para realização de procedimentos do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC) apresentarão até o 20º dia do mês subsequente a competência de produção, os registros de realização de procedimento nos subcomponentes do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).

3.3.2.1. Ressalta-se que o prestador deve manter sob sua posse cópia dos registros contendo a referida numeração de Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) gerado por sistema específico adotado pelo Gestor Municipal, dos usuários que comprovadamente compareceram no serviço, juntamente com: 1) fotocópia do cartão nacional de saúde (CNS), 2) fotocópia de registro de identificação com foto e contendo dados referentes à filiação do usuário, 3) comprovante de residência, juntamente com a 4) solicitação do procedimento e a constatação dessa solicitação, esta feita pelo receituário da rede municipal com atesto de profissional de saúde habilitado no SCNES do Município de Quixadá/CE.

3.3.2.1.1. Aos prestadores de serviços de apoio ao diagnóstico e a terapêutica, devem manter consigo cópia do laudo do paciente, devidamente atestada pelo profissional qualificado para atestar.

3.4. É vedado pagamento de qualquer sobretaxa em relação aos valores dos procedimentos descritos no **ANEXO I** ou exigir que o cliente assine fatura ou guia de atendimento em branco,



onde caso seja confirmada tal ato, o credenciado sofrerá as sanções administrativas, especificadas neste Edital.

3.4.1. A entidade/empresa credenciada para realização dos procedimentos e serviços de apoio ao diagnóstico e a terapêutica deverá proceder ao atendimento total do paciente, que inclui: o acolhimento, a coleta, a execução, a avaliação, o laudo, e a disponibilidade do resultado, quando assim aprovar.

3.4.2. Qualquer reajuste financeiro da Tabela Unificada de Procedimentos, Serviços, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde, em <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>, ocorrido durante o processo de credenciamento dos candidatos, e durante o período de vigência deste Edital, serão atualizados automaticamente pela Secretaria de Saúde do Município de Quixadá/CE, este repassado nos relatórios financeiros de cada prestador ao fim do processamento da produção referente à competência em que este realizou os serviços prestados a esta secretaria.

3.5. O processamento da produção apresentada ficará a cargo do Setor de Controle e Avaliação, que emitirá parecer sobre o valor da remuneração devida ao Prestador, até o 25º dia do mês subsequente em que se houve a prestação do serviço.

3.6. É vedado o cometimento a terceiros da atribuição de proceder ao credenciamento e/ou intermediação do pagamento pelos serviços prestados.

#### 4. DA VISTORIA E RELATÓRIO

3.1. O processo de credenciamento consiste em duas etapas:

**1ª etapa:** Análise da documentação da instituição (**habilitação**);

**2ª etapa:** Análise qualitativa e quantitativa – capacidade técnica e operacional da instituição em atender o objeto contratado (**qualificação**), mediante vistoria técnica da Comissão, quando esta achar pertinente;

3.2. Ultrapassada a fase de inscrição e habilitação, a **Comissão de Chamada Pública da Secretaria Municipal de Saúde, realizará as vistorias nas instituições se necessário**, e a elaboração dos respectivos relatórios, com pareceres conclusivos, onde constará se esta instituição possui condições necessárias para cumprir o objeto e ofertar os serviços de forma complementar ao SUS no Município de Quixadá;

3.3. Os pareceres relacionados as vistorias das instituições, serão emitidos exclusivamente pela **Comissão de Chamada Pública e Credenciamento da Secretaria Municipal de Saúde**;

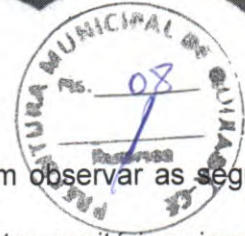
3.4. A qualificação ocorrerá se a instituição atender ao exigido neste edital, com relação a sua capacidade qualitativa e quantitativa de atender a demanda de serviços do SUS no município, e também aos pareceres de aprovação da Comissão, tendo como base as diretrizes de atendimento estipuladas pelo Sistema Único de Saúde e pelo Gestor Municipal.

#### 4. DA CLASSIFICAÇÃO DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

4.1. Os critérios classificatórios a serem utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde, obedecerão às seguintes exigências:

a) Toda a documentação exigida, conforme detalhamento nos itens 1 e 2 é requisito obrigatório à habilitação jurídica, técnica e fiscal do interessado no credenciamento de que trata este edital.

a) Prioridade na contratação de instituições públicas, filantrópicas e privadas sem fins lucrativos, conforme previsto na Lei nº. 8.080/90;



- b) Capacidade instalada para o serviço ofertado, que consistirá em observar as seguintes características:
- c) Espaço físico apropriado dentro das normas e demais regulamentos sanitários vigentes;
  - d) Capacidade de recursos humanos disponíveis e necessários, para a execução dos procedimentos a que se propõe;
  - e) Capacidade operacional para atender a demanda dos serviços que serão contratados;
  - f) Disponibilidade Orçamentaria dos recursos do SUS.
  - g) O serviço poderá ser executado em local público, quando for da conveniência do município, respeitando o acesso mais fácil para o usuário, bem como poderá ser utilizado equipamento do Contratado.
  - h) Todos os interessados que atenderem aos requisitos de habilitação serão classificados e a contratação será realizada proporcionalmente, de acordo com a demanda estabelecida no Anexo I, deste edital.
  - i) Sempre que houver novo interessado, a demanda será redistribuída proporcionalmente a todos os credenciados classificados.
  - j) A distribuição equânime dos serviços é de inteira responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde e a fiscalização é de competência de todos os interessados, que poderão realizar denúncias de irregularidade à Controladoria Geral do Município, à qualquer momento.

## 5. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

- 5.1. Integrar-se ao Sistema Nacional de Regulação – SISREG, FASTMEDIC, Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH), bem como indicando pelo menos um profissional para ser treinado e apto para a operacionalização desses sistemas, quando for pertinente;
- 5.2. Atender pacientes agendados pelo SISREG, FASTMEDIC ou outro meio pertencente ao Sistema Regulador do Município de Quixadá; e UNISUSWEB advindos da pactuação da referência firmada pela CIR e/ou CIB/SES;
- 5.3. Os prestadores de serviços habilitados deverão adequar seus formulários, em conformidade com as normas previstas no Sistema Único de Saúde, devendo a Gerente de Análise, Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde, passar todas as orientações e modelos necessários para cumprimento desta exigência;
- 5.4. Os prestadores de serviços responderão única e exclusivamente pelas questões trabalhistas, previdenciárias, fiscais etc., resultantes da contratação de pessoal para execução do objeto desse edital, sendo que qualquer ônus e obrigações não será de forma alguma, transferidos à Secretaria Municipal de Saúde;
- 5.5. Os prestadores de serviços durante a execução do contrato cumprirão com todas as obrigações previstas neste edital, bem como no instrumento contratual;
- 5.6. Utilizar o Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), para apresentação da produção ambulatorial mensal;
- 5.7. Nos resultados de exames/procedimentos deverão constar a seguinte inscrição em destaque: ***“Esta conta será paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais, sendo expressamente vedada à cobrança, diretamente do usuário, de qualquer valor, a qualquer título.”***
- 5.7. Todos os prestadores de serviços contratados ficarão sujeitos à regulação, controle, avaliação e auditoria dos órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde, bem como de outros órgãos de fiscalização internos e externos no âmbito da Administração Pública;
- 5.8. Não provocar qualquer impedimento com relação as vistorias técnicas que poderão ser realizadas pela **Comissão de CHAMADA PÚBLICA Nº 10.002/2024/SMS/FMS/SUS.**





## 6. DOS VALORES A SEREM APLICADOS NO CONTRATO

6.1. A base de remuneração para os serviços executados será o previsto na TABELA DE PROCEDIMENTOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

## 7. DA APRESENTAÇÃO DAS CONTAS E DO PAGAMENTO

7.1. Os prestadores de serviços utilizarão o Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) para apresentação da produção ambulatorial e hospitalar mensal que será validada e paga após a conferência do Relatório de Confirmação dos Atendimentos de Produções dos sistemas SISREG, FASTMEDIC e UNISUSWEB. Quando da ausência dos mesmos deverá ser utilizado um mecanismo orientado pela Secretaria de Saúde de Quixadá;

7.2. O Relatório de Produção Mensal será entregue no setor do Gerente de Análise, Controle e Avaliação, até o 5ª (quinto) dia útil do mês subsequente à prestação do serviço.

## 8. DA REALIZAÇÃO DE AÇÕES INTINERANTES

8.1. Havendo necessidade da realização ações itinerantes, será solicitada a participação dos prestadores de serviços habilitados para disponibilizarem sua equipe técnica, bem como sua estrutura física e operacional;

8.2. A organização dos referidos mutirões será de responsabilidade da Gerente de Análise, Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde, na qual definirá o teto financeiro a ser disponibilizado e a quantidade de procedimentos a serem ofertados em cada ação itinerante.

## 9. ESTARÃO IMPEDIDOS DE CONTRATAR

9.1. Aqueles prestadores de serviço que não cumprirem qualquer exigência prevista neste edital;

9.2. Prestadores de serviços com problemas de natureza fiscal, bem como declarados inidôneos por órgãos da Administração Pública de qualquer esfera de governo;

9.3. Prestadores de serviços consorciados entre si para realizarem a prestação dos serviços previstos neste edital;

9.4. Instituições que tenham em sua diretoria, ou seja, sócio proprietários, servidores públicos do Município de Quixadá.

## 10. DA FUNÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

O Conselho Municipal de Saúde no seu papel fiscalizador do SUS, tem como atribuição, a fiscalização das instituições contratadas, com o objetivo de auxiliar o gestor no controle e fiscalização dos respectivos instrumentos.

## 11. DO RESULTADO E DO INSTRUMENTO DE CONTRATAÇÃO

11.1. A Secretaria Municipal de Saúde publicará em instrumento Oficial do Município, a relação dos prestadores habilitados/qualificados, e que cumpriram todos os requisitos exigidos neste edital em até 30 (dias) dias após a habilitação/qualificação prevista neste edital;

11.2. A convocação para celebração do respectivo instrumento de contrato, será em até **30 (trinta) dias após a publicação da relação dos prestadores habilitados/qualificados;**

11.3. É parte integrante do presente edital, a **Minuta do Contrato**, com todos os seus termos, que sofrerão as adequações que se fizerem necessárias, em conformidade ao tipo de serviço a ser contratualizado.



## **12. DA ASSISTÊNCIA FINANCEIRA COMPLEMENTAR REPASSADA PELA UNIÃO FEDERAL**

12.1. A assistência financeira complementar repassada pela União Federal ao Município de Quixadá, para pagamento do piso salarial nacional do enfermeiro, do técnico de enfermagem, do auxiliar de enfermagem e da parteira, serão repassados conforme repasses do MINISTÉRIO DA SAÚDE/FNS validado pelo sistema INVESTSUS, em cumprimento as disposições previstas na Lei nº 14.434/2022, na ADIN nº 722/STF e na Lei Municipal nº 3.201 de 06 de setembro de 2023, as quais instituiu a regulamentação financeira do piso salarial da categoria.

12.2. Os valores oriundos assistência financeira complementar repassada pela União Federal ao Município de Quixadá, para pagamento do piso salarial nacional do enfermeiro, do técnico de enfermagem, do auxiliar de enfermagem e da parteira, serão depositados em conta bancária no nome da CONTRATADA, para fins de repasse para os profissionais contemplados.

12.3. A CONTRATADA deverá garantir os repasses da assistência financeira complementar repassada pela União Federal ao Município de Quixadá, seja efetivada aos profissionais contemplados no prazo máximo de 30(trinta) dias.

12.4. Para verificar a execução, avaliação e aferição do cumprimento dos pagamentos realizados aos profissionais contemplados, a CONTRATADA, deverá apresentar no prazo máximo de 30(trinta) dias, contados da data da realização do depósito realizado pela Secretaria de Saúde, comprovação do pagamento realizado a cada profissional contemplado (conforme repasse mensal), através de comprovante de depósito/transferência, na respectiva conta do titular.

## **13. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

13.1. A Contratualização com a instituição poderá ser, a qualquer tempo, alterada, suspensa temporariamente ou cancelada, se o contrato deixar de satisfazer os interesses da Administração Pública Municipal ou as normas do Sistema Único de Saúde.

13.2. Pelo princípio da autotutela, poderá a Administração Pública Municipal revogar ou alterar este Edital no todo ou em parte, por conveniência administrativa e interesse público ou fato superveniente, devidamente justificado.

13.3. Aplica-se ao presente Edital de Chamada Pública nas partes omissas, a legislação pertinente em vigor.

Quixadá/CE, 20 de JUNHO de 2024.

Francimones Rolim de Albuquerque  
**SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE**



## ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA

### TERMO DE REFERÊNCIA

**1. OBJETO:** CHAMADA PÚBLICA PARA CREDENCIAMENTO DE INSTITUIÇÕES PRIVADAS COM OU SEM FINS LUCRATIVOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, INTERESSADAS EM PRESTAR SERVIÇOS DE FORMA COMPLEMENTAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), NO MUNICÍPIO DE QUIXADÁ – CE, NOS SEGUINTE SUB-GRUPOS, FORMAS DE ORGANIZAÇÃO E PROCEDIMENTOS DA TABELA UNIFICADA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

**2. DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:**

**2.1.** O presente processo encontra respaldo legal nas condições estabelecidas no presente Edital, tudo de acordo com a Lei Federal n.º 14.133 de 01 de abril de 2021 e suas alterações posteriores, e demais legislações pertinentes a matéria.

**3. DA JUSTIFICATIVA:**

A Assistência à Saúde é garantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e está insculpida na Constituição Federal de 1988. Toda linha de cuidado deve ser efetiva e eficaz, desde a Atenção Primária até os procedimentos de Média e Alta Complexidade, de forma organizada e hierarquizada, com foco na qualidade dos serviços prestados, segundo o grau de complexidade de assistência requerida. A atenção à saúde deve centrar as diretrizes na qualidade dos serviços prestados aos usuários, com atenção acolhedora, resolutiva e humanizada, com seus recursos humanos e técnicos, oferecendo, segundo o grau de complexidade de assistência requerida e sua capacidade operacional, os serviços de saúde adequados.

Desse modo, os serviços ora pretendidos têm como objetivo principal, dar fiel cumprimento ao atendimento dos pacientes usuários do Sistema Único de Saúde - SUS e ampliar o acesso da população às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, diagnóstico e atendimento de qualidade, de tal modo a contribuir de forma eficiente e eficaz a Legislação pertinente. Com esteio nos preceitos legais que a Administração Pública Municipal possui, e com intuito de suprir as necessidades eminentes na saúde pública, visando sobretudo, o interesse público e especialmente garantir aos munícipes atendimento e diagnóstico de qualidade, proporcionando a equipe médica diagnóstico e tratamento adequado a cada paciente.

**4. DOS SERVIÇOS À SEREM EXECUTADOS:**

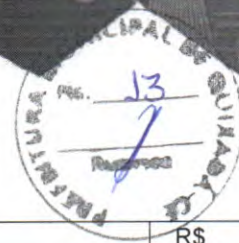
**EXAMES DE IMAGEM E DIAGNÓSTICOS, TRATAMENTOS AMBULATORIAIS**

**LOTE 01: PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA**

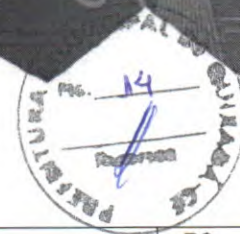
SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
02.02.01.000-0	Exames Bioquímicos	



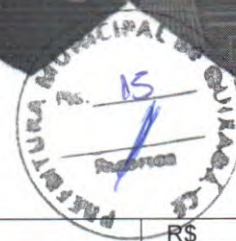
02.02.01.001-5	Clearance Osmolar	R\$ 3,51
02.02.01.002-3	Determinação de Capacidade de Fixação do Ferro	R\$ 2,01
02.02.01.003-1	Determinação de Cromatografia de Aminoácidos	R\$ 15,65
02.02.01.004-0	Determinação de Curva Glicêmica (2 Dosagens) – TTOG	R\$ 3,63
02.02.01.005-8	Determinação de Curva Glicêmica C/ Indução Por Cortisona (5 Dosagens)	R\$ 6,55
02.02.01.006-6	Determinação de Curva Glicêmica C/ Indução Por Cortisona (4 Dosagens)	R\$ 3,68
02.02.01.007-4	Determinação de Curva Glicêmica Clássica (5 Dosagens)	R\$ 10,00
02.02.01.008-2	Determinação de Osmolaridade	R\$ 3,51
02.02.01.009-0	Dosagem de 5-Nucleotidase	R\$ 3,51
02.02.01.010-4	Dosagem de Acetona	R\$ 1,85
02.02.01.011-2	Dosagem de Ácido Ascórbico	R\$ 2,01
02.02.01.012-0	Dosagem de Ácido Úrico	R\$ 1,85
02.02.01.013-9	Dosagem de Ácido Vanilmandélico	R\$ 9,00
02.02.01.014-7	Dosagem de Aldolase	R\$ 3,68
02.02.01.015-5	Dosagem de Alfa-1-Antitripsina	R\$ 3,68
02.02.01.016-3	Dosagem de Alfa-1-Glicoproteína Ácida	R\$ 3,68
02.02.01.017-1	Dosagem de Alfa-2-Macroglobulina	R\$ 3,68
02.02.01.018-0	Dosagem de Amilase	R\$ 2,25
02.02.01.019-8	Dosagem de Amônia	R\$ 3,51
02.02.01.020-1	Dosagem de Bilirrubina Total e Frações	R\$ 2,01
02.02.01.021-0	Dosagem de Cálcio	R\$ 1,85
02.02.01.022-8	Dosagem de Cálcio Ionizável	R\$ 3,51
02.02.01.023-6	Dosagem de Caroteno	R\$ 2,01
02.02.01.025-2	Dosagem de Ceruloplasmina	R\$ 3,68
02.02.01.026-0	Dosagem de Cloreto	R\$ 1,85
02.02.01.027-9	Dosagem de Colesterol HDL	R\$ 3,51
02.02.01.028-7	Dosagem de Colesterol LDL	R\$ 3,51
02.02.01.029-5	Dosagem de Colesterol Total	R\$ 1,85
02.02.01.030-9	Dosagem de Colinesterase	R\$ 3,68
02.02.01.031-7	Dosagem de Creatinina	R\$ 1,85
02.02.01.032-5	Dosagem de Creatinofosfoquinase (CPK)	R\$ 3,68
02.02.01.033-3	Dosagem de Creatinofosfoquinase Fração MB	R\$ 4,21
02.02.01.034-1	Dosagem de Desidrogenase Alfa-Hidroxiúrica	R\$ 3,51
02.02.01.035-0	Dosagem de Desidrogenase Glutâmica	R\$ 3,51
02.02.01.036-8	Dosagem de Desidrogenase Láctica	R\$ 3,68
02.02.01.037-6	Dosagem de Desidrogenase Láctica (Isoenzimas Fracionadas)	R\$ 3,68
02.02.01.038-4	Dosagem de Ferritina	R\$ 15,59
02.02.01.039-2	Dosagem de Ferro Sérico	R\$ 3,51
02.02.01.040-6	Dosagem de Folato	R\$ 15,65
02.02.01.041-4	Dosagem de Fosfatase Ácida Total	R\$ 2,01
02.02.01.042-2	Dosagem de Fosfatase Alcalina	R\$ 2,01
02.02.01.043-0	Dosagem de Fosforo	R\$ 1,85
02.02.01.044-9	Dosagem de Fração Prostática da Fosfatase Ácida	R\$ 2,01
02.02.01.045-7	Dosagem de Galactose	R\$ 3,51
02.02.01.046-5	Dosagem de Gama-Glutamil-Transferase (Gama GT)	R\$ 3,51
02.02.01.047-3	Dosagem de Glicose	R\$ 1,85
02.02.01.048-1	Dosagem de Glicose-6-Fosfato Desidrogenase	R\$ 3,68
02.02.01.049-0	Dosagem de Haptoglobina	R\$ 3,68
02.02.01.050-0	Dosagem de Hemoglobina Glicosilada	R\$ 7,68
02.02.01.051-1	Dosagem de Hidroxiprolina	R\$ 3,68
02.02.01.052-0	Dosagem de Isomerase-Fosfohexose	R\$ 3,51
02.02.01.053-8	Dosagem de Lactato	R\$ 3,68
02.02.01.054-6	Dosagem de Leucino-Amino-peptidase	R\$ 3,51
02.02.01.055-4	Dosagem de Lipase	R\$ 2,25
02.02.01.056-2	Dosagem de Magnésio	R\$ 2,01
02.02.01.057-0	Dosagem de Muco-Proteínas	R\$ 2,01
<b>02.02.01.000-0</b>	<b>Exames Bioquímicos</b>	
02.02.01.058-9	Dosagem de Piruvato	R\$ 3,68



02.02.01.059-7	Dosagem de Porfirinas	R\$ 3,51
02.02.01.060-0	Dosagem de Potássio	R\$ 1,85
02.02.01.061-9	Dosagem de Proteínas Totais	R\$ 1,40
02.02.01.062-7	Dosagem de Proteínas Totais E Frações	R\$ 1,85
02.02.01.063-5	Dosagem de Sódio	R\$ 1,85
02.02.01.064-3	Dosagem de Transaminase Glutamico-Oxalacetica (TGO)	R\$ 2,01
02.02.01.065-1	Dosagem de Transaminase Glutamico-Piruvica (TGP)	R\$ 2,01
02.02.01.066-0	Dosagem de Transferrina	R\$ 4,21
02.02.01.067-8	Dosagem de Triglicerídeos	R\$ 3,51
02.02.01.068-6	Dosagem de Triptofano	R\$ 3,51
02.02.01.069-4	Dosagem de Ureia	R\$ 1,85
02.02.01.070-8	Dosagem de Vitamina B12	R\$ 15,24
02.02.01.071-6	Eletroforese de Lipoproteínas	R\$ 3,68
02.02.01.072-4	Eletroforese de Proteínas	R\$ 4,42
02.02.01.073-2	Gasometria (PH, PCO <sub>2</sub> , PO <sub>2</sub> , Bicarbonato AS <sub>2</sub> (Excesso ou Déficit Base)	R\$ 15,65
02.02.01.074-0	Prova da D-Xilose	R\$ 3,68
02.02.01.075-9	Teste de Tolerância a Insulina / Hipoglicemiantes Oraís	R\$ 6,55
02.02.01.076-7	Dosagem de 25-Hidroxivitamina D	R\$ 15,24
02.02.01.077-5	Determinação de Crematócrito no Leite Humano Ordenhado	R\$ 1,53
02.02.01.078-3	Acidez Tripulável no Leite Humano (DORNIC)	R\$ 3,04
02.02.01.079-1	Dosagem de Peptídeos Natriuréticos Tipo B (BNP e NT-PROBNP)	R\$ 27,00
<b>02.02.02.000-0</b>	<b>Exames Hematológicos e de Hemostasia</b>	
02.02.02.001-0	Citoquímica Hematológica	R\$ 6,48
02.02.02.002-9	Contagem de Plaquetas	R\$ 2,73
02.02.02.003-7	Contagem de Reticulócitos	R\$ 2,73
02.02.02.005-3	Determinação de Enzimas Eritrocitárias (CADA)	R\$ 2,73
02.02.02.006-1	Determinação de Sulfo-Hemoglobina	R\$ 2,73
02.02.02.007-0	Determinação de Tempo de Coagulação	R\$ 2,73
02.02.02.008-8	Determinação de Tempo de Lise da Euglobulina	R\$ 2,73
02.02.02.009-0	Determinação de Tempo de Sangramento-Duke	R\$ 2,73
02.02.02.010-0	Determinação de Tempo de Sangramento de IVY	R\$ 9,00
02.02.02.011-8	Determinação de Tempo de Sobrevida de Hemácias	R\$ 5,79
02.02.02.012-6	Determinação de Tempo de Trombina	R\$ 2,85
02.02.02.013-4	Determinação de Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTP Ativada)	R\$ 5,77
02.02.02.014-2	Determinação de Tempo e Atividade da Protrombina (TAP)	R\$ 2,73
02.02.02.015-0	Determinação de Velocidade de Hemossedimentação (VHS)	R\$ 9,00
02.02.02.016-9	Dosagem de Anticoagulante Circulante	R\$ 4,11
02.02.02.017-7	Dosagem de Antitrombina III	R\$ 6,48
02.02.02.018-5	Dosagem de Fator II	R\$ 5,31
02.02.02.019-3	Dosagem de Fator IX	R\$ 7,61
02.02.02.020-7	Dosagem de Fator V	R\$ 4,73
02.02.02.021-5	Dosagem de Fator VII	R\$ 8,09
02.02.02.022-3	Dosagem de Fator VIII	R\$ 6,63
02.02.02.023-1	Dosagem de Fator VIII (Inibidor)	R\$ 15,00
02.02.02.024-0	Dosagem de Fator Von Willebrand (Antígeno)	R\$ 18,91
02.02.02.025-8	Dosagem de Fator X	R\$ 6,66
02.02.02.026-6	Dosagem de Fator XI	R\$ 9,11
02.02.02.027-4	Dosagem de Fator XII	R\$ 10,51
02.02.02.028-2	Dosagem de Fator XIII	R\$ 6,66
02.02.02.029-0	Dosagem de Fibrinogênio	R\$ 4,60
02.02.02.030-4	Dosagem de Hemoglobina	R\$ 1,53
02.02.02.031-2	Dosagem de Hemoglobina - Instabilidade a 37°C	R\$ 2,73
02.02.02.032-0	Dosagem de Hemoglobina Fetal	R\$ 2,73
02.02.02.033-9	Dosagem de Hemossiderina	R\$ 2,73
02.02.02.034-7	Dosagem de Plasminogênio	R\$ 4,11
<b>02.02.02.000-0</b>	<b>Exames Hematológicos e de Hemostasia</b>	
02.02.02.035-5	Eletroforese de Hemoglobina	R\$ 5,41
02.02.02.036-3	Eritrograma (Eritrócitos, Hemoglobina, Hematócrito)	R\$ 2,73



02.02.02.037-1	Hematócrito	R\$ 1,53
02.02.02.038-0	Hemograma Completo	R\$ 4,11
02.02.02.039-8	Leucograma	R\$ 2,73
02.02.02.040-1	Pesquisa de Atividade do Cofator de Ristocetina	R\$ 25,00
02.02.02.041-0	Pesquisa de Células LE	R\$ 4,11
02.02.02.042-8	Pesquisa de Corpúsculos de Heinz	R\$ 2,73
02.02.02.043-6	Pesquisa de Filaria	R\$ 2,73
02.02.02.044-4	Pesquisa de Hemoglobina S	R\$ 2,73
02.02.02.046-0	Pesquisa de Tripanossoma	R\$ 2,73
02.02.02.048-7	Prova de Consumo de Protrombina	R\$ 4,11
02.02.02.049-5	Prova de Retração do Coágulo	R\$ 2,73
02.02.02.050-9	Prova do Laço	R\$ 2,73
02.02.02.051-7	Rastreio P/ Deficiência de Enzimas Eritrocitárias	R\$ 2,73
02.02.02.052-5	Teste de Agregação de Plaquetas	R\$ 12,00
02.02.02.053-3	Teste de HAM (Hemólise Ácida)	R\$ 2,73
02.02.02.054-1	Teste Direto de Antiglobulina Humana (TAD)	R\$ 2,73
02.02.02.055-0	Dosagem de Proteína C Funcional	R\$ 75,00
02.02.02.056-8	Dosagem de Proteína S Funcional	R\$ 125,00
02.02.02.057-6	Pesquisade Anticoagulante Lúpico	R\$ 110,00
<b>02.02.03.000-0</b>	<b>Exames Sorológicos e Imunobiológicos</b>	
02.02.03.001-6	Contagem de Linfócitos B	R\$ 15,00
02.02.03.002-4	Contagem de Linfócitos CD4/CD8	R\$ 15,00
02.02.03.003-2	Contagem de Linfócitos T Totais	R\$ 15,00
02.02.03.004-0	Deteccção de Ácidos Nucleicos do HIV-1 (Qualitativo)	R\$ 65,00
02.02.03.005-9	Deteccção de RNA do Vírus da Hepatite C (Qualitativo)	R\$ 96,00
02.02.03.006-7	Determinação de Complemento (CH50)	R\$ 9,25
02.02.03.007-5	Determinação de Fator Reumatoide	R\$ 2,83
02.02.03.008-3	Determinação Quantitativa de Proteína C Reativa	R\$ 9,25
02.02.03.009-1	Dosagem de Alfa-Fetoproteína	R\$ 15,06
02.02.03.010-5	Dosagem de Antígeno Prostático Específico (PSA)	R\$ 16,42
02.02.03.011-3	Dosagem de Beta-2-Microglobulina	R\$ 13,55
02.02.03.012-1	Dosagem de Complemento C3	R\$ 17,16
02.02.03.013-0	Dosagem de Complemento C4	R\$ 17,16
02.02.03.014-8	Dosagem de Crioaglutinina	R\$ 2,83
02.02.03.015-6	Dosagem de Imunoglobulina A (IgA)	R\$ 17,16
02.02.03.016-4	Dosagem de Imunoglobulina E (IgE)	R\$ 9,25
02.02.03.018-0	Dosagem de Imunoglobulina M (IgM)	R\$ 17,16
02.02.03.019-9	Dosagem de Inibidor de C1-Esterase	R\$ 9,25
02.02.03.020-2	Dosagem de Proteína C Reativa	R\$ 2,83
02.02.03.021-0	Genotipagemde Vírus da Hepatite C	R\$ 298,48
02.02.03.022-9	Imunoeletroforesede Proteínas	R\$ 17,16
02.02.03.023-7	Imunofenotipagemde Hemopatias Malignas (Por Marcador)	R\$ 80,00
02.02.03.025-3	Pesquisa de Anticorpo IgGAnticardiolipina	R\$ 10,00
02.02.03.026-1	Pesquisa de Anticorpo IgMAnticardiolipina	R\$ 10,00
02.02.03.027-0	Pesquisa de Anticorpos Anti-DNA	R\$ 8,67
02.02.03.028-8	Pesquisa de Anticorpos Anti- <i>Helicobacterpylori</i>	R\$ 17,16
02.02.03.029-6	Pesquisa de Anticorpos Anti-HIV-1 (Western Blot)	R\$ 85,00
02.02.03.030-0	Pesquisa de Anticorpos Anti-HIV-1 + HIV-2 (Elisa)	R\$ 10,00
02.02.03.031-8	Pesquisa de Anticorpos Anti-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 18,55
02.02.03.032-6	Pesquisa de Anticorpos Anti-Ribonucleoproteína (RNP)	R\$ 17,16
02.02.03.033-4	Pesquisa de Anticorpos Anti-Schistosomas	R\$ 5,74
02.02.03.034-2	Pesquisa de Anticorpos Anti-SM	R\$ 17,16
02.02.03.035-0	Pesquisa de Anticorpos Anti-SS-A (RO)	R\$ 18,55
02.02.03.036-9	Pesquisa de Anticorpos Anti-SS-B (LA)	R\$ 18,55
<b>02.02.02.000-0</b>	<b>Exames Hematológicos e de Hemostasia</b>	
02.02.02.035-5	Eletroforese de Hemoglobina	R\$ 5,41
02.02.02.036-3	Eritrograma (Eritrócitos, Hemoglobina, Hematócrito)	R\$ 2,73
02.02.02.037-1	Hematócrito	R\$ 1,53



02.02.02.038-0	Hemograma Completo	R\$ 4,11
02.02.02.039-8	Leucograma	R\$ 2,73
02.02.02.040-1	Pesquisa de Atividade do Cofator de Ristocetina	R\$ 25,00
02.02.02.041-0	Pesquisa de Células LE	R\$ 4,11
02.02.02.042-8	Pesquisa de Corpúsculos de Heinz	R\$ 2,73
02.02.02.043-6	Pesquisa de Filaria	R\$ 2,73
02.02.02.044-4	Pesquisa de Hemoglobina S	R\$ 2,73
02.02.02.046-0	Pesquisa de Tripanossoma	R\$ 2,73
02.02.02.048-7	Prova de Consumo de Protrombina	R\$ 4,11
02.02.02.049-5	Prova de Retração do Coágulo	R\$ 2,73
02.02.02.050-9	Prova do Laço	R\$ 2,73
02.02.02.051-7	Rastreo P/ Deficiência de Enzimas Eritrocitárias	R\$ 2,73
02.02.02.052-5	Teste de Agregação de Plaquetas	R\$ 12,00
02.02.02.053-3	Teste de HAM (Hemólise Ácida)	R\$ 2,73
02.02.02.054-1	Teste Direto de Antiglobulina Humana (TAD)	R\$ 2,73
02.02.02.055-0	Dosagem de Proteína C Funcional	R\$ 75,00
02.02.02.056-8	Dosagem de Proteína S Funcional	R\$ 125,00
02.02.02.057-6	Pesquisade Anticoagulante Lúpico	R\$ 110,00
<b>02.02.03.000-0</b>	<b>Exames Sorológicos e Imunobiológicos</b>	
02.02.03.001-6	Contagem de Linfócitos B	R\$ 15,00
02.02.03.002-4	Contagem de Linfócitos CD4/CD8	R\$ 15,00
02.02.03.003-2	Contagem de Linfócitos T Totais	R\$ 15,00
02.02.03.004-0	Deteção de Ácidos Nucleicos do HIV-1 (Qualitativo)	R\$ 65,00
02.02.03.005-9	Deteção de RNA do Vírus da Hepatite C (Qualitativo)	R\$ 96,00
02.02.03.006-7	Determinação de Complemento (CH50)	R\$ 9,25
02.02.03.007-5	Determinação de Fator Reumatoide	R\$ 2,83
02.02.03.008-3	Determinação Quantitativa de Proteína C Reativa	R\$ 9,25
02.02.03.009-1	Dosagem de Alfa-Fetoproteína	R\$ 15,06
02.02.03.010-5	Dosagem de Antígeno Prostático Específico (PSA)	R\$ 16,42
02.02.03.011-3	Dosagem de Beta-2-Microglobulina	R\$ 13,55
02.02.03.012-1	Dosagem de Complemento C3	R\$ 17,16
02.02.03.013-0	Dosagem de Complemento C4	R\$ 17,16
02.02.03.014-8	Dosagem de Crioaglutinina	R\$ 2,83
02.02.03.015-6	Dosagem de Imunoglobulina A (IgA)	R\$ 17,16
02.02.03.016-4	Dosagem de Imunoglobulina E (IgE)	R\$ 9,25
02.02.03.018-0	Dosagem de Imunoglobulina M (IgM)	R\$ 17,16
02.02.03.019-9	Dosagem de Inibidor de C1-Esterase	R\$ 9,25
02.02.03.020-2	Dosagem de Proteína C Reativa	R\$ 2,83
02.02.03.021-0	Genotipagemde Vírus da Hepatite C	R\$ 298,48
02.02.03.022-9	Imunoeleetroforesede Proteínas	R\$ 17,16
02.02.03.023-7	Imunofenotipagemde Hemopatias Malignas (Por Marcador)	R\$ 80,00
02.02.03.025-3	Pesquisa de Anticorpo IgGAnticardiolipina	R\$ 10,00
02.02.03.026-1	Pesquisa de Anticorpo IgMAnticardiolipina	R\$ 10,00
02.02.03.027-0	Pesquisa de Anticorpos Anti-DNA	R\$ 8,67
02.02.03.028-8	Pesquisa de Anticorpos Anti- <i>Helicobacterpylori</i>	R\$ 17,16
02.02.03.029-6	Pesquisa de Anticorpos Anti-HIV-1 (Western Blot)	R\$ 85,00
02.02.03.030-0	Pesquisa de Anticorpos Anti-HIV-1 + HIV-2 (Elisa)	R\$ 10,00
02.02.03.031-8	Pesquisa de Anticorpos Anti-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 18,55
02.02.03.032-6	Pesquisa de Anticorpos Anti-Ribonucleoproteína (RNP)	R\$ 17,16
02.02.03.033-4	Pesquisa de Anticorpos Anti-Schistosomas	R\$ 5,74
02.02.03.034-2	Pesquisa de Anticorpos Anti-SM	R\$ 17,16
02.02.03.035-0	Pesquisa de Anticorpos Anti-SS-A (RO)	R\$ 18,55
02.02.03.036-9	Pesquisa de Anticorpos Anti-SS-B (LA)	R\$ 18,55
<b>02.02.03.000-0</b>	<b>Exames Sorológicos e Imunobiológicos</b>	
02.02.03.092-0	Pesquisa de Anticorpos IgM Contra o Vírus da Rubéola	R\$ 17,16
02.02.03.093-8	Pesquisa de Anticorpos IgM Contra o Vírus da Varicela-Herpes Zoster	R\$ 17,16
02.02.03.094-6	Pesquisa de Anticorpos IgM Contra o Vírus Epstein-Barr	R\$ 17,16
02.02.03.095-4	Pesquisa de Anticorpos IgM Contra o Vírus Herpes Simples	R\$ 17,16

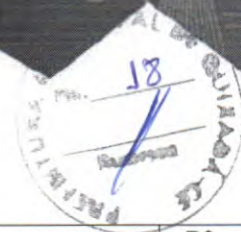


02.02.03.096-2	Pesquisa de Antígeno Carcinoembrionario (CEA)	R\$ 13,35
02.02.03.097-0	Pesquisa de Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B (HBSAG)	R\$ 18,55
02.02.03.098-9	Pesquisa de Antígeno do Vírus da Hepatite B (HBEAG)	R\$ 18,55
02.02.03.099-7	Deteção de Clamídia e Gonococo por Biologia Molecular	R\$ 60,00
02.02.03.100-4	Pesquisa de Crioglobulinas	R\$ 2,83
02.02.03.101-2	Pesquisa de Fator Reumatoide (Waalser-Rose)	R\$ 4,10
02.02.03.102-0	Pesquisa de HIV-1 por Imunofluorescência	R\$ 10,00
02.02.03.103-9	Pesquisa de Imunoglobulina E (IgE) Alérgeno-Específica	R\$ 9,25
02.02.03.104-7	Pesquisa de <i>Trypanosoma Cruzi</i> (Por Imunofluorescência)	R\$ 10,00
02.02.03.105-5	Provas de Prausnitz-Kustner (PK)	R\$ 1,77
02.02.03.106-3	Provas Imuno-Alergicas Bacterianas	R\$ 1,77
02.02.03.107-1	Quantificação de RNA do HIV-1	R\$ 18,00
02.02.03.108-0	Quantificação de RNA do Vírus da Hepatite C	R\$ 168,48
02.02.03.109-8	Teste Treponêmico P/ Deteção de Sífilis	R\$ 4,10
02.02.03.110-1	Reação de Montenegro ID	R\$ 2,83
02.02.03.111-0	Teste Não Treponêmico P/ Deteção de Sífilis	R\$ 2,83
02.02.03.112-8	Teste FTA-ABS IgG P/ Diagnostico da Sífilis	R\$ 10,00
02.02.03.113-6	Teste FTA-ABS IgM P/ Diagnostico da Sífilis	R\$ 10,00
02.02.03.114-4	Testes Alérgicos de Contato	R\$ 1,77
02.02.03.115-2	Testes Cutâneos de Leitura Imediata	R\$ 1,77
02.02.03.117-9	Teste Não Treponêmico P/ Deteção de Sífilis em Gestantes	R\$ 2,83
02.02.03.118-7	Dosagem de Anticorpos Antitransglutaminase Recombinante Humano IgA	R\$ 18,55
02.02.03.119-5	Dosagem da Fração C1Q do Complemento	R\$ 17,16
02.02.03.120-9	Dosagem de Troponina	R\$ 9,00
02.02.03.121-7	Dosagem do Antígeno CA 125	R\$ 13,35
02.02.03.122-5	Exame Laboratorial para Doença de Gaucher I	R\$ 80,00
02.02.03.123-3	Exame Laboratorial para Doença de Gaucher II	R\$ 120,00
02.02.03.125-0	Deteção de RNA do HTLV-1	R\$ 65,00
02.02.03.126-8	Pesquisa de Anticorpos Anti-HTLV-1 (Western-Blot)	R\$ 85,00
02.02.03.127-6	Dosagem de Adenosina-Desaminase (ADA)	R\$ 13,06
02.02.03.128-4	Antibeta2Glicoproteína I – IgG	R\$ 125,00
02.02.03.129-2	Dosagem de Anti-Beta-2-Glicoproteína I – IgM	R\$ 125,00
02.02.03.130-6	Diagnóstico E Reavaliação de Hemoglobinúria Paroxística Noturna	R\$ 80,00
<b>02.02.04.000-0</b>	<b>Exames Coprológicos</b>	
02.02.04.001-1	Dosagem de Estercobilinogenio Fecal	R\$ 1,65
02.02.04.002-0	Dosagem de Gordura Fecal	R\$ 3,04
02.02.04.003-8	Exame Coprológico Funcional	R\$ 3,04
02.02.04.004-6	Identificação de Fragmentos De Helmintos	R\$ 1,65
02.02.04.005-4	Pesquisa de Enterobius Vermiculares ( <i>Oxiurusoxiura</i> )	R\$ 1,65
02.02.04.006-2	Pesquisa de Eosinófilos	R\$ 1,65
02.02.04.007-0	Pesquisa de Gordura Fecal	R\$ 1,65
02.02.04.008-9	Pesquisa de Larvas nas Fezes	R\$ 1,65
02.02.04.009-7	Pesquisa de Leucócitos nas Fezes	R\$ 1,65
02.02.04.010-0	Pesquisa de Leveduras nas Fezes	R\$ 1,65
02.02.04.011-9	Pesquisa de Ovos de Schistosomas (em Fragmento de Mucosa)	R\$ 1,65
02.02.04.012-7	Pesquisa de Ovos e Cistos de Parasitas	R\$ 1,65
02.02.04.013-5	Pesquisa de Rotavírus nas Fezes	R\$ 10,25
02.02.04.014-3	Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes	R\$ 1,65
02.02.04.015-1	Pesquisa de Substâncias Redutoras nas Fezes	R\$ 1,65
02.02.04.016-0	Pesquisa de Tripsina nas Fezes	R\$ 1,65
02.02.04.017-8	Pesquisa de Trofozoítas nas Fezes	R\$ 1,65
<b>02.02.05.000-0</b>	<b>Exames de Uroanálise</b>	
02.02.05.001-7	Análise de Caracteres Físicos, Elementos e Sedimento da Urina	R\$ 3,70
02.02.05.002-5	Clearance de Creatinina	R\$ 3,51
02.02.05.003-3	Clearance de Fosfato	R\$ 3,51
02.02.05.004-1	Clearance de Ureia	R\$ 3,51
02.02.05.005-0	Contagem de Addis	R\$ 2,04
02.02.05.006-8	Determinação de Osmolalidade	R\$ 3,70

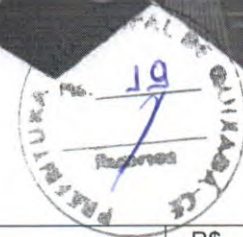




02.02.05.007-6	Identificação de Glicídios Urinários Por Cromatografia (Camada Delgada)	R\$ 3,70
02.02.05.008-4	Dosagem de Citrato	R\$ 2,01
02.02.05.009-2	Dosagem de Microalbuminana Urina	R\$ 8,12
02.02.05.010-6	Dosagem de Oxalato	R\$ 3,68
02.02.05.011-4	Dosagem de Proteínas (Urina de 24 Horas)	R\$ 2,04
02.02.05.012-2	Dosagem e/ou Fracionamento de Ácidos Orgânicos	R\$ 3,04
02.02.05.013-0	Exame Qualitativo de Cálculos Urinários	R\$ 3,70
02.02.05.014-9	Pesquisa / Dosagem de Aminoácidos (por Cromatografia)	R\$ 3,70
02.02.05.015-7	Pesquisa de Alcaptona Na Urina	R\$ 2,04
02.02.05.016-5	Pesquisa de Aminoácidos Na Urina	R\$ 3,70
02.02.05.017-3	Pesquisa de Beta-Mercapto-Lactato-Dissulfiduria	R\$ 2,04
02.02.05.018-1	Pesquisa de Cadeias Leves Kappae Lambda	R\$ 2,04
02.02.05.019-0	Pesquisa de Cistina na Urina	R\$ 2,04
02.02.05.020-3	Pesquisa de Coproporfirinana Urina	R\$ 2,04
02.02.05.021-1	Pesquisa de Erros Inatos do Metabolismo na Urina	R\$ 3,70
02.02.05.022-0	Pesquisa de Fenil-Cetona na Urina	R\$ 2,04
02.02.05.023-8	Pesquisa de Frutose na Urina	R\$ 2,04
02.02.05.024-6	Pesquisa de Galactose na Urina	R\$ 3,36
02.02.05.026-2	Pesquisa de Homocistinana Urina	R\$ 2,04
02.02.05.027-0	Pesquisa de Lactose na Urina	R\$ 2,04
02.02.05.028-9	Pesquisa de Mucopolissacarideosna Urina	R\$ 3,70
02.02.05.029-7	Pesquisa de Porfobilinogeniona Urina	R\$ 2,04
02.02.05.030-0	Pesquisa de Proteínas Urinaria (por Eletroforese)	R\$ 4,44
02.02.05.031-9	Pesquisa de Tirosina na Urina	R\$ 2,04
02.02.05.032-7	Prova de Diluição (Urina)	R\$ 2,04
<b>02.02.06.000-0</b>	<b>Exames Hormonais</b>	
02.02.06.001-2	Determinação de Índice de Tiroxina Livre	R\$ 12,54
02.02.06.002-0	Determinação de Retenção de T3	R\$ 12,54
02.02.06.003-9	Determinação de T3 Reverso	R\$ 14,69
02.02.06.004-7	Dosagem de 17-Alfa-Hidroxiprogesterona	R\$ 10,20
02.02.06.005-5	Dosagem de 17-Cetosteroides Totais	R\$ 6,72
02.02.06.006-3	Dosagem de 17-Hidroxicorticosteroides	R\$ 6,72
02.02.06.007-1	Dosagem de Ácido 5-Hidroxi-Indol-Acético (Serotonina)	R\$ 6,72
02.02.06.008-0	Dosagem de Adrenocorticotrófico (ACTH)	R\$ 14,12
02.02.06.009-8	Dosagem de Aldosterona	R\$ 11,89
02.02.06.010-1	Dosagem de AMP Cíclico	R\$ 12,01
02.02.06.011-0	Dosagem de Androstenediona	R\$ 11,53
02.02.06.012-8	Dosagem de Calcitonina	R\$ 14,38
02.02.06.013-6	Dosagem de Cortisol	R\$ 9,86
02.02.06.014-4	Dosagem de Dehidroepiandrosterona (DHEA)	R\$ 11,25
02.02.06.015-2	Dosagem de Dihidrotestoterona (DHT)	R\$ 11,71
02.02.06.016-0	Dosagem de Estradiol	R\$ 10,15
02.02.06.017-9	Dosagem de Estriol	R\$ 11,55
02.02.06.018-7	Dosagem de Estrona	R\$ 11,12
02.02.06.019-5	Dosagem de Gastrina	R\$ 14,15
02.02.06.020-9	Dosagem de Globulina Transportadora de Tiroxina	R\$ 15,35
02.02.06.021-7	Dosagem de Gonadotrofina Coriônica Humana (HCG, Beta HCG)	R\$ 7,85
02.02.06.022-5	Dosagem de Hormônio De Crescimento (HGH)	R\$ 10,21
02.02.06.023-3	Dosagem de Hormônio Foliculo-Estimulante (FSH)	R\$ 7,89
02.02.06.024-1	Dosagem de Hormônio Luteinizante (LH)	R\$ 8,97
<b>02.02.06.000-0</b>	<b>Exames Hormonais</b>	
02.02.06.025-0	Dosagem de Hormônio Tireoestimulante (TSH)	R\$ 8,96
02.02.06.026-8	Dosagem de Insulina	R\$ 10,17
02.02.06.028-4	Dosagem de Peptídeo C	R\$ 15,35
02.02.06.027-6	Dosagem de Paratormônio	R\$ 43,13
02.02.06.029-2	Dosagem de Progesterona	R\$ 10,22
02.02.06.030-6	Dosagem de Prolactina	R\$ 10,15
02.02.06.031-4	Dosagem de Renina	R\$ 13,19



02.02.06.032-2	Dosagem de Somatomedina C (IGF1)	R\$ 15,35
02.02.06.033-0	Dosagem de Sulfato de Hidroepiandrosterona (DHEAS)	R\$ 13,11
02.02.06.034-9	Dosagem de Testosterona	R\$ 10,43
02.02.06.035-7	Dosagem de Testosterona Livre	R\$ 13,11
02.02.06.036-5	Dosagem de Tireoglobulina	R\$ 15,35
02.02.06.037-3	Dosagem de Tiroxina (T4)	R\$ 8,76
02.02.06.038-1	Dosagem de Tiroxina Livre (T4 Livre)	R\$ 11,60
02.02.06.039-0	Dosagem de Triiodotironina (T3)	R\$ 8,71
02.02.06.040-3	Teste de Estímulo da Prolactina / TSH após TRH	R\$ 12,01
02.02.06.041-1	Teste de Estímulo da Prolactina após Clorpromazina	R\$ 12,01
02.02.06.042-0	Teste de Estímulo com GNRH ou com Agonista GNRH	R\$ 12,01
02.02.06.043-8	Teste de Estímulo do HGH após Glucagon	R\$ 12,01
02.02.06.044-6	Teste de Supressão do Cortisol após Dexametasona	R\$ 12,01
02.02.06.045-4	Teste de Supressão do HGH após Glicose	R\$ 12,01
02.02.06.046-2	Teste p/ Investigação do Diabetes Insípidos	R\$ 8,43
02.02.06.047-0	Pesquisa de Macroprolactina	R\$ 12,15
<b>02.02.07.000-0</b>	<b>Exames Toxicológicos ou de Monitorização Terapêutica</b>	
02.02.07.001-8	Dosagem de Ácido Delta-Aminolevulinico	R\$ 2,06
02.02.07.002-6	Dosagem de ÁcidoHipurico	R\$ 2,23
02.02.07.003-4	Dosagem de ÁcidoMandelico	R\$ 3,68
02.02.07.004-2	Dosagem de Ácido Metil-Hipurico	R\$ 2,04
02.02.07.005-0	Dosagem de ÁcidoValproico	R\$ 15,65
02.02.07.006-9	Dosagem de Ala-Desidratase	R\$ 3,51
02.02.07.007-7	Dosagem de ÁlcoolEtilico	R\$ 2,01
02.02.07.008-5	Dosagem de Aluminio	R\$ 27,50
02.02.07.009-3	Dosagem de Aminoglicosideos	R\$ 10,00
02.02.07.010-7	Dosagem de Anfetaminas	R\$ 10,00
02.02.07.011-5	Dosagem de Antidepressivos Triciclicos	R\$ 10,00
02.02.07.012-3	Dosagem de Barbituratos	R\$ 13,13
02.02.07.013-1	Dosagem de Benzodiazepinicos	R\$ 13,48
02.02.07.014-0	Dosagem de Cadmio	R\$ 6,55
02.02.07.015-8	Dosagem de Carbamazepina	R\$ 17,53
02.02.07.016-6	Dosagem de Carboxi-Hemoglobina	R\$ 4,11
02.02.07.017-4	Dosagem de Chumbo	R\$ 8,83
02.02.07.018-2	Dosagem de Ciclosporina	R\$ 58,61
02.02.07.019-0	Dosagem de Cobre	R\$ 3,51
02.02.07.020-4	Dosagem de Digitalicos (Digoxina, Digitoxina)	R\$ 8,97
02.02.07.021-2	Dosagem de Etossuximida	R\$ 15,65
02.02.07.022-0	Dosagem de Fenitoina	R\$ 35,22
02.02.07.023-9	Dosagem de Fenol	R\$ 2,05
02.02.07.024-7	Dosagem de Formaldeído	R\$ 3,51
02.02.07.025-5	Dosagem de Lítio	R\$ 2,25
02.02.07.026-3	Dosagem de Mercúrio	R\$ 2,04
02.02.07.027-1	Dosagem de Meta-Hemoglobina	R\$ 4,11
02.02.07.028-0	Dosagem de Metabolitos da Cocaína	R\$ 10,00
02.02.07.029-8	Dosagem de Metotrexato	R\$ 10,00
02.02.07.030-1	Dosagem de Quinidina	R\$ 10,00
02.02.07.031-0	Dosagem de Salicilatos	R\$ 2,01
02.02.07.032-8	Dosagem de Sulfatos	R\$ 3,51
<b>02.02.07.000-0</b>	<b>Exames Toxicológicos ou de Monitorização Terapêutica</b>	
02.02.07.033-6	Dosagem de Teofilina	R\$ 15,65
02.02.07.034-4	Dosagem de Tiocianato	R\$ 3,68
02.02.07.035-2	Dosagem de Zinco	R\$ 15,65
<b>02.02.08.000-0</b>	<b>Exames Microbiológicos</b>	
02.02.08.001-3	Antibiograma	R\$ 4,98
02.02.08.002-1	Antibiograma C/ ConcentraçãoInibitóriaMínima	R\$ 13,33
02.02.08.003-0	Antibiograma P/ Microbactérias	R\$ 13,33
02.02.08.004-8	Baciloscopia Direta P/ BAAR Tuberculose (Diagnóstica)	R\$ 4,20



02.02.08.005-6	Baciloscopia Direta P/ BAAR (Hanseníase)	R\$ 4,20
02.02.08.006-4	Baciloscopia Direta P/ BAAR Tuberculose (Controle)	R\$ 4,20
02.02.08.007-2	Bacterioscopia (GRAM)	R\$ 2,80
02.02.08.008-0	Cultura de Bactérias P/ Identificação	R\$ 5,62
02.02.08.009-9	Cultura do Leite Humano (Pós-Pasteurização)	R\$ 5,62
02.02.08.010-2	Cultura P/ Herpesvirus	R\$ 4,33
02.02.08.011-0	Cultura Para BAAR	R\$ 5,63
02.02.08.012-9	Cultura Para Bactérias Anaeróbicas	R\$ 10,25
02.02.08.013-7	Cultura Para Identificação de Fungos	R\$ 4,19
02.02.08.014-5	Exame Microbiológico a Fresco (Direto)	R\$ 2,80
02.02.08.015-3	Hemocultura	R\$ 11,49
02.02.08.016-1	Identificação Automatizada de Microorganismos	R\$ 5,63
02.02.08.017-0	Pesquisa de <i>Pneumocystis carinii</i>	R\$ 4,33
02.02.08.018-8	Pesquisa de Bacilo Diferencial	R\$ 2,80
02.02.08.019-6	Pesquisa de Estreptococos Beta-Hemolíticos do Grupo A	R\$ 4,33
02.02.08.020-0	Pesquisa de <i>Haemophilus ducreyi</i>	R\$ 2,80
02.02.08.021-8	Pesquisa de <i>Helicobacter pylori</i>	R\$ 4,33
02.02.08.022-6	Pesquisa de Leptospiras	R\$ 2,80
02.02.08.023-4	Pesquisa de <i>Treponema pallidum</i>	R\$ 5,04
02.02.08.024-2	Prova Confirmatória da Presença de Microorganismos Coliformes	R\$ 5,62
<b>02.02.09.000-0</b>	<b>Exames com Outros Líquidos Biológicos</b>	
02.02.09.001-9	Ácido Úrico Líquido no Sinovial e Derrames	R\$ 1,89
02.02.09.002-7	Adenograma	R\$ 5,79
02.02.09.003-5	Citologia P/ Clamídia	R\$ 4,33
02.02.09.004-3	Citologia P/ Herpesvírus	R\$ 4,33
02.02.09.005-1	Contagem Específica de Células no Líquor	R\$ 1,89
02.02.09.006-0	Contagem Global de Células no Líquor	R\$ 1,89
02.02.09.007-8	Determinação de Fosfolípidios Relação Lecitina - Esfingomielina no Líquido Amniótico	R\$ 6,56
02.02.09.008-6	Dosagem de Creatinina no Líquido Amniótico	R\$ 1,89
02.02.09.009-4	Dosagem de Fosfatase Alcalina no Esperma	R\$ 2,01
02.02.09.010-8	Dosagem de Frutose	R\$ 2,01
02.02.09.011-6	Dosagem de Frutose no Esperma	R\$ 2,01
02.02.09.012-4	Dosagem de Glicose no Líquido Sinovial e Derrames	R\$ 1,89
02.02.09.013-2	Dosagem de Proteínas no Líquido Sinovial e Derrames	R\$ 1,89
02.02.09.015-9	Eletroforese de Proteínas C/ Concentração no Líquor	R\$ 5,23
02.02.09.016-7	Espectrofotometria no Líquido Amniótico	R\$ 6,56
02.02.09.017-5	Esplenograma	R\$ 5,79
02.02.09.018-3	Exame de Caracteres Físicos Contagem Global e Específica de Células	R\$ 1,89
02.02.09.019-1	Mielograma	R\$ 5,79
02.02.09.021-3	Pesquisa de Anticorpos Antiespermatozoides (ELISA)	R\$ 9,70
02.02.09.022-1	Dosagem de Fosfatase Ácida no Esperma	R\$ 2,01
02.02.09.023-0	Pesquisa de Caracteres Físicos no Líquor	R\$ 1,89
02.02.09.024-8	Pesquisa de Células Orangiofilas	R\$ 1,89
02.02.09.025-6	Pesquisa de Cristais C/ Luz Polarizada	R\$ 1,89
02.02.09.026-4	Pesquisa de Espermatozoides (Após Vasectomia)	R\$ 4,80
02.02.09.027-2	Pesquisa de Rágocitos no Líquido Sinovial e Derrames	R\$ 1,89
02.02.09.028-0	Prova de Progressão Espermática (CADA)	R\$ 9,70
<b>02.02.09.000-0</b>	<b>Exames com Outros Líquidos Biológicos</b>	
02.02.09.029-9	Prova do Látex P/ <i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Neisseria meningitidis</i> (Sorotipos A, B, C)	R\$ 1,89
02.02.09.030-2	Prova do Látex P/ Pesquisa do Fator Reumatoide	R\$ 1,89
02.02.09.031-0	Reação de Pandy	R\$ 1,89
02.02.09.032-9	Reação de Rivalta no Líquido Sinovial e Derrames	R\$ 1,89
02.02.09.033-7	Teste de Clements	R\$ 1,89
02.02.09.034-5	Teste de Gastroacidograma - Secreção Basal por 60 em 4 Amostras	R\$ 4,69
02.02.09.035-3	Teste de Hollander no Suco Gástrico	R\$ 4,69
<b>02.02.10.000-0</b>	<b>Exames de Genética</b>	



02.02.10.001-4	Determinação de Cariótipo em Cultura de Longa Duração (C/ Técnica de Bandas)	R\$ 180,00
02.02.10.002-2	Determinação de Cariótipo em Medula Óssea e Vilosidades Coriônicas (C/ Técnica de Bandas)	R\$ 160,00
02.02.10.003-0	Determinação de Cariótipo em Sangue Periférico (C/ Técnica de Bandas)	R\$ 160,00
02.02.10.004-9	Quantificação/Amplificação do HER-2	R\$ 120,00
02.02.10.021-9	Diagnóstico de Leucemia Cromossoma Philadelphia Positivo Por Técnica Molecular	R\$ 144,24
02.02.10.022-7	Reavaliação Diagnóstica de Leucemia Cromossoma Philadelphia Positivo por Técnica Molecular	R\$ 168,48
02.02.10.023-5	Pesquisa de Mutação do Gene da Protrombina	R\$ 180,00
<b>02.02.12.000-0</b>	<b>Exames Imunohematológicos</b>	
02.02.12.001-5	Determinação de Anticorpos Antiplaquetários	R\$ 10,65
02.02.12.002-3	Determinação Direta e Reversa de Grupo ABO	R\$ 1,37
02.02.12.003-1	Fenotipagem de Sistema RH – HR	R\$ 10,65
02.02.12.004-0	Identificação de Anticorpos Séricos Irregulares C/ Painel de Hemácias	R\$ 10,65
02.02.12.005-8	Pesquisa de Anticorpos Irregulares Pelo Método da Eluição	R\$ 5,79
02.02.12.006-6	Pesquisa de Anticorpos Séricos Irregulares 37°C	R\$ 5,79
02.02.12.007-4	Pesquisa de Anticorpos Séricos Irregulares a Frio	R\$ 5,79
02.02.12.008-2	Pesquisa de Fator Rh (Inclui D Fraco)	R\$ 1,37
02.02.12.009-0	Teste Indireto de Antiglobulina Humana (TIA)	R\$ 2,73
02.02.12.010-4	Titulação de Anticorpos ANTI-A e/ou ANTI-B	R\$ 5,79
02.13.01.072-0	Pesquisa de SARS-CoV-2 por RT-PCR	R\$ 0,00
<b>02.11.08.000-0</b>	<b>Gasometria</b>	
02.11.08.002-0	Gasometria	R\$ 2,78
<b>03.01.01.000-0</b>	<b>Laudos e Avaliações dos Procedimentos</b>	
03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (Exceto Médico)	R\$ 6,30

**Valor global estimado para 12(doze) meses para o lote 01 é de R\$ 960.000,00 (NOVECENTOS E SESSENTA MIL REAIS)**

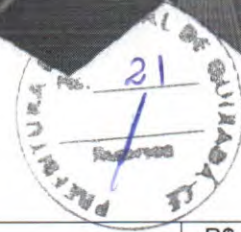
### **LOTE 02: DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLÓGICA**

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>02.03.01.000-0</b>	<b>Exames Citopatológicos</b>	
02.03.01.001-9	Exame Citopatológico Cérvico-Vaginal/Microflora	R\$ 13,72
02.03.01.003-5	Exame de Citologia (Exceto Cérvico-Vaginal e de Mama)	R\$ 20,96
02.03.01.004-3	Exame Citopatológico de Mama	R\$ 35,34
02.03.01.008-6	Exame Citopatológico Cérvico-Vaginal/Microflora-RASTREAMENTO	R\$ 14,37
<b>02.03.02.000-0</b>	<b>Exames Anatomopatológicos</b>	
02.03.02.001-4	Determinação de Receptores Tumorais Hormonais	R\$ 93,70
02.03.02.002-2	Exame Anatomopatológico do Colo Uterino – PEÇA CIRURGICA	R\$ 61,77
02.03.02.003-0	Exame Anatomopatológico Para Congelamento / Parafina por Peça Cirúrgica ou por Biopsia (Exceto Colo Uterino e Mama)	R\$ 40,78
02.03.02.004-9	Imuno-histoquímica Neoplasias Malignas (Por Marcador)	R\$ 131,52
02.03.02.006-5	Exame Anatomopatológico de Mama – Biopsia	R\$ 45,83
02.03.02.007-3	Exame Anatomopatológico de Mama – Peça Cirúrgica	R\$ 61,77
02.03.02.008-1	Exame Anatomopatológico do Colo Uterino – Biopsia	R\$ 40,78
<b>03.01.01.000-0</b>	<b>Laudos e Avaliações dos Procedimentos</b>	
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R\$ 10,00

**Valor global estimado para 12(doze) meses para o lote 02 é de R\$ 240.000,00 (DUZENTOS E QUARENTA MIL REAIS)**

### **LOTE 03: DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA**

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>02.05.01.000-0</b>	<b>Ultrassonografias do Sistema Circulatório</b>	
02.05.01.001-6	Ecocardiografia de Estresse	R\$ 165,00



02.05.01.002-4	Ecocardiografia Transesofagica	R\$ 165,00
02.05.01.003-2	Ecocardiografia Transtoracica	R\$ 39,94
02.05.01.004-0	Ultrassonografia Doppler Colorido de Vasos de Membro Superior	R\$ 39,60
<b>02.05.01.000-0</b>	<b>Ultrassonografias do Sistema Circulatorio</b>	
02.05.01.004-0	Ultrassonografia Doppler Colorido de Vasos de Membro Inferior	R\$ 39,60
02.05.01.004-0	Ultrassonografia Doppler Colorido de Vasos do Pescoço	R\$ 39,60
02.05.01.004-0	Ultrassonografia Doppler Colorido de Vasos do Abdômen	R\$ 39,60
02.05.01.005-9	Ultrassonografia Doppler de Fluxo Obstétrico	R\$ 42,90
<b>02.05.02.000-0</b>	<b>Ultrassonografias dos Demais Sistemas</b>	
02.05.02.001-1	EcodopplerTranscraniano	R\$ 117,00
02.05.02.002-0	Paquimetria Ultrassônica	R\$ 14,81
02.05.02.003-8	Ultrassonografia de Abdômen Superior	R\$ 24,20
02.05.02.004-6	Ultrassonografia de Abdômen Total	R\$ 37,95
02.05.02.005-4	Ultrassonografia de Aparelho Urinário	R\$ 24,20
02.05.02.006-2	Ultrassonografia de Articulação	R\$ 24,20
02.05.02.007-0	Ultrassonografia de Bolsa Escrotal	R\$ 24,20
02.05.02.008-9	Ultrassonografia de Globo Ocular / Orbita (Monocular)	R\$ 24,20
02.05.02.009-7	Ultrassonografia Mamaria Bilateral	R\$ 24,20
02.05.02.010-0	Ultrassonografia de Próstata Por Via Abdominal	R\$ 24,20
02.05.02.011-9	Ultrassonografia de Próstata (Via Transretal)	R\$ 24,20
02.05.02.012-7	Ultrassonografia de Tireoide	R\$ 24,20
02.05.02.013-5	Ultrassonografia de Tórax (Extracardiaca)	R\$ 24,20
02.05.02.014-3	Ultrassonografia Obstétrica	R\$ 24,20
02.05.02.015-1	Ultrassonografia Obstétrica com Doppler Colorido e Pulsado	R\$ 39,60
02.05.02.016-0	Ultrassonografia Pélvica (Ginecológica)	R\$ 24,20
02.05.02.017-8	Ultrassonografia Transfontanela	R\$ 24,20
02.05.02.018-6	Ultrassonografia Transvaginal	R\$ 24,20
02.05.02.019-4	Marcação de Lesão Pré-cirúrgica de Lesão não Palpável de Mama Associada a Ultrassonografia	R\$ 25,43
<b>03.01.01.000-0</b>	<b>Laudos e Avaliações dos Procedimentos</b>	
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R\$ 10,00
<b>03.01.10.000-0</b>	<b>Administração de Medicamentos</b>	
03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63

**Valor global estimado para 12(doze) meses para o lote 03 é de R\$ 360.000,00 (TREZENTOS E SESSENTA MIL REAIS)**

#### LOTE 04: DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>02.06.01.000-0</b>	<b>Tomografia de Cabeça, Pescoço e Coluna Vertebral</b>	
02.06.01.001-0	Tomografia Computadorizada de Coluna Cervical sem Contraste	R\$ 86,76
02.06.01.001-0	Tomografia Computadorizada de Coluna Cervical com Contraste	R\$ 86,76
02.06.01.002-8	Tomografia Computadorizada de Coluna Lombo-Sacra sem Contraste	R\$ 101,10
02.06.01.002-8	Tomografia Computadorizada de Coluna Lombo-Sacra comContraste	R\$ 101,10
02.06.01.003-6	Tomografia Computadorizada de Coluna Torácica semContraste	R\$ 86,76
02.06.01.003-6	Tomografia Computadorizada de Coluna Torácica com Contraste	R\$ 86,76
02.06.01.004-4	Tomografia Computadorizada de Face	R\$ 86,75
02.06.01.004-4	Tomografia Computadorizada de Seios da Face	R\$ 86,75
02.06.01.004-4	Tomografia Computadorizada de Articulações Temporomandibulares	R\$ 86,75
02.06.01.005-2	Tomografia Computadorizada de Pescoço	R\$ 86,75
02.06.01.006-0	Tomografia Computadorizada de Sela Túrcica	R\$ 97,44
02.06.01.007-9	Tomografia Computadorizada do Crânio	R\$ 97,44
02.06.01.008-7	Tomomielografia Computadorizada	R\$ 138,63
02.06.01.009-5	Tomografia Por Emissão de Pósitrons (PET-CT)	R\$ 2.107,22
<b>02.06.02.000-0</b>	<b>Tomografia de Tórax, Segmentos Apendiculares e Membros Superiores</b>	
02.06.02.001-5	Tomografia Computadorizada de Articulações de Membro Superior	R\$ 86,75
02.06.02.002-3	Tomografia Computadorizada da Coxa	R\$ 86,75
02.06.02.002-3	Tomografia Computadorizada do Braço	R\$ 86,75



02.06.02.002-3	Tomografia Computadorizada do Antebraço	R\$ 86,75
02.06.02.002-3	Tomografia Computadorizada da Mão	R\$ 86,75
02.06.02.002-3	Tomografia Computadorizada da Perna	R\$ 86,75
02.06.02.002-3	Tomografia Computadorizada do Pé	R\$ 86,75
<b>02.06.02.000-0</b>	<b>Tomografia de Tórax, Segmentos Apendiculares e Membros Superiores</b>	
02.06.02.003-1	Tomografia Computadorizada de Tórax	R\$ 136,41
<b>02.06.03.000-0</b>	<b>Tomografia de Pelve, Abdômen e Membros Inferiores</b>	
02.06.03.001-0	Tomografia Computadorizada de Abdômen Superior	R\$ 138,63
02.06.03.002-9	Tomografia Computadorizada de Articulações de Membro Inferior	R\$ 86,75
02.06.03.003-7	Tomografia Computadorizada de Pelve	R\$ 138,63
02.06.03.003-7	Tomografia Computadorizada de Bacia	R\$ 138,63
02.06.03.003-7	Tomografia Computadorizada de Abdômen Inferior	R\$ 138,63
<b>03.01.01.000-0</b>	<b>Laudos e Avaliações dos Procedimentos</b>	
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R\$ 10,00
<b>03.01.10.000-0</b>	<b>Administração de Medicamentos</b>	
03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
<b>04.17.01.000-0</b>	<b>Procedimentos Anestésicos</b>	
04.17.01.006-0	Sedação	R\$ 15,15

**Valor global estimado para 12(doze) meses para o lote 04 é de R\$ 480.000,00 (DUZENTOS E QUARENTA MIL REAIS)**

#### LOTE 05: DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>02.07.01.000-0</b>	<b>Ressonância Magnética da Cabeça, Pescoço e Coluna Vertebral</b>	
02.07.01.001-3	Angioressonância Cerebral	R\$ 268,75
02.07.01.002-1	Ressonância Magnética de Articulação Temporomandibular (Bilateral)	R\$ 268,75
02.07.01.003-0	Ressonância Magnética de Coluna Cervical/Pescoço	R\$ 268,75
02.07.01.004-8	Ressonância Magnética de Coluna Lombo-Sacra	R\$ 268,75
02.07.01.005-6	Ressonância Magnética de Coluna Torácica	R\$ 268,75
02.07.01.006-4	Ressonância Magnética de Crânio	R\$ 268,75
02.07.01.007-2	Ressonância Magnética de Sela Túrcica	R\$ 268,75
<b>02.07.02.000-0</b>	<b>Ressonância Magnética de Tórax e Membros Superiores</b>	
02.07.02.001-9	Ressonância Magnética de Coração / Aorta C/ CINE	R\$ 268,75
02.07.02.002-7	Ressonância Magnética de Membro Superior (Unilateral)	R\$ 268,75
02.07.02.003-5	Ressonância Magnética de Tórax	R\$ 268,75
<b>02.07.03.000-0</b>	<b>Ressonância Magnética de Pelve, Abdômen e Membros Inferiores</b>	
02.07.03.001-4	Ressonância Magnética de Abdômen Superior	R\$ 268,75
02.07.03.002-2	Ressonância Magnética de Bacia	R\$ 268,75
02.07.03.002-2	Ressonância Magnética de Pelve	R\$ 268,75
02.07.03.002-2	Ressonância Magnética de Abdômen Inferior	R\$ 268,75
02.07.03.003-0	Ressonância Magnética de Membro Inferior (Unilateral)	R\$ 268,75
02.07.03.004-9	Ressonância Magnética de Vias Biliares/Colangiressonância	R\$ 268,75
<b>03.01.01.000-0</b>	<b>Laudos e Avaliações dos Procedimentos</b>	
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R\$ 10,00
<b>03.01.10.000-0</b>	<b>Administração de Medicamentos</b>	
03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
<b>04.17.01.000-0</b>	<b>Procedimentos Anestésicos</b>	
04.17.01.006-0	Sedação	R\$ 15,15

**Valor global estimado para 12(doze) meses para o lote 05 é de R\$ 480.000,00 (DUZENTOS E QUARENTA MIL REAIS)**

#### LOTE 06: DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>02.08.01.000-0</b>	<b>Cintilografia do Aparelho Cardiovascular</b>	
02.08.01.001-7	Cintilografia de Coração C/ Gálio 67	R\$ 457,55



02.08.01.002-5	Cintilografia de Miocárdio P/ Avaliação da Perfusão em Situação de Estresse (mínimo 3 projeções)	R\$ 408,52
02.08.01.003-3	Cintilografia de Miocárdio P/ Avaliação da Perfusão em Situação de Repouso (mínimo 3 projeções)	R\$ 383,07
02.08.01.004-1	Cintilografia De Miocárdio P/ Localização de Necrose (mínimo 3projeções)	R\$ 166,47
02.08.01.005-0	Cintilografia P/ Avaliação de Fluxo Sanguíneo de Extremidades	R\$ 114,02
02.08.01.006-8	Cintilografia P/ Quantificação de Shunt Extracardiaco	R\$ 142,57
02.08.01.007-6	Cintilografia Sincronizada de Câmaras Cardíacas em Situação de Esforço	R\$ 214,85
<b>02.08.01.000-0</b>	<b>Cintilografia do Aparelho Cardiovascular</b>	
02.08.01.008-4	Cintilografia Sincronizada de Câmaras Cardíacas em Situação de Repouso (Ventriculografia)	R\$ 176,72
02.08.01.009-2	Determinação de Fluxo Sanguíneo Regional	R\$ 123,93
<b>02.08.02.000-0</b>	<b>Cintilografia do Aparelho Digestivo</b>	
02.08.02.001-2	Cintilografia de Fígado e Baco (MINIMO 5 IMAGENS)	R\$ 133,26
02.08.02.002-0	Cintilografia de Fígado e Vias Biliares	R\$ 187,93
02.08.02.003-9	Cintilografia de Glândulas Salivares com Estímulo	R\$ 87,89
02.08.02.003-9	Cintilografia de Glândulas Salivares sem Estímulo	R\$ 87,89
02.08.02.005-5	Cintilografia P/ Estudo de Trânsito Esofágico (LÍQUIDO)	R\$ 135,38
02.08.02.006-3	Cintilografia P/ Estudo de Trânsito Esofágico (SEMI-SOLIDO)	R\$ 135,38
02.08.02.007-1	Cintilografia P/ Estudo de Trânsito Gástrico	R\$ 144,22
02.08.02.008-0	Cintilografia P/ Pesquisa de Diverticulose de Meckel	R\$ 144,86
02.08.02.009-8	Cintilografia P/ Pesquisa de Hemorragia Digestiva Ativa	R\$ 157,23
02.08.02.010-1	Cintilografia P/ Pesquisa de Hemorragia Digestiva Não Ativa	R\$ 310,82
02.08.02.011-0	Cintilografia P/ Pesquisa de Refluxo Gastroesofágico	R\$ 135,38
02.08.02.012-8	Imunocintilografia (ANTICORPO MONOCLONAL)	R\$ 1.103,26
<b>02.08.03.000-0</b>	<b>Cintilografia do Aparelho Endócrino</b>	
02.08.03.001-8	Cintilografia de Paratireoides	R\$ 324,54
02.08.03.002-6	Cintilografia de Tireoide Com Captação	R\$ 77,28
02.08.03.002-6	Cintilografia de Tireoide Sem Captação	R\$ 77,28
02.08.03.003-4	Cintilografia de Tireoide C/ Teste de Supressão / Estímulo	R\$ 107,30
02.08.03.004-2	Cintilografia P/ Pesquisa do Corpo Inteiro	R\$ 338,70
02.08.03.005-0	Teste do Perclorato C/ Radioisótopo	R\$ 107,40
<b>02.08.04.000-0</b>	<b>Cintilografia do Aparelho Geniturinário</b>	
02.08.04.002-1	Cintilografia de Rim C/ Gálio 67	R\$ 457,55
02.08.04.003-0	Cintilografia de Testículo e Bolsa Escrotal	R\$ 108,94
02.08.04.005-6	Cintilografia Renal/Renograma (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	R\$ 133,03
02.08.04.006-4	Cistocintilografia Direta	R\$ 122,27
02.08.04.007-2	Cistocintilografia Indireta	R\$ 144,50
02.08.04.008-0	Determinação de Filtração Glomerular	R\$ 65,22
02.08.04.009-9	Determinação de Fluxo Plasmático Renal	R\$ 63,22
02.08.04.010-2	Estudo Renal Dinâmico com Diurético	R\$ 165,24
02.08.04.010-2	Estudo Renal Dinâmico sem Diurético	R\$ 165,24
<b>02.08.05.000-0</b>	<b>Cintilografia do Aparelho Esquelético</b>	
02.08.05.001-9	Cintilografia de Articulações e/ou Extremidades e/ou Osso	R\$ 180,32
02.08.05.003-5	Cintilografia de Ossos Com Fluxo Sanguíneo (CORPO INTEIRO)	R\$ 190,99
02.08.05.003-5	Cintilografia de Ossos Sem Fluxo Sanguíneo (CORPO INTEIRO)	R\$ 190,99
02.08.05.004-3	Cintilografia de Segmento Ósseo C/ Gálio 67	R\$ 457,55
<b>02.08.06.000-0</b>	<b>Cintilografia do Aparelho Nervoso</b>	
02.08.06.001-4	Cintilografia de Perfusão Cerebral C/ Tálío (SPCTO)	R\$ 438,01
02.08.06.002-2	Cisternocintilografia	R\$ 205,34
02.08.06.003-0	Estudo de Fluxo Sanguíneo Cerebral	R\$ 119,16
<b>02.08.07.000-0</b>	<b>Cintilografia do Aparelho Respiratório</b>	
02.08.07.001-0	Cintilografia de Pulmão C/ Gálio 67	R\$ 457,55
02.08.07.002-8	Cintilografia de Pulmão P/ Pesquisa de Aspiração	R\$ 127,51
02.08.07.003-6	Cintilografia de Pulmão Por Inalação (MINIMO 2 PROJECÕES)	R\$ 128,12
02.08.07.004-4	Cintilografia de Pulmão Por Perfusão (MINIMO 4 PROJECÕES)	R\$ 130,50
<b>02.08.08.000-0</b>	<b>Cintilografia do Aparelho Hematológico</b>	
02.08.08.001-5	Cintilografia de Sistema Reticulo-Endotelial (MEDULA OSSEA)	R\$ 112,61



02.08.08.002-3	Demonstração de Sequestro de Hemácias Pelo Baco (C/ RADIOISOTOPOS)	R\$ 97,37
02.08.08.003-1	Determinação de Sobrevida de Hemácias (C/ RADIOSOTOPOS)	R\$ 54,36
02.08.08.004-0	Linfocintilografia	R\$ 141,33
<b>02.08.09.000-0</b>	<b>Cintilografia de Regiões Específicas do Corpo Humano</b>	
02.08.09.001-0	Cintilografia de Corpo Inteiro C/ Gálio 67 P/ Pesquisa de Neoplasias	R\$ 906,80
02.08.09.002-9	Cintilografia de Glandular Lacrimal (DACRIOCINTILOGRAFIA)	R\$ 66,23
02.08.09.003-7	Cintilografia de Mama (BILATERAL)	R\$ 289,43
<b>03.01.01.000-0</b>	<b>Laudos e Avaliações dos Procedimentos</b>	
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R\$ 10,00
<b>03.01.10.000-0</b>	<b>Administração de Medicamentos</b>	
03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
<b>04.17.01.000-0</b>	<b>Procedimentos Anestésicos</b>	
04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
04.17.01.006-0	Sedação	R\$ 15,15

**Valor global estimado para 12(doze) meses para o lote 06 é de R\$ 60.000,00 (SESSENTA MIL REAIS)**

#### LOTE 07: DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA

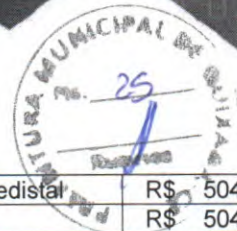
SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>02.09.01.000-0</b>	<b>Endoscopia do Aparelho Digestivo</b>	
02.09.01.001-0	Colangiopancreatografia Retrograda (Via Endoscópica)	R\$ 90,68
02.09.01.002-9	Colonoscopia (Coloscopia)	R\$ 112,66
02.09.01.003-7	Esofagogastroduodenoscopia	R\$ 48,16
02.09.01.004-5	Laparoscopia	R\$ 40,37
02.09.01.005-3	Retossigmoidoscopia	R\$ 23,13
02.09.01.006-1	Videolaparoscopia	R\$ 95,00
<b>02.09.02.000-0</b>	<b>Endoscopia do Aparelho Urinário</b>	
02.09.02.001-6	Cistoscopiae/ou Ureteroscopiae/ou Uretroscopia	R\$ 18,00
<b>02.09.03.000-0</b>	<b>Endoscopia do Aparelho Ginecológico</b>	
02.09.03.001-1	Histeroscopia Cirúrgica	R\$ 76,50
<b>02.09.04.000-0</b>	<b>Endoscopia do Aparelho Respiratório</b>	
02.09.04.001-7	Broncoscopia (Broncofibroscopia)	R\$ 36,02
02.09.04.002-5	Laringoscopia	R\$ 47,14
02.09.04.003-3	Traqueoscopia	R\$ 348,59
02.09.04.004-1	Videolaringoscopia	R\$ 45,50
<b>03.01.01.000-0</b>	<b>Laudos e Avaliações dos Procedimentos</b>	
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R\$ 10,00
<b>03.01.10.000-0</b>	<b>Administração de Medicamentos</b>	
03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
<b>04.17.01.000-0</b>	<b>Procedimentos Anestésicos</b>	
04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
04.17.01.006-0	Sedação	R\$ 15,15

**Valor global estimado para 12(doze) meses para o lote 07 é de R\$ 180.000,00 (CENTO E OITENTA MIL REAIS)**

#### LOTE 08: DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>02.10.01.000-0</b>	<b>Exames Radiológicos de Vasos Sanguíneos e Linfáticos</b>	
02.10.01.002-9	Angiografia de Arco Aórtico	R\$ 137,01
02.10.01.003-7	Angiografia de Arco Aórtico e Troncos Supra Aórticos	R\$ 137,01
02.10.01.004-5	Aortografia Abdominal	R\$ 189,73
02.10.01.005-3	Aortografia Torácica	R\$ 170,44
02.10.01.006-1	Arteriografia Cérvico-Torácica	R\$ 201,01
02.10.01.007-0	Arteriografia de Membro	R\$ 179,46
02.10.01.008-8	Arteriografia Digital (Por Via Venosa)	R\$ 200,01





02.10.01.009-6	Arteriografia p/ Investigaçãode DoençaArterioscleróticaAortoiliacaedistal	R\$ 504,33
02.10.01.010-0	Arteriografia P/ Investigaçãode Hemorragia Cerebral	R\$ 504,43
02.10.01.011-8	Arteriografia P/ Investigaçãode Isquemia Cerebral	R\$ 504,43
02.10.01.012-6	Arteriografia Pélvica	R\$ 170,44
02.10.01.013-4	Arteriografia Seletiva de Carótida	R\$ 190,31
02.10.01.014-2	Arteriografia Seletiva Por Cateter (Por Vaso)	R\$ 201,51
02.10.01.015-0	Arteriografia Seletiva Vertebral	R\$ 201,01
02.10.01.016-9	Esplenoportografia	R\$ 182,45
02.10.01.017-7	Flebografia de Membro	R\$ 145,94
02.10.01.018-5	Flebografia de Cava Inferior e/ou Superior	R\$ 200,01
02.10.01.019-3	Linfangiadenografia	R\$ 199,40
<b>02.10.01.000-0</b>	<b>Exames Radiológicos de Vasos Sanguíneos e Linfáticos</b>	
02.10.01.020-7	PortografiaTranshepatica	R\$ 200,01
<b>02.10.02.000-0</b>	<b>Exames Radiológicos das Vias Biliares</b>	
02.10.02.001-6	Colangiografia Transcutânea	R\$ 45,34
<b>03.01.01.000-0</b>	<b>Laudos e Avaliações dos Procedimentos</b>	
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R\$ 10,00
<b>03.01.10.000-0</b>	<b>Administração de Medicamentos</b>	
03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
<b>04.17.01.000-0</b>	<b>Procedimentos Anestésicos</b>	
04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
04.17.01.006-0	Sedação	R\$ 15,15

**Valor global estimado para 12(doze) meses para o lote 08 é de R\$ 60.000,00 (SESSENTA MIL REAIS)**

**LOTE 09: PROCEDIMENTOS DE COLETA DE MATERIAL COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA**

CÓD	PROCEDIMENTO		VALOR
	SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
B001	<b>Amniocentese</b>		<b>R\$ 0.058,67</b>
	02.01.01.001-1	Amniocentese	R\$ 2,20
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	02.05.02.014-3	Ultrassonografia Obstétrica	R\$ 24,20
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
B002	<b>Biopsia / Punção de Tumor Superficial da Pele</b>		<b>R\$ 0.046,37</b>
	02.01.01.002-0	Biopsia/Punção de Tumor Superficial da Pele	R\$ 14,10
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
B003	<b>Biopsia de Ânus e Canal Anal</b>		<b>R\$ 0.050,73</b>
	02.01.01.004-6	Biopsia de Anus e Canal Anal	R\$ 18,46
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
B004	<b>Biopsia de Bolsa Escrotal</b>		<b>R\$ 0.050,60</b>
	02.01.01.007-0	Biopsia de Bolsa Escrotal	R\$ 18,33
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
B005	<b>Biopsia de Endométrio</b>		<b>R\$ 0.050,60</b>
	02.01.01.015-1	Biopsia de Endométrio	R\$ 18,33
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
B006	<b>Biopsia de Faringe/Laringe</b>		<b>R\$ 0.051,33</b>
	02.01.01.019-4	Biopsia de Faringe/Laringe	R\$ 19,06
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
B007	<b>Biopsia do Pavilhão Auricular</b>		<b>R\$ 0.046,93</b>
	02.01.01.019-4	Biopsia do Pavilhão Auricular	R\$ 14,66
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27



	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
<b>B008</b>	<b>Biopsia de Pele e Partes Moles</b>		<b>R\$ 0.058,10</b>
	02.01.01.037-2	Biopsia de Pele e Partes Moles	R\$ 25,83
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
<b>B009</b>	<b>Biopsia de Tireoide ou Paratireoide – PAAF</b>		<b>R\$ 0.055,80</b>
	02.01.01.047-0	Biopsia de Testículo	R\$ 23,73
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
<b>B010</b>	<b>Biopsia/Punção de Vagina</b>		<b>R\$ 0.050,60</b>
	02.01.01.047-0	Biopsia/Punção de Vagina	R\$ 18,33
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
<b>B011</b>	<b>Biopsia/Punção de Vulva</b>		<b>R\$ 0.050,60</b>
	02.01.01.051-8	Biopsia/Punção de Vulva	R\$ 18,33
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
<b>B012</b>	<b>Biópsia dos Tecidos Moles da Boca</b>		<b>R\$ 0.053,83</b>
	02.01.01.052-6	Biopsia/Punção de Tecidos Moles da Boca	R\$ 21,56
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
<b>B013</b>	<b>Biopsia/Exérese de Nódulo de Mama</b>		<b>R\$ 0.102,27</b>
	02.01.01.056-9	Biopsia/Exérese de Nódulo de Mama	R\$ 70,00
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
<b>B014</b>	<b>Punção Aspirativa de Mama por Agulha Fina</b>		<b>R\$ 0.088,75</b>
	02.01.01.058-5	Punção Aspirativa de Mama por Agulha Fina	R\$ 66,48
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
<b>B015</b>	<b>Punção Aspirativa de Mama por Agulha Grossa</b>		<b>R\$ 0.172,37</b>
	02.01.01.060-7	Punção Aspirativa de Mama por Agulha Grossa	R\$ 140,10
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
<b>B016</b>	<b>Biopsia do Colo Uterino</b>		<b>R\$ 0.050,60</b>
	02.01.01.066-6	Biopsia do Colo Uterino	R\$ 18,33
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
<b>B017</b>	<b>Biopsia de Próstata</b>		<b>R\$ 0.148,85</b>
	02.01.01.041-0	Biopsia de Próstata	R\$ 92,38
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	02.05.02.011-9	Ultrassonografia da Próstata (Via Transretal)	R\$ 24,20
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
<b>B018</b>	<b>Biopsia de Pênis</b>		<b>R\$ 0.050,60</b>
	02.01.01.038-0	Biopsia de Pênis	R\$ 18,33
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
<b>B019</b>	<b>Biopsia de Pleura (por Aspiração, Agulha ou Pleuroscopia)</b>		<b>R\$ 0.145,95</b>
	02.01.01.040-2	Biopsia de Pleura (por Aspiração, Agulha ou Pleuroscopia)	R\$ 113,68
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
<b>B020</b>	<b>Biopsia de Testículo</b>		<b>R\$ 0.078,46</b>
	02.01.01.046-1	Biopsia de Testículo	R\$ 46,19
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
<b>B021</b>	<b>Punção para Esvaziamento</b>		<b>R\$ 0.045,47</b>
	02.01.01.064-0	Punção para Esvaziamento	R\$ 13,25
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00



<b>B022</b>	<b>Coleta de lavado bronco-alveolar com Broncoscopia</b>	<b>R\$ 0.061,09</b>
	02.01.02.001-7 Coleta de lavado bronco-alveolar	R\$ 2,80
	04.17.01.005-2 Anestesia Regional	R\$ 22,27
	02.09.04.001-7 Broncoscopia (Broncofibroscopia)	R\$ 36,02
	03.01.01.007-2 Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00

**Valor global estimado para 12(doze) meses para o lote 09 é de R\$ 60.000,00 (SESSENTA MIL REAIS)**

**LOTE 10: EXAMES DO PRÉ-NATAL COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA**

CÓD	PROCEDIMENTO		VALOR
	SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>G001</b>	<b>Exames do Primeiro Trimestre de Gestação de Risco Habitual e Alto Risco</b>		<b>R\$ 0.106,33</b>
	02.02.12.002-3	Determinação Direta e Reversa de Grupo ABO	R\$ 1,37
	02.02.12.003-1	Fenotipagem de Sistema RH – HR	R\$ 10,65
	02.02.12.008-2	Pesquisa de Fator Rh (Inclui D Fraco)	R\$ 1,37
	02.02.05.001-7	Análise de Caracteres Físicos, Elementos e Sedimento da Urina	R\$ 3,70
	02.02.05.011-4	Dosagem de Proteínas (Urina de 24 Horas)	R\$ 2,04
	02.02.01.047-3	Dosagem de Glicose	R\$ 1,85
	02.02.03.097-0	Pesquisa de Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B (HBSAG)	R\$ 18,55
	02.02.03.117-9	Teste Não Treponêmico P/ Detecção de Sífilis em Gestantes	R\$ 2,83
	02.02.03.030-0	Pesquisa de Anticorpos Anti-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 10,00
	02.02.03.087-3	Pesquisa de Anticorpos IgM Antitoxoplasma	R\$ 18,55
	02.02.03.076-8	Pesquisa de Anticorpos IgG Antitoxoplasma	R\$ 16,97
	02.02.02.002-9	Contagem de Plaquetas	R\$ 2,73
	02.02.02.038-0	Hemograma Completo	R\$ 4,11
	02.02.02.035-5	Eletroforese de Hemoglobina	R\$ 5,41
	03.01.01.004-8	Laudode Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
<b>G002</b>	<b>Exames do Segundo Trimestre de Gestação de Risco Habitual</b>		<b>R\$ 0.011,97</b>
	02.02.05.011-4	Dosagem de Proteínas (Urina de 24 Horas)	R\$ 2,04
	02.02.01.004-0	Determinação de Curva Glicêmica (2 Dosagens)	R\$ 3,63
	03.01.01.004-8	Laudode Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
<b>G003</b>	<b>Exames do Terceiro Trimestre de Gestação de Risco Habitual</b>		<b>R\$ 0.087,63</b>
	02.02.02.002-9	Contagem de Plaquetas	R\$ 2,73
	02.02.05.001-7	Análise de Caracteres Físicos, Elementos e Sedimento da Urina	R\$ 3,70
	02.02.05.011-4	Dosagem de Proteínas (Urina de 24 Horas)	R\$ 2,04
	02.02.01.047-3	Dosagem de Glicose	R\$ 1,85
	02.02.03.097-0	Pesquisa de Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B (HBSAG)	R\$ 18,55
	02.02.03.117-9	Teste Não Treponêmico P/ Detecção de Sífilis em Gestantes	R\$ 2,83
	02.02.03.030-0	Pesquisa de Anticorpos Anti-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 10,00
	02.02.03.087-3	Pesquisa de Anticorpos IgM Antitoxoplasma	R\$ 18,55
	02.02.03.076-8	Pesquisa de Anticorpos IgG Antitoxoplasma	R\$ 16,97
	02.02.02.038-0	Hemograma Completo	R\$ 4,11
	03.01.01.004-8	Laudode Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
<b>G004</b>	<b>Exames do Segundo Trimestre de Gestação de Alto Risco</b>		<b>R\$ 0.027,56</b>
	02.02.02.002-9	Contagem de Plaquetas	R\$ 2,73
	02.02.01.031-7	Dosagem de Creatinina	R\$ 1,85
	02.02.01.012-0	Dosagem de Ácido Úrico	R\$ 1,85
	02.02.01.069-4	Dosagem de Ureia	R\$ 1,85
	02.02.02.062-7	Dosagem de Proteína Totais e Frações	R\$ 1,85
	02.02.02.011-4	Dosagem de Proteínas (Urina de 24 Horas)	R\$ 2,04
	02.02.12.009-0	Teste Indireto de Antiglobulina Humana (TIA)	R\$ 2,73
	02.02.02.036-3	Eritrograma (Eritrócitos, Hemograma, Hematócrito)	R\$ 2,73
	02.02.01.004-0	Determinação de Curva Glicêmica (2 Dosagens)	R\$ 3,63
	03.01.01.004-8	Laudode Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
<b>G005</b>	<b>Exames do Segundo Trimestre de Gestação de Alto Risco</b>		<b>R\$ 0.058,10</b>



02.02.02.002-9	Contagem de Plaquetas	R\$ 2,73
02.02.01.031-7	Dosagem de Creatinina	R\$ 1,85
02.02.01.012-0	Dosagem de Ácido Úrico	R\$ 1,85
02.02.01.047-3	Dosagem de Glicose	R\$ 1,85
02.02.02.062-7	Dosagem de Proteína Totais e Frações	R\$ 1,85
02.02.02.011-4	Dosagem de Proteínas (Urina de 24 Horas)	R\$ 2,04
02.02.03.087-3	Pesquisa de Anticorpos IgM Antitoxoplasma	R\$ 18,55
02.02.03.076-8	Pesquisa de Anticorpos IgG Antitoxoplasma	R\$ 16,97
02.02.02.038-0	Hemograma Completo	R\$ 4,11
03.01.01.004-8	Laudode Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30

**Valor global estimado para 12(doze) meses para o lote 10 é de R\$ 120.000,00 (CENTO E VINTE MIL REAIS)**

### LOTE 11: EXAMES DE TRIAGEM NEONATAL COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA

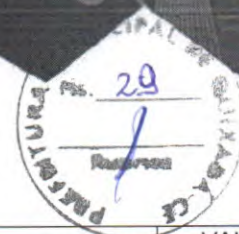
CÓD	PROCEDIMENTO		VALOR
	SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
P001	<b>Teste do Pezinho</b>		<b>R\$ 0.046,20</b>
	02.02.11.006-0	Dosagem de Fenilalanina TSH ou T4 e Detecção da Variante de Hemoglobina	R\$ 20,90
	02.02.11.007-9	Dosagem de Tripsina Imunorreativa	R\$ 5,50
	02.02.11.009-5	Dosagem de 17 Hidroxiprogesterona em Papel de Filtro	R\$ 8,00
	03.01.01.004-8	Laudode Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
	02.02.11.010-9	Dosagem da Atividade da Biotinidase em Amostras de Sangue em Papel Filtro	R\$ 5,50
P002	<b>Teste do Pezinho (Exames de Controle)</b>		<b>R\$ 0.025,00</b>
	02.02.11.004-4	Dosagem de Fenilalanina	R\$ 5,50
	03.01.01.004-8	Laudode Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
P003	<b>Teste do Pezinho (Exames de Diagnóstico Tardio)</b>		<b>R\$ 0.033,80</b>
	02.02.11.001-0	Detecção de Variantes da Hemoglobina	R\$ 8,80
	02.02.11.004-4	Dosagem de Fenilalanina	R\$ 5,50
	03.01.01.004-8	Laudode Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
P004	<b>Teste do Pezinho (Exames Confirmatórios)</b>		<b>R\$ 0.150,40</b>
	02.02.11.002-8	Detecção Molecular de Mutação em Hemoglobinopatias	R\$ 66,00
	02.02.11.003-6	Detecção Molecular em Fibrose Cística	R\$ 66,00
	03.01.01.004-8	Laudode Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
	02.02.11.005-2	Dosagem de Fenilalanina e TSH ou T4	R\$ 12,10
P005	<b>Teste Confirmatório de Deficiência de Biotinidase</b>		<b>R\$ 0.209,30</b>
	02.02.11.011-7	Dosagem Quantitativa da Atividade da Biotinidase em Soro	R\$ 137,00
	03.01.01.004-8	Laudode Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
P006	<b>Teste Confirmatório de Hiperplasia de Adrenal Congênita</b>		<b>R\$ 0.072,30</b>
	03.01.01.004-8	Laudode Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
P006	<b>Teste Confirmatório de Fibrose Cística</b>		<b>R\$ 0.156,30</b>
	02.02.11.012-5	Detecção Molecular de Mutação em Hiperplasia Adrenal Congênita	R\$ 66,00
	03.01.01.004-8	Laudode Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
P006	<b>Teste Confirmatório de Fibrose Cística</b>		<b>R\$ 0.156,30</b>
	02.02.11.014-1	Dosagem de Cloreto no Suor	R\$ 150,00

**Valor global estimado para 12(doze) meses para o lote 11 é de R\$ 60.000,00 (SESSENTA MIL REAIS)**

### MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES CLÍNICAS

#### LOTE 12: MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM CARDIOLOGIA

CÓD	PROCEDIMENTO	VALOR
-----	--------------	-------



	SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>A000</b>	<b>Diagnóstico em Angiologia</b>		
<b>A001</b>	<b>Avaliação Vascular</b>		<b>R\$ 42,35</b>
	02.11.01.001-4	Capilaroscopia	R\$ 28,42
	02.11.01.002-2	Investigação Ultrassônica (Pletismografia)	R\$ 1,31
	02.11.01.003-0	Oscilometria de Impulso	R\$ 1,31
	02.11.01.004-9	Pletismografia (Por Lateralidade / Território)	R\$ 1,31
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
<b>C000</b>	<b>Diagnóstico em Cardiologia</b>		
<b>C001</b>	<b>Cateterismo Cardíaco</b>		<b>R\$ 647,62</b>
	02.11.02.001-0	Cateterismo Cardíaco	R\$ 614,72
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
<b>C002</b>	<b>Cateterismo Cardíaco em Pediatria</b>		<b>R\$ 701,77</b>
	02.11.02.002-8	Cateterismo Cardíaco em Pediatria	R\$ 653,72
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	04.17.01.006-0	Sedação	R\$ 15,15
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
<b>C000</b>	<b>Diagnóstico em Cardiologia</b>		
<b>C003</b>	<b>Eletrocardiograma</b>		<b>R\$ 15,15</b>
	02.11.02.003-6	Eletrocardiograma	R\$ 5,15
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
<b>C004</b>	<b>Monitoramento pelo Sistema Holter 24h</b>		<b>R\$ 40,00</b>
	02.11.02.004-4	Monitoramento Pelo Sistema Holter 24 HS (3 Canais)	R\$ 30,00
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
<b>C005</b>	<b>Monitoramento Ambulatorial da Pressão Arterial (M.A.P.A.)</b>		<b>R\$ 20,07</b>
	02.11.02.005-2	Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial (M.A.P.A)	R\$ 10,07
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
<b>C006</b>	<b>Teste de Esforço / Teste Ergométrico</b>		<b>R\$ 40,00</b>
	02.11.02.006-0	Teste de Esforço / Teste Ergométrico	R\$ 30,00
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
<b>D000</b>	<b>Diagnóstico Cinético Funcional</b>		
<b>D001</b>	<b>Avaliação Cinético Funcional</b>		<b>R\$ 13,86</b>
	02.11.03.001-5	Avaliação Cinemática ede Parâmetros Lineares	R\$ 1,26
	02.11.03.002-3	Avaliação Cinética, Cinemática ede Parâmetros Lineares	R\$ 1,26
	02.11.03.003-1	Avaliação de Equilíbrio Estático em Placa de Força	R\$ 1,26
	02.11.03.006-6	Avaliação de Movimento (Por Imagem)	R\$ 1,26
	02.11.03.008-2	Eletrodiagnóstico Cinético Funcional	R\$ 1,26
	02.11.03.009-0	Eletromiografia Dinâmica, Avaliação Cinética, cinemática e de Parâmetros Lineares	R\$ 1,26
	03.01.01.004-8	Laudode Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
<b>D002</b>	<b>Avaliação Cinético Funcional</b>		<b>R\$ 26,30</b>
	02.11.03.004-0	Avaliação de Função e Mecânica Respiratória	R\$ 10,00
	02.11.03.005-8	Avaliação de Função e Mecânica Respiratória com Transdutores Microprocessados	R\$ 10,00
	03.01.01.004-8	Laudode Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30

**Valor global estimado para 12(doze) meses para o lote 13 é de R\$ 120.000,00 (CENTO E VINTE MIL REAIS)**

**LOTE 14: MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**

<b>E000</b>	<b>Diagnóstico em Ginecologia e Obstetrícia</b>		
<b>E001</b>	<b>Colposcopia</b>		<b>R\$ 16,18</b>
	02.11.04.002-9	Colposcopia	R\$ 3,38
	02.11.04.003-7	Exame Microbiológico a Fresco do Conteúdo Cérvico-Vaginal	R\$ 2,80
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00



E002	<b>Histeroscopia</b>		<b>R\$ 35,00</b>
	02.11.04.004-5	Histeroscopia (Diagnostica)	R\$ 25,00
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
E003	<b>Tocardiografia Anteparto</b>		<b>R\$ 11,79</b>
	02.11.04.006-1	Tocardiografia Anteparto	R\$ 1,69
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
F000	<b>Diagnóstico em Neurologia</b>		
F001	<b>Eletroencefalografia em Vigília sem Fotoestímulo</b>		<b>R\$ 21,34</b>
	02.11.05.002-4	Eletroencefalografia em Vigília semFotoestímulo	R\$ 11,34
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
F002	<b>Eletroencefalografia em Vigília com Fotoestímulo</b>		<b>R\$ 21,63</b>
	02.11.05.002-4	Eletroencefalografia em Vigília comFotoestímulo	R\$ 11,34
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
F003	<b>Eletroencefalograma em Sono Induzido sem Medicamento</b>		<b>R\$ 35,00</b>
	02.11.05.003-2	Eletroencefalograma em Sono Induzido sem Medicamento (EEG)	R\$ 25,00
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
F004	<b>Eletroencefalograma em Sono Induzido com Medicamento</b>		<b>R\$ 35,63</b>
	02.11.05.003-2	Eletroencefalograma em Sono Induzido com Medicamento (EEG)	R\$ 25,00
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00

**Valor global estimado para 12(doze) meses para o lote 14 é de R\$ 60.000,00 (SESSENTA MIL REAIS)**

### LOTE 15: MÉTODOS DIAGNÓSTICOS NEUROLOGIA

CÓD	PROCEDIMENTO		VALOR
	SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
F000	<b>Diagnóstico em Neurologia</b>		
F005	<b>Eletroencefalografia em Vigília e Sono Espontâneo sem Fotoestímulo</b>		<b>R\$ 35,00</b>
	02.11.05.004-0	Eletroencefalograma em Vigília e Sono Espontâneo semFotoestímulo (EEG)	R\$ 25,00
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
F006	<b>Eletroencefalografia em Vigília e Sono Espontâneo com Fotoestímulo</b>		<b>R\$ 35,63</b>
	02.11.05.004-0	Eletroencefalograma em Vigília e Sono Espontâneo comFotoestímulo (EEG)	R\$ 25,00
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
F007	<b>Eletroencefalograma Quantitativo com Mapeamento (EEG)</b>		<b>R\$ 35,00</b>
	02.11.05.005-9	Eletroencefalograma Quantitativo com Mapeamento (EEG)	R\$ 25,00
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
F008	<b>Eletromiograma (EMG)</b>		<b>R\$ 37,00</b>
	02.11.05.006-7	Eletromiograma (EMG)	R\$ 27,00
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
F009	<b>Eletromiograma com Estudo de Fibra Única</b>		<b>R\$ 37,63</b>
	02.11.05.007-5	Eletromiograma com Estudo de Fibra Única	R\$ 27,00
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
F010	<b>Eletroneuromiograma (ENMG)</b>		<b>R\$ 37,77</b>
	02.11.05.008-3	Eletroneuromiograma (ENMG)	R\$ 27,00
	03.09.05.003-0	Sessão de Eletroestimulação	R\$ 0,77
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
F011	<b>Polissonografia</b>		<b>R\$ 135,00</b>
	02.11.05.010-5	Polissonografia	R\$ 125,00
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
F012	<b>Vídeo-Eletroencefalograma com Registro Prolongado</b>		<b>R\$ 52,00</b>
	02.11.05.015-6	Vídeo-Eletroencefalograma com Registro Prolongado	R\$ 27,00
	02.11.05.005-9	Eletroencefalograma Quantitativo com Mapeamento (EEG)	R\$ 25,00

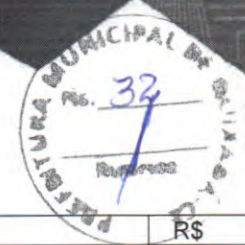


03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
----------------	-------------------------------------------------------------	-----------

**Valor global estimado para 12(doze) meses para o lote 15 é de R\$ 60.000,00 (SESSENTA MIL REAIS)**

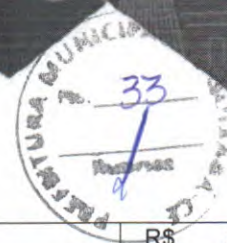
### LOTE 16: MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM OFTALMOLOGIA

O000	Diagnóstico em Oftalmologia	
O001	<b>Tomografia de Coerência Ótica</b>	<b>R\$ 98,56</b>
	02.11.06.028-3 Tomografia de Coerência Óptica	R\$ 48,00
	02.11.06.023-2 Teste Ortóptico	R\$ 12,34
	02.11.06.013-5 Medida de Ofuscamento e Contraste (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.013-5 Medida de Ofuscamento e Contraste (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.010-0 Fundoscopia (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.010-0 Fundoscopia (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.015-1 Potencial de Acuidade Visual (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.015-1 Potencial de Acuidade Visual (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.021-6 Teste de Schirmer (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.021-6 Teste de Schirmer (OE)	R\$ 3,37
	03.01.10.001-2 Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OD)	R\$ 0,63
	03.01.10.001-2 Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OE)	R\$ 0,63
	03.01.01.007-2 Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
O002	<b>Biometria Ultrassônica e Ótica</b>	<b>R\$ 73,22</b>
	02.11.06.001-1 Biometria Ultrassônica (OD)	R\$ 24,24
	02.11.06.001-1 Biometria Ultrassônica (OE)	R\$ 24,24
	02.11.06.011-9 Gonioscopia	R\$ 6,74
	02.11.06.009-7 Estesiometria (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.009-7 Estesiometria (OE)	R\$ 3,37
	03.01.10.001-2 Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OD)	R\$ 0,63
	03.01.10.001-2 Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OE)	R\$ 0,63
	03.01.01.007-2 Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
O003	<b>Avaliação Eletrofisiológica</b>	<b>R\$ 156,70</b>
	02.11.06.007-0 Eletro-Oculografia (EOG) (OD)	R\$ 24,24
	02.11.06.007-0 Eletro-Oculografia (EOG) (OE)	R\$ 24,24
	02.11.06.008-9 Eletrorretinografia (ERG) (OD)	R\$ 24,24
	02.11.06.008-9 Eletrorretinografia (ERG) (OE)	R\$ 24,24
	02.11.06.016-0 Potencial Visual Evocado (PVE) (OD)	R\$ 24,24
	02.11.06.016-0 Potencial Visual Evocado (PVE) (OE)	R\$ 24,24
	03.01.10.001-2 Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OD)	R\$ 0,63
	03.01.10.001-2 Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OE)	R\$ 0,63
	03.01.01.007-2 Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
O004	<b>Retinografia Fluorescente Binocular</b>	<b>R\$ 108,96</b>
	02.11.06.018-6 Retinografia Fluorescente Binocular	R\$ 64,00
	02.11.06.013-5 Medida de Ofuscamento e Contraste (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.013-5 Medida de Ofuscamento e Contraste (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.010-0 Fundoscopia (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.010-0 Fundoscopia (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.015-1 Potencial de Acuidade Visual (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.015-1 Potencial de Acuidade Visual (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.021-6 Teste de Schirmer (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.021-6 Teste de Schirmer (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.022-4 Teste de Visão de Cores (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.022-4 Teste de Visão de Cores (OE)	R\$ 3,37
	03.01.10.001-2 Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OD)	R\$ 0,63
	03.01.10.001-2 Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OE)	R\$ 0,63
	03.01.01.007-2 Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
O005	<b>Retinografia Colorida Binocular</b>	<b>R\$ 69,64</b>
	02.11.06.017-8 Retinografia Colorida Binocular	R\$ 24,68
	02.11.06.013-5 Medida de Ofuscamento e Contraste (OD)	R\$ 3,37



	02.11.06.013-5	Medida de Ofuscamento e Contraste (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.010-0	Fundoscopia (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.010-0	Fundoscopia (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.015-1	Potencial de Acuidade Visual (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.015-1	Potencial de Acuidade Visual (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.021-6	Teste de Schirmer (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.021-6	Teste de Schirmer (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.022-4	Teste de Visão de Cores (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.022-4	Teste de Visão de Cores (OE)	R\$ 3,37
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OD)	R\$ 0,63
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OE)	R\$ 0,63
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
<b>O006</b>	<b>Biomicroscopia de Fundo de Olho</b>		<b>R\$ 69,64</b>
	02.11.06.002-0	Biomicroscopia de Fundo de Olho (OD)	R\$ 12,34
	02.11.06.002-0	Biomicroscopia de Fundo de Olho (OE)	R\$ 12,34
	02.11.06.013-5	Medida de Ofuscamento e Contraste (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.013-5	Medida de Ofuscamento e Contraste (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.010-0	Fundoscopia (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.010-0	Fundoscopia (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.015-1	Potencial de Acuidade Visual (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.015-1	Potencial de Acuidade Visual (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.021-6	Teste de Schirmer (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.021-6	Teste de Schirmer (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.022-4	Teste de Visão de Cores (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.022-4	Teste de Visão de Cores (OE)	R\$ 3,37
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OD)	R\$ 0,63
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OE)	R\$ 0,63
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
<b>O007</b>	<b>Mapeamento de Retina</b>		<b>R\$ 105,78</b>
	02.11.06.023-2	Teste Ortóptico	R\$ 12,34
	02.11.06.012-7	Mapeamento de Retina (OD)	R\$ 24,24
	02.11.06.012-7	Mapeamento de Retina (OE)	R\$ 24,24
	02.11.06.013-5	Medida de Ofuscamento e Contraste (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.013-5	Medida de Ofuscamento e Contraste (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.010-0	Fundoscopia (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.010-0	Fundoscopia (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.015-1	Potencial de Acuidade Visual (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.015-1	Potencial de Acuidade Visual (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.021-6	Teste de Schirmer (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.021-6	Teste de Schirmer (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.022-4	Teste de Visão de Cores (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.022-4	Teste de Visão de Cores (OE)	R\$ 3,37
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OD)	R\$ 0,63
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OE)	R\$ 0,63
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
<b>O008</b>	<b>Topografia Computadorizada de Córnea</b>		<b>R\$ 89,42</b>
	02.11.06.026-7	Topografia Computadorizada de Córnea	R\$ 24,24
	02.11.06.020-8	Teste de Provocação de Glaucoma (OD)	R\$ 6,74
	02.11.06.020-8	Teste de Provocação de Glaucoma (OE)	R\$ 6,74
	02.11.06.005-4	Ceratometria (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.005-4	Ceratometria (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.025-9	Tonometria (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.025-9	Tonometria (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.013-5	Medida de Ofuscamento e Contraste (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.013-5	Medida de Ofuscamento e Contraste (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.010-0	Fundoscopia (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.010-0	Fundoscopia (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.015-1	Potencial de Acuidade Visual (OD)	R\$ 3,37





	02.11.06.015-1	Potencial de Acuidade Visual (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.021-6	Teste de Schirmer (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.021-6	Teste de Schirmer (OD)	R\$ 3,37
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OD)	R\$ 0,63
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OE)	R\$ 0,63
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
<b>O009</b>	<b>Microscopia Especular de Córnea</b>		<b>R\$ 113,66</b>
	02.11.06.014-3	Microscopia Especular de Córnea (OD)	R\$ 24,24
	02.11.06.014-3	Microscopia Especular de Córnea (OE)	R\$ 24,24
	02.11.06.020-8	Teste de Provocação de Glaucoma (OD)	R\$ 6,74
	02.11.06.020-8	Teste de Provocação de Glaucoma (OE)	R\$ 6,74
	02.11.06.005-4	Ceratometria (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.005-4	Ceratometria (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.025-9	Tonometria (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.025-9	Tonometria (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.013-5	Medida de Ofuscamento e Contraste (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.013-5	Medida de Ofuscamento e Contraste (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.010-0	Fundoscopia (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.010-0	Fundoscopia (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.015-1	Potencial de Acuidade Visual (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.015-1	Potencial de Acuidade Visual (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.021-6	Teste de Schirmer (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.021-6	Teste de Schirmer (OD)	R\$ 3,37
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OD)	R\$ 0,63
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OE)	R\$ 0,63
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
<b>O000</b>	<b>Diagnóstico em Oftalmologia</b>		
<b>O010</b>	<b>Avaliação / Reavaliação de Glaucoma</b>		<b>R\$ 105,18</b>
	02.11.06.003-8	Campimetria Computadorizada ou Manual com Gráfico	R\$ 40,00
	02.11.06.020-8	Teste de Provocação de Glaucoma (OD)	R\$ 6,74
	02.11.06.020-8	Teste de Provocação de Glaucoma (OE)	R\$ 6,74
	02.11.06.005-4	Ceratometria (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.005-4	Ceratometria (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.025-9	Tonometria (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.025-9	Tonometria (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.013-5	Medida de Ofuscamento e Contraste (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.013-5	Medida de Ofuscamento e Contraste (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.010-0	Fundoscopia (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.010-0	Fundoscopia (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.015-1	Potencial de Acuidade Visual (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.015-1	Potencial de Acuidade Visual (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.021-6	Teste de Schirmer (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.021-6	Teste de Schirmer (OD)	R\$ 3,37
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OD)	R\$ 0,63
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OE)	R\$ 0,63
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
<b>O011</b>	<b>Curva Diária de Pressão Ocular (CDPO)</b>		<b>R\$ 85,40</b>
	02.11.06.006-2	Curva Diária de Pressão Ocular (CDPO) (Mínimo 3 Medidas) (OD)	R\$ 10,11
	02.11.06.006-2	Curva Diária de Pressão Ocular (CDPO)(Mínimo 3 Medidas) (OE)	R\$ 10,11
	02.11.06.020-8	Teste de Provocação de Glaucoma (OD)	R\$ 6,74
	02.11.06.020-8	Teste de Provocação de Glaucoma (OE)	R\$ 6,74
	02.11.06.005-4	Ceratometria (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.005-4	Ceratometria (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.025-9	Tonometria (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.025-9	Tonometria (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.013-5	Medida de Ofuscamento e Contraste (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.013-5	Medida de Ofuscamento e Contraste (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.010-0	Fundoscopia (OD)	R\$ 3,37

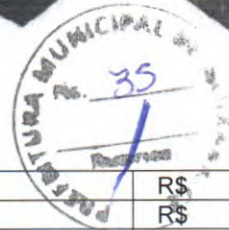


02.11.06.010-0	Fundoscopia (OE)	R\$ 3,37
02.11.06.015-1	Potencial de Acuidade Visual (OD)	R\$ 3,37
02.11.06.015-1	Potencial de Acuidade Visual (OE)	R\$ 3,37
02.11.06.021-6	Teste de Schirmer (OD)	R\$ 3,37
02.11.06.021-6	Teste de Schirmer (OE)	R\$ 3,37
03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OD)	R\$ 0,63
03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OE)	R\$ 0,63
03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00

**Valor global estimado para 12(doze) meses para o lote 16 é de R\$ 60.000,00 (SESSENTA MIL REAIS)**

### LOTE 17: MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM FONOAUDIOLOGIA

<b>H000</b>	<b>Diagnóstico em Fonoaudiologia</b>	
<b>H001</b>	<b>Audiometria Tonal e de Reforço Visual</b>	<b>R\$ 72,52</b>
	02.11.07.002-5 Audiometria de Reforço Visual (Via Aérea / Óssea)	R\$ 21,00
	02.11.07.004-1 Audiometria Tonal Limiar (Via Aérea / Óssea)	R\$ 21,00
	02.11.07.032-7 Testes Acumétricos (Diapasão)	R\$ 1,37
	02.11.07.033-5 Testes Auditivos Supraliminares	R\$ 1,37
	02.11.07.034-3 Testes de Processamento Auditivo	R\$ 9,36
	02.11.07.035-1 Testes Vestibulares / Otoneurológicos	R\$ 12,12
	03.01.01.004-8 Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
<b>H002</b>	<b>Audiometria em Campo Livre</b>	<b>R\$ 50,65</b>
	02.11.07.003-3 Audiometria em Campo Livre	R\$ 20,13
	02.11.07.032-7 Testes Acumétricos (Diapasão)	R\$ 1,37
	02.11.07.033-5 Testes Auditivos Supraliminares	R\$ 1,37
	02.11.07.034-3 Testes de Processamento Auditivo	R\$ 9,36
	02.11.07.035-1 Testes Vestibulares / Otoneurológicos	R\$ 12,12
	03.01.01.004-8 Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
<b>H000</b>	<b>Diagnóstico em Fonoaudiologia</b>	
<b>H003</b>	<b>Imitanciometria</b>	<b>R\$ 68,43</b>
	02.11.07.020-3 Imitanciometria	R\$ 23,00
	02.11.07.032-7 Testes Acumétricos (Diapasão)	R\$ 1,37
	02.11.07.033-5 Testes Auditivos Supraliminares	R\$ 1,37
	02.11.07.034-3 Testes de Processamento Auditivo	R\$ 9,36
	02.11.07.035-1 Testes Vestibulares / Otoneurológicos	R\$ 12,12
	03.01.01.004-8 Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
<b>H004</b>	<b>Avaliação p/ Diagnóstico de Deficiência Auditiva</b>	<b>R\$ 110,69</b>
	02.11.07.032-7 Testes Acumétricos (Diapasão)	R\$ 1,37
	02.11.07.033-5 Testes Auditivos Supraliminares	R\$ 1,37
	02.11.07.034-3 Testes de Processamento Auditivo	R\$ 9,36
	02.11.07.035-1 Testes Vestibulares / Otoneurológicos	R\$ 12,12
	02.11.05.011-3 Potencial Evocado Auditivo	R\$ 4,06
	02.11.07.028-9 Prova de Função Tubaria	R\$ 4,80
	02.11.07.009-2 Avaliação P/ Diagnóstico de Deficiência Auditiva	R\$ 24,75
	02.11.07.010-6 Avaliação P/ Diagnóstico Diferencial de Deficiência Auditiva	R\$ 46,56
	03.01.01.004-8 Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
<b>H005</b>	<b>Reavaliação p/ Diagnóstico de Deficiência Auditiva em maiores de 03 anos</b>	<b>R\$ 57,13</b>
	02.11.07.032-7 Testes Acumétricos (Diapasão)	R\$ 1,37
	02.11.07.033-5 Testes Auditivos Supraliminares	R\$ 1,37
	02.11.07.034-3 Testes de Processamento Auditivo	R\$ 9,36
	02.11.07.035-1 Testes Vestibulares / Otoneurológicos	R\$ 12,12
	02.11.05.011-3 Potencial Evocado Auditivo	R\$ 4,06
	02.11.07.029-7 Reavaliação Diagnostica de Deficiência Auditiva em >de 03 Anos	R\$ 22,55
	03.01.01.004-8 Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
<b>H006</b>	<b>Reavaliação p/ Diagnóstico de Deficiência Auditiva em menores de 03 anos</b>	<b>R\$ 78,94</b>
	02.11.07.032-7 Testes Acumétricos (Diapasão)	R\$ 1,37
	02.11.07.033-5 Testes Auditivos Supraliminares	R\$ 1,37



	02.11.07.034-3	Testes de Processamento Auditivo	R\$ 9,36
	02.11.07.035-1	Testes Vestibulares / Otoneurológicos	R\$ 12,12
	02.11.05.011-3	Potencial Evocado Auditivo	R\$ 4,06
	02.11.07.030-0	Reavaliação Diagnostica de Deficiência Auditiva em <de 03 Anos	R\$ 44,36
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
<b>H007</b>	<b>Perícia Fonoaudiológica</b>		<b>R\$ 42,07</b>
	02.11.05.011-3	Potencial Evocado Auditivo	R\$ 4,06
	02.11.07.001-7	Análise Acústica da Voz por Meio de Laboratório de Voz	R\$ 4,11
	02.11.07.006-8	Avaliação de Linguagem Escrita / Leitura	R\$ 4,11
	02.11.07.007-6	Avaliação de Linguagem Oral	R\$ 4,11
	02.11.07.023-8	Pesquisa de Fistula Perilinfatica	R\$ 4,80
	02.11.07.005-0	Avaliação Auditiva Comportamental	R\$ 18,00
	02.11.07.011-4	Avaliação Vocal	R\$ 4,11
	02.11.07.008-4	AvaliaçãoMiofuncional de Sistema Estomatognático	R\$ 4,11
	02.11.07.032-7	Testes Acumétricos (Diapasão)	R\$ 1,37
	02.11.07.033-5	Testes Auditivos Supraliminares	R\$ 1,37
	02.11.07.034-3	Testes de Processamento Auditivo	R\$ 9,36
	02.11.07.028-9	Prova de Função Tubaria	R\$ 4,80
	02.11.07.035-1	Testes Vestibulares / Otoneurológicos	R\$ 12,12
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
<b>H008</b>	<b>Potencial Evocado Auditivo</b>		<b>R\$ 90,91</b>
	02.11.07.026-2	Potencial Evocado Auditivo de Curta,Média e Longa Latência	R\$ 46,88
	02.11.07.032-7	Testes Acumétricos (Diapasão)	R\$ 1,37
	02.11.07.033-5	Testes Auditivos Supraliminares	R\$ 1,37
	02.11.07.034-3	Testes de Processamento Auditivo	R\$ 9,36
	02.11.07.035-1	Testes Vestibulares / Otoneurológicos	R\$ 12,12
	02.11.07.027-0	Potencial Evocado Auditivo P/ Triagem Auditiva	R\$ 13,51
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
<b>H000</b>	<b>Diagnóstico em Fonoaudiologia</b>		
<b>H009</b>	<b>Potencial Evocado Eletricamente no Sistema Auditivo</b>		<b>R\$ 124,28</b>
	02.11.07.039-4	Potencial Evocado Eletricamente no Sistema Auditivo	R\$ 93,76
	02.11.07.032-7	Testes Acumétricos (Diapasão)	R\$ 1,37
	02.11.07.033-5	Testes Auditivos Supraliminares	R\$ 1,37
	02.11.07.034-3	Testes de Processamento Auditivo	R\$ 9,36
	02.11.07.035-1	Testes Vestibulares / Otoneurológicos	R\$ 12,12
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
<b>H010</b>	<b>Estudo de Emissões Otoacústicas Evocadas Transitórias (EOA)</b>		<b>R\$ 95,71</b>
	02.11.07.015-7	Estudo de EmissõesOtoacústicas Evocadas Transitórias e Produtos de Distorção (EOA)	R\$ 46,88
	02.11.07.032-7	Testes Acumétricos (Diapasão)	R\$ 1,37
	02.11.07.033-5	Testes Auditivos Supraliminares	R\$ 1,37
	02.11.07.034-3	Testes de Processamento Auditivo	R\$ 9,36
	02.11.07.028-9	Prova de Função Tubaria	R\$ 4,80
	02.11.07.035-1	Testes Vestibulares / Otoneurológicos	R\$ 12,12
	02.11.07.027-0	Potencial Evocado Auditivo P/ Triagem Auditiva	R\$ 13,51
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
<b>H011</b>	<b>Estudo Topodiagnóstico da Paralisia Facial</b>		<b>R\$ 37,99</b>
	02.11.07.016-5	Estudo Topodiagnóstico da Paralisia Facial	R\$ 8,10
	02.11.07.024-6	Pesquisa de Ganho de Inserção	R\$ 12,00
	02.11.07.025-4	Pesquisa de Pares Cranianos	R\$ 3,37
	02.11.07.017-3	Exame de Organização Perceptiva	R\$ 4,11
	02.11.07.018-1	Exame Neuropsicomotor Evolutivo	R\$ 4,11
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
<b>H012</b>	<b>Logoaudiometria</b>		<b>R\$ 62,21</b>
	02.11.07.021-1	Logoaudiometria (LDV-IRF-LRF)	R\$ 26,25
	02.11.07.024-6	Pesquisa de Ganho de Inserção	R\$ 12,00
	02.11.07.025-4	Pesquisa de Pares Cranianos	R\$ 3,37
	02.11.07.017-3	Exame de Organização Perceptiva	R\$ 4,11



	02.11.07.018-1	Exame Neuropsicomotor Evolutivo	R\$ 4,11
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
<b>H013</b>	<b>Mapeamento e Balanceamento dos Eletrodos</b>		<b>R\$ 73,48</b>
	02.11.07.038-6	Mapeamento e Balanceamento dos Eletrodos	R\$ 33,91
	02.11.07.032-7	Testes Acumétricos (Diapasão)	R\$ 1,37
	02.11.07.033-5	Testes Auditivos Supraliminares	R\$ 1,37
	02.11.07.034-3	Testes de Processamento Auditivo	R\$ 9,36
	02.11.07.012-2	Eletrococleografia	R\$ 4,25
	02.11.07.028-9	Prova de Função Tubaria	R\$ 4,80
	02.11.07.035-1	Testes Vestibulares / Otoneurológicos	R\$ 12,12
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
<b>H014</b>	<b>Reflexo Estapediano Eliciado Eletricamente</b>		<b>R\$ 85,57</b>
	02.11.07.040-8	Reflexo Estapediano Eliciado Eletricamente	R\$ 46,00
	02.11.07.032-7	Testes Acumétricos (Diapasão)	R\$ 1,37
	02.11.07.033-5	Testes Auditivos Supraliminares	R\$ 1,37
	02.11.07.034-3	Testes de Processamento Auditivo	R\$ 9,36
	02.11.07.028-9	Prova de Função Tubaria	R\$ 4,80
	02.11.07.012-2	Eletrococleografia	R\$ 4,25
	02.11.07.035-1	Testes Vestibulares / Otoneurológicos	R\$ 12,12
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
<b>H015</b>	<b>Avaliação e Seleção Pré-cirúrgica Para Implante Coclear</b>		<b>R\$ 81,88</b>
	02.11.07.037-8	Avaliação e Seleção Pré-cirúrgica Para Implante Coclear	R\$ 46,56
	02.11.07.032-7	Testes Acumétricos (Diapasão)	R\$ 1,37
	02.11.07.033-5	Testes Auditivos Supraliminares	R\$ 1,37
	02.11.07.034-3	Testes de Processamento Auditivo	R\$ 9,36
	02.11.07.028-9	Prova de Função Tubaria	R\$ 4,80
	02.11.07.035-1	Testes Vestibulares / Otoneurológicos	R\$ 12,12
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
<b>H000</b>	<b>Diagnóstico em Fonoaudiologia</b>		
<b>H016</b>	<b>Avaliação e Seleção Pré-cirúrgica para Prótese Auditiva Ancorada no Osso</b>		<b>R\$ 86,03</b>
	02.11.07.041-6	Avaliação e Seleção Pré-cirúrgica para Prótese Auditiva Ancorada no Osso	R\$ 46,56
	02.11.07.032-7	Testes Acumétricos (Diapasão)	R\$ 1,37
	02.11.07.033-5	Testes Auditivos Supraliminares	R\$ 1,37
	02.11.07.034-3	Testes de Processamento Auditivo	R\$ 9,36
	02.11.07.028-9	Prova de Função Tubaria	R\$ 4,80
	02.11.07.012-2	Eletrococleografia	R\$ 4,25
	02.11.07.035-1	Testes Vestibulares / Otoneurológicos	R\$ 12,12
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
<b>H017</b>	<b>Seleção e Verificação de Benefício do AASI</b>		<b>R\$ 48,32</b>
	02.11.07.031-9	Seleção e Verificação de Benefício do AASI	R\$ 8,75
	02.11.07.032-7	Testes Acumétricos (Diapasão)	R\$ 1,37
	02.11.07.033-5	Testes Auditivos Supraliminares	R\$ 1,37
	02.11.07.034-3	Testes de Processamento Auditivo	R\$ 9,36
	02.11.07.028-9	Prova de Função Tubaria	R\$ 4,80
	02.11.07.012-2	Eletrococleografia	R\$ 4,25
	02.11.07.035-1	Testes Vestibulares / Otoneurológicos	R\$ 12,12
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
<b>H018</b>	<b>Teste da Orelhinha</b>		<b>R\$ 33,32</b>
	02.11.07.014-9	Emissões Otoacústicas Evocadas p/ Triagem Auditiva	R\$ 13,51
	02.11.07.027-0	Potencial Evocado Auditivo P/ Triagem Auditiva	R\$ 13,51
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30

**Valor global estimado para 12(doze) meses para o lote 17 é de R\$ 60.000,00 (SESSENTA MIL REAIS)**

**LOTE 18: MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM PNEUMOLOGIA**

<b>J000</b>	<b>Diagnóstico em Pneumologia</b>
-------------	-----------------------------------



<b>J001</b>	<b>Avaliação da Condição Pulmonar</b>	<b>R\$ 30,24</b>
	02.11.08.001-2 Espirografia C/ Determinação do Volume Residual	R\$ 2,78
	02.11.08.005-5 Prova de Função Pulmonar Completa Com Broncodilatador	R\$ 6,36
	03.01.10.001-2 Administração de Medicamentos na Atenção Especializada	R\$ 0,63
	02.11.08.006-3 Prova de Função Pulmonar Simples	R\$ 4,28
	02.11.08.007-1 Prova Farmacodinâmica	R\$ 2,78
	03.01.10.001-2 Administração de Medicamentos na Atenção Especializada	R\$ 0,63
	02.11.08.008-0 Teste da Caminhada de 06 Minutos	R\$ 2,78
	03.01.01.007-2 Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
<b>J002</b>	<b>Gasometria (Após Exercício Ciclo-Ergométrico)</b>	<b>R\$ 43,41</b>
	02.11.08.003-9 Gasometria (Após Exercício Ciclo-Ergométrico)	R\$ 2,78
	03.01.10.001-2 Administração de Medicamentos na Atenção Especializada	R\$ 0,63
	02.11.02.006-0 Teste de Esforço / Teste Ergométrico	R\$ 30,00
	03.01.01.007-2 Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
<b>J003</b>	<b>Gasometria (Após Oxigênio a 100% durante a difusão alvéolo-capilar)</b>	<b>R\$ 13,41</b>
	02.11.08.004-7 Gasometria (Após Oxigênio a 100% durante a difusão alvéolo-capilar)	R\$ 2,78
	03.01.10.001-2 Administração de Medicamentos na Atenção Especializada	R\$ 0,63
	03.01.01.007-2 Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00

**Valor global estimado para 12(doze) meses para o lote 18 é de R\$ 60.000,00 (SESSENTA MIL REAIS)**

#### LOTE 19: MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM UROLOGIA

<b>I000</b>	<b>Diagnóstico em Urologia</b>	
<b>I001</b>	<b>Avaliação Urodinâmica Completa</b>	<b>R\$ 18,25</b>
	02.11.09.001-8 Avaliação Urodinâmica Completa	R\$ 7,62
	03.01.10.001-2 Administração de Medicamentos na Atenção Especializada	R\$ 0,63
	03.01.01.007-2 Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
<b>I002</b>	<b>Cateterismo de Uretra</b>	<b>R\$ 41,09</b>
	02.11.09.002-6 Cateterismo de Uretra	R\$ 8,82
	04.17.01.005-2 Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2 Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
<b>I003</b>	<b>Cistometria Simples</b>	<b>R\$ 42,61</b>
	02.11.09.004-2 Cistometria Simples	R\$ 8,82
	03.09.03.001-3 Cateterismo evacuador da bexiga	R\$ 1,52
	04.17.01.005-2 Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2 Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
<b>I000</b>	<b>Diagnóstico em Urologia</b>	
<b>I004</b>	<b>Cistometria c/ Cistometro</b>	<b>R\$ 42,61</b>
	02.11.09.003-4 Cistometria c/ Cistometro	R\$ 8,82
	03.09.03.001-3 Cateterismo evacuador da bexiga	R\$ 1,52
	04.17.01.005-2 Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2 Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
<b>I005</b>	<b>Determinação de Pressão Intra-abdominal</b>	<b>R\$ 42,61</b>
	02.11.09.005-0 Determinação de Pressão Intra-abdominal	R\$ 8,82
	03.09.03.001-3 Cateterismo evacuador da bexiga	R\$ 1,52
	04.17.01.005-2 Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2 Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
<b>I006</b>	<b>Urofluxometria</b>	<b>R\$ 51,41</b>
	02.11.09.006-9 Perfil de Pressão Uretral	R\$ 8,82
	02.11.09.007-7 Urofluxometria	R\$ 8,82
	03.09.03.001-3 Cateterismo evacuador da bexiga	R\$ 1,52
	04.17.01.005-2 Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2 Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00

**Valor global estimado para 12(doze) meses para o lote 19 é de R\$ 60.000,00 (SESSENTA MIL REAIS)**



### LOTE 20: PARECERES CLÍNICOS

M000	Pareceres Clínicos		
M001	<b>Parecer Trabalhista</b>		<b>R\$ 17,26</b>
	03.01.01.005-6	Consulta Médica em Saúde do Trabalhador	R\$ 10,00
	03.01.02.003-5	Emissão de Parecer Sobre Nexo Causal	R\$ 7,26
M002	<b>Parecer Cardiológico</b>		<b>R\$ 22,41</b>
	03.01.01.007-2	Consulta de Profissional Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
	03.01.02.003-5	Emissão de Parecer Sobre Nexo Causal	R\$ 7,26
	02.11.02.003-6	Eletrocardiograma	R\$ 5,15
M003	<b>Parecer em Alergologia</b>		<b>R\$ 14,51</b>
	03.09.02.001-8	Hipersensibilização Específica	R\$ 1,41
	03.09.02.002-6	Hipersensibilização/ Produtos Autógenos	R\$ 1,55
	03.09.02.003-4	Hipersensibilização Inespecífica	R\$ 1,55
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00

**Valor global estimado para 12(doze) meses para o lote 20 é de R\$ 120.000,00 (CENTO E VINTE MIL REAIS)**

### PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS POR ESPECIALIDADE

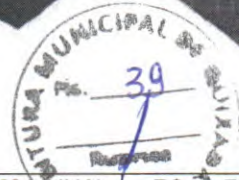
#### LOTE 21: TRATAMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>03.03.09.000-0</b>	<b>Tratamentos Clínicos Ambulatoriais em Ortopedia e Traumatologia</b>	
03.03.09.001-4	Artrocentese de Grandes Articulações	R\$ 30,69
03.03.09.003-0	Infiltração de Substâncias em cavidade sinovial	R\$ 5,63
03.03.09.007-3	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Membro Inferior	R\$ 25,31
03.03.09.008-1	Revisão com Imobilização não Gessada em Lesão da Coluna Vertebral	R\$ 11,00
03.03.09.009-0	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Membro Superior	R\$ 22,21
03.03.09.011-1	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão da Coluna Vertebral	R\$ 27,32
03.03.09.012-0	Tratamento Conservador de Fratura na Cintura Escapular (c/ Imobilização)	R\$ 36,59
03.03.09.014-6	Tratamento Conservador de Fratura de Costelas	R\$ 15,04
03.03.09.015-4	Tratamento Conservador de Fratura de Punho Com Luva Gessada	R\$ 40,68
03.03.09.016-2	Tratamento Conservador de Fratura de Osso Metacárpico	R\$ 17,85
03.03.09.018-9	Tratamento Conservador de Fratura do Esterno	R\$ 15,98
03.03.09.020-0	Tratamento Conservador de Fratura em Membro Inferior com Imobilização	R\$ 41,93
03.03.09.021-9	Tratamento Conservador de Lesão da Coluna Cervical com Imobilização	R\$ 47,58
03.03.09.022-7	Tratamento Conservador de Fratura em Membro Superior com Imobilização	R\$ 41,63
03.03.09.023-5	Tratamento Conservador de Lesão da Coluna Toraco-Lombo-Sacra c/ Órtese	R\$ 39,09
03.03.09.025-1	Tratamento Conservador de Lesão de Coluna Toraco-Lombo-Sacra com Imobilização	R\$ 47,58
03.03.09.026-0	Tratamento Conservador de Lesão de Mecanismo Extensor dos Dedos	R\$ 17,85
03.03.09.028-6	Tratamento Conservador de Lesão Ligamentar em Membro c/ Imobilização	R\$ 35,20

**Valor global estimado para 12(doze) meses para o lote 21 é de R\$ 260.000,00 (DUZENTOS E SESSENTA MIL REAIS)**

#### LOTE 22: TRATAMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS EM OFTALMOLOGIA

<b>03.03.05.000-0</b>	<b>Tratamentos Clínicos Ambulatoriais em Oftalmologia</b>	
03.03.05.002-0	Exercícios Ortóptico	R\$ 3,27
03.03.05.003-9	Tratamento Oftalmológico de Paciente C/ Glaucoma Binocular (1ª LINHA)	R\$ 18,66



03.03.05.004-7	Tratamento Oftalmológico de Paciente C/ Glaucoma Binocular (2ª LINHA)	R\$ 79,38
03.03.05.005-5	Tratamento Oftalmológico de Paciente C/ Glaucoma Binocular (3ª LINHA)	R\$ 127,98
03.03.05.006-3	Tratamento Oftalmológico de Paciente C/ Glaucoma Monocular (1ª LINHA)	R\$ 12,44
03.03.05.007-1	Tratamento Oftalmológico de Paciente C/ Glaucoma Monocular (2ª LINHA)	R\$ 52,92
03.03.05.008-0	Tratamento Oftalmológico de Paciente C/ Glaucoma Monocular (3ª LINHA)	R\$ 85,33
03.03.05.009-8	Tratamento Oftalmológico de Paciente C/ Glaucoma Com Dispensação de Acetazolamida Monocular ou Binocular	R\$ 93,10
03.03.05.010-1	Tratamento Oftalmológico de Paciente C/Glaucoma Com Dispensação de Pilocarpina Monocular	R\$ 8,93
03.03.05.011-0	Tratamento Oftalmológico de Paciente C/Glaucoma Com Dispensação de Pilocarpina Binocular	R\$ 13,39
03.03.05.015-2	Tratamento Oftalmológico de Paciente C/Glaucoma – 1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA – MONOCULAR	R\$ 65,36
03.03.05.016-0	Tratamento Oftalmológico de Paciente C/Glaucoma – 1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA – BINOCULAR	R\$ 98,04
<b>03.03.05.000-0</b>	<b>Tratamentos Clínicos Ambulatoriais em Oftalmologia</b>	
03.03.05.017-9	Tratamento Oftalmológico de Paciente C/Glaucoma – 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA – MONOCULAR	R\$ 97,77
03.03.05.018-7	Tratamento Oftalmológico de Paciente C/Glaucoma – 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA – BINOCULAR	R\$ 146,64
03.03.05.019-5	Tratamento Oftalmológico de Paciente C/Glaucoma – 2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA – MONOCULAR	R\$ 138,25
03.03.05.020-9	Tratamento Oftalmológico de Paciente C/Glaucoma – 2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA – BINOCULAR	R\$ 207,36
03.03.05.021-7	Tratamento Oftalmológico de Paciente C/ Glaucoma Monocular – ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS.	R\$ 150,69
03.03.05.022-5	Tratamento Oftalmológico de Paciente C/ Glaucoma Binocular – ASSOCIAÇÃO 1ª, 2ª E 3ª LINHAS.	R\$ 226,02
03.03.05.023-3	Tratamento Medicamentoso da Doença da Retina	R\$ 84,72

**Valor global estimado para 12(doze) meses para o lote 09 é de R\$ 60.000,00 (SESSENTA MIL REAIS)**

#### **LOTE 23: TRATAMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS EM DERMATOLOGIA**

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>03.03.08.000-0</b>	<b>Tratamentos Clínicos Ambulatoriais em Dermatologia</b>	
03.03.08.001-9	Cauterização Química de Pequenas Lesões	R\$ 1,48
03.03.08.002-7	Desbastamento de Calosidade e/ou Mal Perfurante (Desbastamento)	R\$ 1,48
03.03.08.003-5	Esfoliação Química	R\$ 1,48
03.03.08.010-8	Fototerapia (Por Sessão)	R\$ 4,00
03.03.08.011-6	Fototerapia com Fotossensibilização (Por Sessão)	R\$ 8,00

**Valor global estimado para 12(doze) meses para o lote 23 é de R\$ 10.000,00 (DEZ MIL REAIS)**

#### **LOTE 24: TRATAMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS EM NEFROLOGIA**

<b>03.05.01.000-0</b>	<b>Tratamentos Clínicos Ambulatoriais em Nefrologia</b>	
03.05.01.001-8	Dialise Peritoneal Intermitente DPI - 1 Sessão por Semana- Excepcionalidade	R\$ 121,74
03.05.01.002-6	Dialise Peritoneal Intermitente DPI (Máximo 2 Sessões por Semana)	R\$ 121,51
03.05.01.009-3	Hemodiálise (Máximo 1 Sessão por Semana – Excepcionalidade)	R\$ 194,20
03.05.01.010-7	Hemodiálise (Máximo 3 Sessões por Semana)	R\$ 194,20
03.05.01.016-6	Manutenção e Acompanhamento Domiciliar de Paciente Submetido à DPA / DPAC	R\$ 358,06
03.05.01.018-2	Treinamento de Paciente Submetido a Dialise Peritoneal – DPAC/DPA	R\$ 55,13



03.05.01.020-4	Hemodiálise Pediátrica (Máximo 04 Sessões por Semana)	R\$ 353,88
03.05.01.022-0	Complementação de valor de sessão de Hemodiálise em paciente com suspeição ou confirmação de Covid-19 (máximo 4 sessões por semana)	R\$ 71,21

**Valor global estimado para 12(doze) meses para o lote 24 é de R\$ 100.000,00 (CEM MIL REAIS)**

#### **LOTE 25: TRATAMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS EM UROLOGIA**

<b>03.09.03.000-0 Tratamentos Clínicos Ambulatoriais em Urologia</b>		
03.09.03.003-0	Cauterização Química de Bexiga	R\$ 3,40
03.09.03.005-6	Dilatação de Uretra (Por Sessão)	R\$ 1,52
03.09.03.010-2	Litotripsia Extracorpórea (Onda de Choque – Tratamento Subsequente em 1 Região Renal)	R\$ 172,00
03.09.03.011-0	Litotripsia Extracorpórea (Onda de Choque – Tratamento Subsequente em 2 Regiões Renais)	R\$ 150,50
03.09.03.014-5	Massagem de Próstata (Por Sessão)	R\$ 1,52
<b>03.09.03.000-0 Tratamentos Clínicos Ambulatoriais em Urologia</b>		
03.09.03.012-9	Litotripsia Extracorpórea (Onda de Choque Parcial / Completa em 1 Região Renal)	R\$ 172,00
03.09.03.013-7	Litotripsia Extracorpórea (Onda de Choque Parcial / Completa em 2 Regiões Renais)	R\$ 150,50

**Valor global estimado para 12(doze) meses para o lote 25 é de R\$ 20.000,00 (VINTE MIL REAIS)**

#### **LOTE 26: TRATAMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS EM GINECOLOGIA**

<b>03.09.05.000-0 Tratamento Clínico Ginecológico</b>		
03.09.03.004-8	Criocauterização / Eletrocoagulação de Colo de Útero	R\$ 11,26
03.09.03.015-3	Persuflação P/ Desobstrução Tubária (Por Tratamento Completo)	R\$ 11,26

**Valor global estimado para 12(doze) meses para o lote 26 é de R\$ 20.000,00 (VINTE MIL REAIS)**

#### **LOTE 27: TRATAMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS EM ANGIOLOGIA**

<b>03.09.07.000-0 Tratamentos Clínicos Ambulatoriais em Angiologia</b>		
03.09.07.001-5	Tratamento Esclerosante não Estético de Varizes dos Membros Inferiores (Unilateral)	R\$ 300,78
03.09.07.002-3	Tratamento Esclerosante não Estético de Varizes dos Membros Inferiores (Bilateral)	R\$ 392,62

**Valor global estimado para 12(doze) meses para o lote 27 é de R\$ 20.000,00 (VINTE MIL REAIS)**

#### **PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS CIRÚRGICOS POR ESPECIALIDADE**

##### **LOTE 28: PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS CIRÚRGICOS POR ESPECIALIDADE**

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>04.01.00.000-0 Pequenas Cirurgias</b>		
04.01.01.001-5	Curativo Grau II C/ ou S/ Debridamento	R\$ 32,40
04.01.01.004-0	Eletrocoagulação de Lesão Cutânea	R\$ 11,84
04.01.01.005-8	Excisão de Lesão e/ou Sutura de Ferimento da Pele Anexos e Mucosa	R\$ 23,16
04.01.01.007-4	Exérese de Tumor de Pele e Anexos / Cisto Sebáceo / Lipoma	R\$ 12,46
04.01.01.009-0	Fulguração / Cauterização Química de Lesões Cutâneas	R\$ 11,84
04.01.01.010-4	Incisão e Drenagem de Abscesso	R\$ 11,84
04.01.01.011-2	Retirada de Corpo Estranho Subcutâneo	R\$ 11,84
04.01.01.012-0	Retirada de Lesão Por Shaving	R\$ 19,79





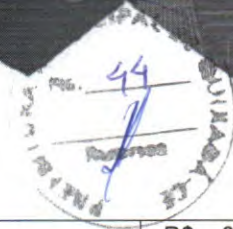
04.01.01.013-9	Tratamento Cirúrgico de Fistula do Pescoço (Por Aproximação)	R\$ 29,86
04.01.02.008-8	Exérese de Cisto Sacrococcígeo	R\$ 29,86
04.01.02.015-0	Tratamento Cirúrgico do Sinus Pré-Auricular	R\$ 56,88
<b>04.04.01.000-0</b>	<b>Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos das Vias Aéreas Superiores e Pescoço</b>	
04.04.01.007-5	Drenagem de Furúnculo No Conduto Auditivo Externo	R\$ 14,66
04.04.01.009-1	Ducha de Politzer (Uni / Bilateral)	R\$ 11,28
04.04.01.015-6	Infiltração Medicamentosa em Corneto Inferior	R\$ 11,28
04.04.01.024-5	Miringotomia (Timpanoplastia)	R\$ 11,28
04.04.01.025-3	Paracentese do Tímpano	R\$ 14,66
04.04.01.026-1	Punção Transmeaticado Seio Maxilar (Unilateral)	R\$ 11,28
04.04.01.027-0	Remoção de Cerúmen de Conduto Auditivo Externo Uni / Bilateral	R\$ 5,63
04.04.01.029-6	Ressecção de Sinequias	R\$ 38,37
04.04.01.034-2	Tamponamento Nasal Anterior e/ou Posterior	R\$ 17,00
04.04.01.036-9	Timpanotomia P/ Tubo de Ventilação	R\$ 56,84
04.04.01.039-3	Tratamento Cirúrgico de Pericondrite de Pavilhão	R\$ 36,95
04.04.01.044-0	Antrostomiade Maxila Intranasal	R\$ 44,34
<b>04.05.00.000-0</b>	<b>Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Oftalmológicos</b>	
04.05.01.001-0	Correção Cirúrgica de Entropio e Ectropio	R\$ 203,74
04.05.01.002-8	Correção Cirúrgica de Epicantho e Telecantho	R\$ 278,90
04.05.01.003-6	Dacriocistorrinostomia	R\$ 681,87
04.05.01.004-4	Drenagem de Abscesso de Pálpebra	R\$ 22,93
<b>04.05.01.000-0</b>	<b>Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Oftalmológicos</b>	
04.05.01.005-2	Epilação a Laser	R\$ 45,00
04.05.01.006-0	Epilação de Cílios	R\$ 22,93
04.05.01.007-9	Exérese de Calázio e Outras Pequenas Lesões da Pálpebra e Supercílios	R\$ 78,75
04.05.01.010-9	Oclusão de Ponto Lacrimal	R\$ 19,14
04.05.01.011-7	Reconstituição de Canal Lacrimal	R\$ 689,66
04.05.01.012-5	Reconstituição Parcial de Pálpebra Com Tarsorrafia	R\$ 311,04
04.05.01.014-1	Simblefaroplastia	R\$ 203,74
04.05.01.016-8	Sondagem de Vias Lacrimais	R\$ 22,93
04.05.01.017-6	Sutura de Pálpebras	R\$ 143,99
04.05.01.018-4	Tratamento Cirúrgico de Blefarocalase	R\$ 95,42
04.05.01.019-2	Tratamento Cirúrgico de Triquiasec/ ou s/ Enxerto	R\$ 278,90
04.05.01.020-6	Punctoplastia	R\$ 19,14
04.05.02.001-5	Correção Cirúrgica de Estrabismo (Acima de 2 Músculos)	R\$ 1.160,45
04.05.02.002-3	Correção Cirúrgica do Estrabismo (Até 2 Músculos)	R\$ 815,42
04.05.03.002-9	Biopsia de Tumor Intraocular	R\$ 75,60
04.05.03.003-7	Crioterapia Ocular	R\$ 116,00
04.05.03.004-5	Fotocoagulação a Laser	R\$ 75,15
04.05.03.005-3	Injeção Intravítrea	R\$ 82,28
04.05.03.007-0	Retinopexia/ Introflexão Escleral	R\$ 1.074,86
04.05.03.009-6	Sutura de Esclera	R\$ 161,19
04.05.03.010-0	Tratamento Cirúrgico de Deiscência de Sutura de Esclera	R\$ 159,37
04.05.03.011-8	Tratamento Cirúrgico de Miiase Palpebral	R\$ 22,93
04.05.03.012-6	Tratamento Cirúrgico de Neoplasia de Esclera	R\$ 259,20
04.05.03.013-4	Vitrectomia Anterior	R\$ 381,08
04.05.03.015-0	Vitriolise A Yag Laser	R\$ 54,00
04.05.03.019-3	Pan-Fotocoagulação de Retina a Laser	R\$ 300,60
04.05.03.021-5	Retinopexia Pneumática	R\$ 389,64
04.05.03.022-3	Remoção de Óleo de Silicone	R\$ 468,60
04.05.03.023-1	Remoção de Implante Episcleral	R\$ 389,64
04.05.04.001-6	Correção Cirúrgica de Lagoftalmo	R\$ 282,08
04.05.04.006-7	Enucleação de Globo Ocular	R\$ 415,57
04.05.04.007-5	Evisceração de Globo Ocular	R\$ 587,51
04.05.04.010-5	Explantado de Lente Intraocular	R\$ 846,19
04.05.04.013-0	Injeção Retrobulbar / Peribulbar	R\$ 22,93
04.05.04.019-9	Tratamento Cirúrgico de Xantelasma	R\$ 116,42
04.05.04.020-2	Tratamento de Ptose Palpebral	R\$ 449,44



04.05.04.021-0	Reposicionamento de Lente Intraocular	R\$ 453,60
04.05.05.001-1	Capsulectomia Posterior Cirúrgica	R\$ 180,45
04.05.05.002-0	CapsulotomiaaYag Laser	R\$ 78,75
04.05.05.003-8	Cauterização de Córnea	R\$ 19,14
04.05.05.004-6	Ciclocriocoagulação / Diatermia	R\$ 587,51
04.05.05.005-4	Ciclodíalise	R\$ 453,41
04.05.05.006-2	Correção de Astigmatismo Secundário	R\$ 19,14
04.05.05.007-0	Correção Cirúrgica de Herniade Iris	R\$ 259,20
04.05.05.008-9	Exérese de Tumor de Conjuntiva	R\$ 82,28
04.05.05.009-7	Facectomiac/ Implante de Lente Intraocular	R\$ 531,60
04.05.05.010-0	Facectomias/ Implante de Lente Intraocular	R\$ 483,60
04.05.05.011-9	Facoemulsificaçãoc/ Implante de Lente Intraocular Rígida	R\$ 651,60
04.05.05.012-7	Fototrabelculoplastiaa Laser	R\$ 45,00
04.05.05.014-3	Implante Intraestromal	R\$ 902,95
04.05.05.015-1	Implante Secundário de Lente Intraocular –LIO	R\$ 1.112,83
04.05.05.016-0	Injeção Subconjuntival / Subtenoniana	R\$ 8,24
04.05.05.017-8	Iridectomia Cirúrgica	R\$ 297,46
04.05.05.019-4	Iridectomiaa Laser	R\$ 45,00
04.05.05.020-8	Paracentese de Câmara Anterior	R\$ 82,28
04.05.05.021-6	Recobrimento Conjuntival	R\$ 172,27
<b>04.05.01.000-0</b>	<b>Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Oftalmológicos</b>	
04.05.05.022-4	Reconstituição de Fornix Conjuntival	R\$ 436,44
04.05.05.024-0	Retirada de Corpo Estranho da Câmara Anterior do Olho	R\$ 335,72
04.05.05.025-9	Retirada de Corpo Estranho da Córnea	R\$ 25,00
04.05.05.026-7	SinequioliseaYag Laser	R\$ 45,00
04.05.05.028-3	Substituição de Lente Intraocular	R\$ 544,88
04.05.05.029-1	Sutura de Conjuntiva	R\$ 82,28
04.05.05.030-5	Sutura de Córnea	R\$ 164,08
04.05.05.032-1	Trabeculectomia	R\$ 898,35
04.05.05.036-4	Tratamento Cirúrgico de Pterígio	R\$ 209,55
04.05.05.037-2	Facoemulsificaçãoc/ Implante de Lente Intraocular Dobrável	R\$ 771,60
04.05.05.039-9	Tratamento Cirúrgico de Deiscência de Sutura de Córnea	R\$ 172,12
04.05.05.040-2	Radiação para Cross LinkingCorneano	R\$ 292,72
<b>04.06.02.000-0</b>	<b>Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Vasculares</b>	
04.06.02.013-2	Excisão e Sutura de Hemangioma	R\$ 29,86
04.06.02.014-0	Excisão e Sutura deLinfangioma / Nevus	R\$ 29,86
04.06.02.020-5	Linfadenectomia Profunda	R\$ 38,39
04.06.02.029-9	Linfadenectomia Superficial	R\$ 16,92
04.06.02.062-0	Retirada de Cateter de Longa Permanência Semiou Totalmente Implantável	R\$ 20,74
<b>04.07.00.000-0</b>	<b>Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Gastroenterológicos</b>	
04.07.01.031-9	Tratamento Esclerosante / Ligadura Elástica de Lesão Hemorrágica do Aparelho Digestivo	R\$ 51,75
04.07.01.032-7	Tratamento Esclerosante de Lesões Não Hemorrágicas do Aparelho Digestivo Incluindo Ligadura Elástica	R\$ 51,75
04.07.02.005-5	Cerclagem de Anus	R\$ 13,06
04.07.02.012-8	Dilatação Digital / Instrumental do Anus e/ou Reto	R\$ 13,06
04.07.02.016-0	Eletrocauterização de Lesão Transparietal de Anus	R\$ 13,06
04.07.02.031-4	Ligadura Elástica de Hemorroidas (Sessão)	R\$ 14,77
04.07.02.039-0	Retirada de Corpo Estranho / Pólipos do Reto / Colo Sigmoide	R\$ 13,63
04.07.02.048-9	Tratamento Cirúrgico de Prurido Anal	R\$ 22,62
04.07.02.049-7	Tratamento Esclerosante de Hemorroidas (Por Sessão)	R\$ 13,63
04.07.03.008-5	Colocação de Prótese Biliar	R\$ 92,95
04.07.03.009-3	Dilatação Percutânea de Estenoses e Anastomoses Biliares	R\$ 92,95
04.07.03.010-7	Drenagem Biliar Percutânea Externa	R\$ 92,95
04.07.03.011-5	Drenagem Biliar Percutânea Interna	R\$ 92,95
04.07.03.023-9	Retirada Percutânea de Cálculos Biliares	R\$ 97,00
04.07.04.019-6	Paracentese Abdominal	R\$ 12,27
04.07.04.021-8	Pneumoperitônio (Por Sessão)	R\$ 13,63



<b>04.09.00.000-0 Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Urológicos</b>		
04.09.01.010-3	Colocação Percutânea de Cateter Pielo-Ureter-Vesical Unilateral	R\$ 80,47
04.09.01.011-1	Dilatação Percutânea de Estenoses Ureterais e Junção Uretrovesical	R\$ 88,91
04.09.01.015-4	Extração Endoscópica de Corpo Estranho / Cálculo em Ureter	R\$ 29,84
04.09.01.027-8	Nefrostomia (Por Punção)	R\$ 32,68
04.09.01.035-9	Punção / Aspiração da Bexiga	R\$ 12,97
04.09.01.042-1	Tratamento Cirúrgico de Cisto de Rim Por Punção	R\$ 87,78
04.09.01.044-8	Tratamento Cirúrgico de Fistula Vesico-Cutânea	R\$ 34,10
04.09.02.003-6	Extração Endoscópica de Corpo Estranho / Cálculo na Uretra C/ Cistoscopia	R\$ 34,10
04.09.02.006-0	Meatotomia Endoscópica	R\$ 34,10
04.09.02.011-7	Tratamento Cirúrgico de Incontinência Urinária	R\$ 34,10
04.09.02.018-4	Uretrotomia P/ Retirada de Cálculo ou Corpo Estranho	R\$ 34,10
<b>04.09.00.000-0 Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Ginecológicos</b>		
04.09.06.006-2	Dilatação de Colo do Útero	R\$ 22,62
04.09.06.008-9	Excisão Tipo I do Colo Uterino	R\$ 45,24
04.09.06.009-7	Exérese de Pólipo de Útero	R\$ 22,62
04.09.06.030-5	Excisão Tipo 2do Colo Uterino	R\$ 45,24
04.09.07.012-2	Drenagem de Glândula de Bartholin / Skene	R\$ 12,97
04.09.07.016-5	Extirpação de Lesão de Vulva / Períneo (por eletrocoagulação ou fulguração)	R\$ 13,54
<b>04.09.00.000-0 Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Ginecológicos</b>		
04.09.07.017-3	Extração de Corpo Estranho da Vagina	R\$ 13,54
04.09.07.018-1	Himenotomia	R\$ 21,68
04.11.01.006-9	Ressuturade Episiorrafia Pós-parto	R\$ 11,28
<b>04.09.00.000-0 Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Andrológicos</b>		
04.09.04.002-9	Drenagem de Abscesso do Epidídimo e/ou Canal Deferente	R\$ 14,51
04.09.04.006-1	Exérese de Cisto de Bolsa Escrotal	R\$ 12,97
04.09.04.010-0	Exploração Cirúrgica do Canal Deferente	R\$ 34,10
04.09.04.024-0	Vasectomia	R\$ 306,47
04.09.05.005-9	Liberção / Plastiade Prepúcio	R\$ 13,54
04.09.05.008-3	Postectomia	R\$ 219,12
<b>04.10.01.000-0 Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Mastológicos</b>		
04.10.01.001-4	Drenagem de Abscesso de Mama	R\$ 20,74
04.10.01.002-2	Esvaziamento Percutâneo de Cisto Mamário	R\$ 20,74
04.10.01.003-0	Exérese de Mama Supranumerária	R\$ 20,74
04.10.01.004-9	Exérese de Mamilo	R\$ 20,74
04.10.01.010-3	Reversão de Mamilo Invertido	R\$ 31,28
<b>04.12.00.000-0 Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Torácicos</b>		
04.12.01.006-2	Punção de Traqueia C/ Aspiração	R\$ 15,79
04.12.03.012-8	Retirada de Dreno Tubular Torácico	R\$ 33,97
04.12.05.017-0	Toracocentese/Drenagem de Pleura	R\$ 54,97
<b>04.13.00.000-0 Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Reparadores</b>		
04.13.01.003-1	Curativo em Grande Queimado	R\$ 43,75
04.13.01.004-0	Curativo em Médio Queimado	R\$ 31,25
04.13.01.005-8	Curativo em Pequeno Queimado	R\$ 18,75
04.15.04.004-3	Debridamentode Úlcera / Necrose	R\$ 29,86
04.15.04.005-1	Drenagem de Coleções Viscerais / Cavitarias Por Cateterismo	R\$ 73,15
<b>04.18.00.000-0 Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Nefrológicos</b>		
04.18.01.001-3	Confecção de Fistula Arteriovenosa C/ Enxertia de Politetrafluoroetileno (PTFE)	R\$ 1.453,85
04.18.01.002-1	Confecção de Fistula Arteriovenosa C/ Enxerto Autólogo	R\$ 685,53
04.18.01.003-0	Confecção de Fistula Arteriovenosa P/ Hemodiálise	R\$ 600,00
04.18.01.004-8	Implante de Cateter de Longa Permanência P/ Hemodiálise	R\$ 200,00
04.18.01.006-4	Implante de Cateter Duplo Lúmen P/Hemodiálise	R\$ 115,81
04.18.01.008-0	Implante de Cateter Tipo Tenckhoffou Similar P/ DPA/DPAC	R\$ 400,00
04.18.01.009-9	Implante de Cateter Tipo Tenckhoffou Similar P/DPI	R\$ 110,29
04.18.02.001-9	Intervenção Em Fistula Arteriovenosa	R\$ 600,00



04.18.02.002-7	Ligadura de Fistula Arteriovenosa	R\$ 600,00
04.18.02.003-5	Retirada de Cateter Tipo Tenckhoff / Similar de Longa Permanência	R\$ 400,00
<b>04.17.00.000-0</b>	<b>Procedimentos Anestésicos</b>	
04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
04.17.01.006-0	Sedação	R\$ 15,15

**Valor global estimado para 12(doze) meses para o lote 28 é de R\$ 1.200.000,00 (UM MILHÃO E DUZENTOS MIL REAIS)**

**LOTE 29: ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS NÃO RELACIONADOS A CIRURGIAS.**

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>07.01.01.000-0</b>	<b>OPM Auxiliares da Locomoção</b>	
07.01.01.001-0	Andador Fixo / Articulado Em Alumínio com Quatro Ponteiras	R\$ 130,00
07.01.01.002-9	Cadeira de Rodas Adulto / Infantil (Tipo Padrão)	R\$ 571,90
07.01.01.003-7	Cadeira de Rodas para Banho com Assento Sanitário	R\$ 230,00
07.01.01.004-5	Cadeira de Rodas para Tetraplégico – Tipo Padrão	R\$ 1.170,00
07.01.01.005-3	Calçados Anatômicos com Palmilhas para Pés Neuropáticos – Par	R\$ 419,20
07.01.01.006-1	Calçados Ortopédicos Confeccionados Sob Medida Até Número 45 (Par)	R\$ 170,30
07.01.01.007-0	Calçados Ortopédicos Pré-Fabricados com Palmilhas Até Número 45 (Par)	R\$ 99,75
07.01.01.008-8	Calçados Sob Medida P/ Compensação de Discrepância de Membros Inferiores a Partir do Número 34 (Par)	R\$ 299,00
07.01.01.009-6	Calçados sob medida para compensação de encurtamento até número 33 Par	R\$ 239,40
07.01.01.010-0	Carrinho Dobrável para Transporte de Criança com Deficiência	R\$ 764,50
07.01.01.011-8	Bengala Canadense Regulável Em Altura (Par)	R\$ 79,95
07.01.01.012-6	Muleta Axilar Regulável de Madeira (Par)	R\$ 53,20
07.01.01.013-4	Muleta Axilar Tubular em Alumínio Regulável Na Altura (Par)	R\$ 79,95
07.01.01.014-2	Palmilhas Confeccionadas Sob Medida (Par)	R\$ 130,20
07.01.01.015-0	Palmilhas para Pés Neuropáticos Confeccionadas Sob Medida Para Adultos ou Crianças (Par)	R\$ 170,30
07.01.01.016-9	Palmilhas para Sustentação dos Arcos Plantares até Número 33 (Par)	R\$ 43,89
07.01.01.017-7	Palmilhas para Sustentação dos Arcos Plantares Números Acima De 34 (Par)	R\$ 65,00
07.01.01.018-5	Adaptação de OPM Auxiliares De Locomoção	R\$ 0,00
07.01.01.019-3	Manutenção de OPM Auxiliares De Locomoção	R\$ 0,00
07.01.01.020-7	Cadeira de Rodas Monobloco	R\$ 900,00
07.01.01.021-5	Cadeira de Rodas (Acima 90kg)	R\$ 1.649,00
07.01.01.023-1	Cadeira de Rodas Para Banho em Concha Infantil	R\$ 739,00
07.01.01.024-0	Cadeira de Rodas Para Banho com Encosto Reclinável	R\$ 1.139,00
07.01.01.025-8	Cadeira de Rodas Para Banho com Aro de Propulsão	R\$ 450,00
<b>07.01.02.000-0</b>	<b>OPM Ortopédicas</b>	
07.01.02.001-6	Órtese / Cinta LSO Tipo PUTTI (Baixa)	R\$ 195,00
07.01.02.002-4	Órtese / Cinta TLSO Tipo PUTTI (Alto)	R\$ 159,60
07.01.02.003-2	Órtese / Colete CTLSO Tipo Milwaukee	R\$ 910,00
07.01.02.004-0	Órtese / Colete Tipo Williams	R\$ 319,20
07.01.02.005-9	Órtese / Colete TLSO Tipo Knight	R\$ 260,00
07.01.02.007-5	Órtese cruromaleolar para limitação dos movimentos do joelho	R\$ 130,00
07.01.02.021-0	Órtese suropodálica articulada em polipropileno infantil	R\$ 159,60
07.01.02.022-9	Órtese suropodálica sem articulação em polipropileno (Adulto)	R\$ 180,60
07.01.02.023-7	Órtese suropodálica sem articulação em polipropileno (Infantil)	R\$ 130,00
07.01.02.025-3	Órtese suropodálica unilateral articulada em polipropileno (adulto)	R\$ 200,00
07.01.02.028-8	Órtese TLSO / Colete Tipo BOSTON	R\$ 598,50
07.01.02.029-6	Órtese TLSO / Tipo Colete em Metal Tipo JEWETT	R\$ 372,40
07.01.02.030-0	Órtese TLSO Corretiva Toraco-Lombar em Polipropileno	R\$ 319,20
07.01.02.031-8	Órtese TLSO Tipo Colete / Jaqueta de RISSER	R\$ 780,00
07.01.02.032-6	Órtese Torácica Colete Dinâmica de Compressão Torácica	R\$ 239,40
07.01.02.040-7	Prótese Exoesqueletica Transfemural	R\$ 2.990,00
07.01.02.042-3	Prótese Exoesqueletica Transtibial Tipo PTB-PTS-KBM	R\$ 1.596,00



07.01.02.051-2	Prótese Mamaria	R\$ 159,60
07.01.02.057-1	Adaptação de OPM Ortopédica	R\$ 0,00
<b>07.01.02.000-0</b>	<b>OPM Ortopédicas</b>	
07.01.02.058-0	Manutenção de OPM Ortopédica	R\$ 0,00
07.01.02.061-0	Cinta para Transferências	R\$ 150,00
07.01.09.008-1	Substituição do Encaixe Interno Flexível para Prótese Transtibial Exoesquelética / Endoesquelética	R\$ 650,00
07.01.09.009-0	Substituição/Troca do Encaixe para Prótese Transfemural Endoesquelética / Exoesquelética	R\$ 1.098,00
<b>07.01.03.000-0</b>	<b>OPM em Otorrinolaringologia</b>	
07.01.03.001-1	Aparelho de amplificação sonora individual (AASI) externo de Condução Óssea Convencional Tipo A	R\$ 500,00
07.01.03.002-0	Aparelho de amplificação sonora individual (AASI) externo de Condução Óssea Retroauricular Tipo A	R\$ 500,00
07.01.03.003-8	Aparelho de amplificação sonora individual (AASI) externo Intrauricular Tipo A	R\$ 525,00
07.01.03.004-6	Aparelho de amplificação sonora individual (AASI) externo Intrauricular Tipo B	R\$ 700,00
07.01.03.005-4	Aparelho de amplificação sonora individual (AASI) externo Intrauricular Tipo C	R\$ 1.100,00
07.01.03.006-2	Aparelho de amplificação sonora individual (AASI) externo Intracanal Tipo A	R\$ 525,00
07.01.03.007-0	Aparelho de amplificação sonora individual (AASI) externo Intracanal Tipo B	R\$ 700,00
07.01.03.008-9	Aparelho de amplificação sonora individual (AASI) externo Intracanal Tipo C	R\$ 1.100,00
07.01.03.009-7	Aparelho de amplificação sonora individual (AASI) externo microcanal Tipo A	R\$ 525,00
07.01.03.010-0	Aparelho de amplificação sonora individual (AASI) externo microcanal Tipo B	R\$ 700,00
07.01.03.011-9	Aparelho de amplificação sonora individual (AASI) externo microcanal Tipo C	R\$ 1.100,00
07.01.03.012-7	Aparelho de amplificação sonora individual (AASI) externo Retroauricular Tipo A	R\$ 525,00
07.01.03.013-5	Aparelho de amplificação sonora individual (AASI) externo Retroauricular Tipo B	R\$ 700,00
07.01.03.014-3	Aparelho de amplificação sonora individual (AASI) externo Retroauricular Tipo C	R\$ 1.100,00
07.01.03.015-1	Molde Auricular (REPOSIÇÃO)	R\$ 8,75
07.01.03.016-0	Reposição de AASI Externo de Condução Óssea Convencional Tipo A	R\$ 500,00
07.01.03.017-8	Reposição de AASI Externo de Condução Óssea Retroauricular Tipo A	R\$ 500,00
07.01.03.018-6	Reposição de AASI Externo Intrauricular Tipo A	R\$ 525,00
07.01.03.019-4	Reposição de AASI Externo Intrauricular Tipo B	R\$ 700,00
07.01.03.020-8	Reposição de AASI Externo Intrauricular Tipo C	R\$ 1.100,00
07.01.03.021-6	Reposição de AASI Externo Intracanal Tipo A	R\$ 525,00
07.01.03.022-4	Reposição de AASI Externo Intracanal Tipo B	R\$ 700,00
07.01.03.023-2	Reposição de AASI Externo Intracanal Tipo C	R\$ 1.100,00
07.01.03.024-0	Reposição de AASI Externo Microcanal Tipo A	R\$ 525,00
07.01.03.025-9	Reposição de AASI Externo Microcanal Tipo B	R\$ 700,00
07.01.03.026-7	Reposição de AASI Externo Microcanal Tipo C	R\$ 1.100,00
07.01.03.027-5	Reposição de AASI Externo Retroauricular Tipo A	R\$ 525,00
07.01.03.028-3	Reposição de AASI Externo Retroauricular Tipo B	R\$ 700,00
07.01.03.029-1	Reposição de AASI Externo Retroauricular Tipo C	R\$ 1.100,00
07.01.03.030-5	Manutenção/ Adaptação de OPM Auditiva	R\$ 0,00
07.01.03.032-1	Sistema de Frequência Modulada Pessoal	R\$ 4.500,00
07.01.09.010-3	Substituição/Troca do Cabo de Conexão da Prótese de Implante Coclear	R\$ 0,00
07.01.09.011-1	Substituição/Troca do Compartimento/Gaveta de Baterias da Prótese de Implante Coclear	R\$ 0,00
07.01.09.012-0	Conserto do Compartimento/Gaveta de Baterias da Prótese de Implante Coclear	R\$ 0,00
07.01.09.013-8	Substituição/Troca da Antena da Prótese de Implante Coclear	R\$ 0,00
07.01.09.014-6	Conserto da Antena da Prótese de Implante Coclear	R\$ 0,00



07.01.09.015-4	Substituição/Troca das Baterias Recarregáveis da Prótese de Implante Coclear	R\$ 0,00
07.01.09.016-2	Substituição/Troca do Controle Remoto da Prótese de Implante Coclear	R\$ 0,00
07.01.09.017-0	Conserto do Controle Remoto da Prótese de Implante Coclear	R\$ 0,00
07.01.09.018-9	Substituição/Troca do Imã da Antena da Prótese de Implante Coclear	R\$ 0,00
07.01.09.019-7	Substituição/Troca do Carregador de Bateria Recarregável da Prótese de Implante Coclear	R\$ 0,00
07.01.09.020-0	Substituição/Troca do Gancho da Prótese de Implante Coclear	R\$ 0,00
07.01.09.021-9	Substituição/Troca do Gancho C/ Microfone da Prótese de Implante Coclear	R\$ 0,00
07.01.09.022-7	Substituição/Troca do Desumidificador da Prótese de Implante Coclear	R\$ 0,00
07.01.09.023-5	Conserto do Processador de Fala da Prótese de Implante Coclear	R\$ 0,00
<b>07.01.03.000-0</b>	<b>OPM em Otorrinolaringologia</b>	
<b>07.01.04.000-0</b>	<b>OPM em Oftalmologia</b>	
07.01.04.001-7	Bengala Articulada	R\$ 45,00
07.01.04.002-5	Lente Escleral Pintada	R\$ 275,00
07.01.04.005-0	Óculos Com Lentes Corretivas Iguais / Maiores que 0,5 Dioptrias	R\$ 28,00
07.01.04.006-8	Prótese Ocular	R\$ 238,03
07.01.04.009-2	Óculos Com Lente Filtrante Para Albinos	R\$ 150,00
07.01.04.012-2	Óculos Com Lentes Asféricas Positivas	R\$ 340,00
07.01.04.013-0	Óculos Com Lentes Esfero Prismáticas	R\$ 350,00
07.01.04.014-9	Adaptação de OPM Oftalmológica	R\$ 0,00
07.01.04.015-7	Manutenção de OPM Oftalmológica	R\$ 0,00
<b>07.01.05.000-0</b>	<b>OPM em Gastrenterologia</b>	
07.01.05.001-2	Bolsa de Colostomia Fechada com Adesivo Microporoso	R\$ 7,30
07.01.05.002-0	Bolsa de Colostomia com Adesivo Microporo Drenavel	R\$ 9,00
07.01.05.004-7	Conjunto de Placa e Bolsa para Ostoma Intestinal	R\$ 18,00
07.01.05.001-2	Bolsa de Colostomia Fechada com Adesivo Microporoso	R\$ 7,30
07.01.05.002-0	Bolsa de Colostomia com Adesivo Microporo Drenavel	R\$ 9,00
<b>07.01.06.000-0</b>	<b>OPM em Urologia</b>	
07.01.06.001-8	Barreiras Protetoras de Pele Sintética e/ou Mista em Forma de Pó / Pasta e/ou Placa	R\$ 17,50
07.01.06.002-6	Bolsa Coletora p/ Urostomizados	R\$ 12,00
07.01.06.003-4	Coletor Urinário de Perna ou de Cama	R\$ 7,02
07.01.06.004-2	Conjunto de Placa e Bolsa para Urostomizados	R\$ 20,00
<b>07.01.07.000-0</b>	<b>OPM em Odontologia</b>	
07.01.07.001-3	Aparelho Fixo Bilateral para Fechamento de Diastema	R\$ 10,00
07.01.07.002-1	Aparelho Ortopédico e Ortodôntico Removível	R\$ 60,00
07.01.07.003-0	Aparelho p/ Bloqueio Maxilo-Mandibular	R\$ 23,54
07.01.07.004-8	Coroa de Aço e Policarboxilato	R\$ 23,54
07.01.07.005-6	Coroa Provisória	R\$ 23,54
07.01.07.006-4	Mantenedor de Espaço	R\$ 10,00
07.01.07.007-2	Placa Oclusal	R\$ 23,54
07.01.07.008-0	Plano Inclinado	R\$ 5,00
07.01.07.009-9	Prótese Parcial Mandibular Removível	R\$ 150,00
07.01.07.010-2	Prótese Parcial Maxilar Removível	R\$ 150,00
07.01.07.011-0	Prótese Temporária	R\$ 24,15
07.01.07.012-9	Prótese Total Mandibular	R\$ 150,00
07.01.07.013-7	Prótese Total Maxilar	R\$ 150,00
07.01.07.014-5	Próteses Coronárias / Intra-radulares Fixas / Adesivas (por Elemento)	R\$ 150,00
07.01.07.015-3	Prótese Dentária sobre Implante	R\$ 300,00
07.01.07.016-1	Aparelho Ortopédico Fixo	R\$ 175,00
07.01.07.017-0	Aparelho Ortodôntico Fixo	R\$ 175,00
<b>07.01.10.000-0</b>	<b>OPM em Odontologia</b>	
07.01.10.001-0	Malha compressiva p/ tratamento sequencial de queimados - luva c/ e s/ dedos ate o pulso	R\$ 43,00
07.01.10.002-8	Malha compressiva p/ tratamento sequencial de queimados (meia ate virilha ou joelho)	R\$ 26,00
07.01.10.003-6	Malha compressiva p/ tratamento sequencial de queimados (meio cano ou cano P E B) -(PECA)	R\$ 21,00



07.01.10.004-4	Malha compressiva p/ tratamento sequencial de queimados - luva c/ e s/ dedos ate o ombro	R\$ 38,00
07.01.10.005-2	Malha compressiva p/ tratamento sequencial de queimados - meia (3/4) - PECA	R\$ 21,00
07.01.10.006-0	Malha compressiva p/ tratamento sequencial de queimados - meia- perna inteira (PECA)	R\$ 35,00
07.01.10.007-9	Malha compressiva p/ tratamento sequencial de queimados - meia-calça completa (PECA)	R\$ 52,00
07.01.10.008-7	Malha compressiva p/ tratamento sequencial de queimados - tórax c/ mangas (PECA)	R\$ 68,00
07.01.10.009-5	Malha compressiva p/ tratamento sequencial de queimados - tórax s/ mangas (PECA)	R\$ 43,00

**Valor global estimado para 12(doze) meses para o lote 29 é de R\$ 60.000,00 (SESSENTA MIL REAIS)**

### PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA

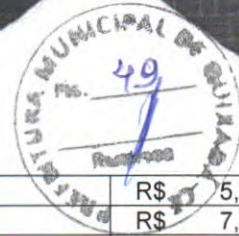
#### LOTE 30: EXAMES LABORATORIAIS PORTÁTEIS

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>02.02.01.000-0</b>	<b>Exames Bioquímicos</b>	
02.02.01.001-5	Clearance Osmolar	R\$ 3,51
02.02.01.002-3	Determinação de Capacidade de Fixação do Ferro	R\$ 2,01
02.02.01.003-1	Determinação de Cromatografia de Aminoácidos	R\$ 15,65
02.02.01.004-0	Determinação de Curva Glicêmica (2 Dosagens) – TTOG	R\$ 3,63
02.02.01.005-8	Determinação de Curva Glicêmica C/ Indução Por Cortisona (5 Dosagens)	R\$ 6,55
02.02.01.006-6	Determinação de Curva Glicêmica C/ Indução Por Cortisona (4 Dosagens)	R\$ 3,68
02.02.01.007-4	Determinação de Curva Glicêmica Clássica (5 Dosagens)	R\$ 10,00
02.02.01.008-2	Determinação de Osmolaridade	R\$ 3,51
02.02.01.009-0	Dosagem de 5-Nucleotidase	R\$ 3,51
02.02.01.010-4	Dosagem de Acetona	R\$ 1,85
02.02.01.011-2	Dosagem de Ácido Ascórbico	R\$ 2,01
02.02.01.012-0	Dosagem de Ácido Úrico	R\$ 1,85
02.02.01.013-9	Dosagem de Ácido Vanilmandélico	R\$ 9,00
02.02.01.014-7	Dosagem de Aldolase	R\$ 3,68
02.02.01.015-5	Dosagem de Alfa-1-Antitripsina	R\$ 3,68
02.02.01.016-3	Dosagem de Alfa-1-Glicoproteína Ácida	R\$ 3,68
02.02.01.017-1	Dosagem de Alfa-2-Macroglobulina	R\$ 3,68
02.02.01.018-0	Dosagem de Amilase	R\$ 2,25
02.02.01.019-8	Dosagem de Amônia	R\$ 3,51
02.02.01.020-1	Dosagem de Bilirrubina Total e Frações	R\$ 2,01
02.02.01.021-0	Dosagem de Cálcio	R\$ 1,85
02.02.01.022-8	Dosagem de Cálcio Ionizável	R\$ 3,51
02.02.01.023-6	Dosagem de Caroteno	R\$ 2,01
02.02.01.025-2	Dosagem de Ceruloplasmina	R\$ 3,68
02.02.01.026-0	Dosagem de Cloreto	R\$ 1,85
02.02.01.027-9	Dosagem de Colesterol HDL	R\$ 3,51
02.02.01.028-7	Dosagem de Colesterol LDL	R\$ 3,51
02.02.01.029-5	Dosagem de Colesterol Total	R\$ 1,85
02.02.01.030-9	Dosagem de Colinesterase	R\$ 3,68
02.02.01.031-7	Dosagem de Creatinina	R\$ 1,85
02.02.01.032-5	Dosagem de Creatinofosfoquinase (CPK)	R\$ 3,68
02.02.01.033-3	Dosagem de Creatinofosfoquinase Fração MB	R\$ 4,21
02.02.01.034-1	Dosagem de Desidrogenase Alfa-Hidroxiúrica	R\$ 3,51
02.02.01.035-0	Dosagem de Desidrogenase Glutâmica	R\$ 3,51
02.02.01.036-8	Dosagem de Desidrogenase Láctica	R\$ 3,68
02.02.01.037-6	Dosagem de Desidrogenase Láctica (Isoenzimas Fracionadas)	R\$ 3,68
02.02.01.038-4	Dosagem de Ferritina	R\$ 15,59
02.02.01.039-2	Dosagem de Ferro Sérico	R\$ 3,51



02.02.01.040-6	Dosagem de Folato	R\$ 15,65
02.02.01.041-4	Dosagem de Fosfatase Acida Total	R\$ 2,01
02.02.01.042-2	Dosagem de Fosfatase Alcalina	R\$ 2,01
02.02.01.043-0	Dosagem de Fosforo	R\$ 1,85
02.02.01.044-9	Dosagem de Fração Prostática da Fosfatase Acida	R\$ 2,01
02.02.01.045-7	Dosagem de Galactose	R\$ 3,51
02.02.01.046-5	Dosagem de Gama-Glutamil-Transferase (Gama GT)	R\$ 3,51
02.02.01.047-3	Dosagem de Glicose	R\$ 1,85
02.02.01.048-1	Dosagem de Glicose-6-Fosfato Desidrogenase	R\$ 3,68
02.02.01.049-0	Dosagem de Haptoglobina	R\$ 3,68
02.02.01.050-0	Dosagem de Hemoglobina Glicosilada	R\$ 7,68
02.02.01.051-1	Dosagem de Hidroxiprolina	R\$ 3,68
02.02.01.052-0	Dosagem de Isomerase-Fosfohexose	R\$ 3,51
02.02.01.053-8	Dosagem de Lactato	R\$ 3,68
02.02.01.054-6	Dosagem de Leucino-Aminopectidase	R\$ 3,51
02.02.01.055-4	Dosagem de Lipase	R\$ 2,25
02.02.01.056-2	Dosagem de Magnésio	R\$ 2,01
02.02.01.057-0	Dosagem de Muco-Proteínas	R\$ 2,01
<b>02.02.01.000-0</b>	<b>Exames Bioquímicos</b>	
02.02.01.058-9	Dosagem de Piruvato	R\$ 3,68
02.02.01.059-7	Dosagem de Porfirinas	R\$ 3,51
02.02.01.060-0	Dosagem de Potássio	R\$ 1,85
02.02.01.061-9	Dosagem de Proteínas Totais	R\$ 1,40
02.02.01.062-7	Dosagem de Proteínas Totais E Frações	R\$ 1,85
02.02.01.063-5	Dosagem de Sódio	R\$ 1,85
02.02.01.064-3	Dosagem de Transaminase Glutamico-Oxalacetica (TGO)	R\$ 2,01
02.02.01.065-1	Dosagem de Transaminase Glutamico-Piruvica (TGP)	R\$ 2,01
02.02.01.066-0	Dosagem de Transferrina	R\$ 4,21
02.02.01.067-8	Dosagem de Triglicérides	R\$ 3,51
02.02.01.068-6	Dosagem de Triptofano	R\$ 3,51
02.02.01.069-4	Dosagem de Ureia	R\$ 1,85
02.02.01.070-8	Dosagem de Vitamina B12	R\$ 15,24
02.02.01.071-6	Eletroforese de Lipoproteínas	R\$ 3,68
02.02.01.072-4	Eletroforese de Proteínas	R\$ 4,42
02.02.01.073-2	Gasometria (PH, PCO <sub>2</sub> , PO <sub>2</sub> , Bicarbonato AS <sub>2</sub> (Excesso ou Déficit Base)	R\$ 15,65
02.02.01.074-0	Prova da D-Xilose	R\$ 3,68
02.02.01.075-9	Teste de Tolerância a Insulina / Hipoglicemiantes Oraís	R\$ 6,55
02.02.01.076-7	Dosagem de 25-Hidroxivitamina D	R\$ 15,24
02.02.01.077-5	Determinação de Crematócrito no Leite Humano Ordenhado	R\$ 1,53
02.02.01.078-3	Acidez Tripulável no Leite Humano (DORNIC)	R\$ 3,04
02.02.01.079-1	Dosagem de Peptídeos Natriuréticos Tipo B (BNP e NT-PROBNP)	R\$ 27,00
<b>02.02.02.000-0</b>	<b>Exames Hematológicos e de Hemostasia</b>	
02.02.02.001-0	Citoquímica Hematológica	R\$ 6,48
02.02.02.002-9	Contagem de Plaquetas	R\$ 2,73
02.02.02.003-7	Contagem de Reticulócitos	R\$ 2,73
02.02.02.005-3	Determinação de Enzimas Eritrocitárias (CADA)	R\$ 2,73
02.02.02.006-1	Determinação de Sulfo-Hemoglobina	R\$ 2,73
02.02.02.007-0	Determinação de Tempo de Coagulação	R\$ 2,73
02.02.02.008-8	Determinação de Tempo de Lise da Euglobulina	R\$ 2,73
02.02.02.009-0	Determinação de Tempo de Sangramento-Duke	R\$ 2,73
02.02.02.010-0	Determinação de Tempo de Sangramento de IVY	R\$ 9,00
02.02.02.011-8	Determinação de Tempo de Sobrevida de Hemácias	R\$ 5,79
02.02.02.012-6	Determinação de Tempo de Trombina	R\$ 2,85
02.02.02.013-4	Determinação de Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTP Ativada)	R\$ 5,77
02.02.02.014-2	Determinação de Tempo e Atividade da Protrombina (TAP)	R\$ 2,73
02.02.02.015-0	Determinação de Velocidade de Hemossedimentação (VHS)	R\$ 9,00
02.02.02.016-9	Dosagem de Anticoagulante Circulante	R\$ 4,11
02.02.02.017-7	Dosagem de Antitrombina III	R\$ 6,48





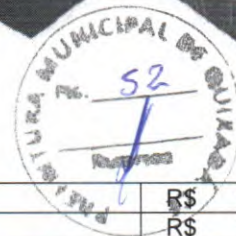
02.02.02.018-5	Dosagem de Fator II	R\$ 5,31
02.02.02.019-3	Dosagem de Fator IX	R\$ 7,61
02.02.02.020-7	Dosagem de Fator V	R\$ 4,73
02.02.02.021-5	Dosagem de Fator VII	R\$ 8,09
02.02.02.022-3	Dosagem de Fator VIII	R\$ 6,63
02.02.02.023-1	Dosagem de Fator VIII (Inibidor)	R\$ 15,00
02.02.02.024-0	Dosagem de Fator Von Willebrand (Antígeno)	R\$ 18,91
02.02.02.025-8	Dosagem de Fator X	R\$ 6,66
02.02.02.026-6	Dosagem de Fator XI	R\$ 9,11
02.02.02.027-4	Dosagem de Fator XII	R\$ 10,51
02.02.02.028-2	Dosagem de Fator XIII	R\$ 6,66
02.02.02.029-0	Dosagem de Fibrinogênio	R\$ 4,60
02.02.02.030-4	Dosagem de Hemoglobina	R\$ 1,53
02.02.02.031-2	Dosagem de Hemoglobina - Instabilidade a 37°C	R\$ 2,73
02.02.02.032-0	Dosagem de Hemoglobina Fetal	R\$ 2,73
02.02.02.033-9	Dosagem de Hemossiderina	R\$ 2,73
02.02.02.034-7	Dosagem de Plasminogênio	R\$ 4,11
<b>02.02.02.000-0</b>	<b>Exames Hematológicos e de Hemostasia</b>	
02.02.02.035-5	Eletroforese de Hemoglobina	R\$ 5,41
02.02.02.036-3	Eritrograma (Eritrócitos, Hemoglobina, Hematócrito)	R\$ 2,73
02.02.02.037-1	Hematócrito	R\$ 1,53
02.02.02.038-0	Hemograma Completo	R\$ 4,11
02.02.02.039-8	Leucograma	R\$ 2,73
02.02.02.040-1	Pesquisa de Atividade do Cofator de Ristocetina	R\$ 25,00
02.02.02.041-0	Pesquisa de Células LE	R\$ 4,11
02.02.02.042-8	Pesquisa de Corpúsculos de Heinz	R\$ 2,73
02.02.02.043-6	Pesquisa de Filaria	R\$ 2,73
02.02.02.044-4	Pesquisa de Hemoglobina S	R\$ 2,73
02.02.02.046-0	Pesquisa de Tripanossoma	R\$ 2,73
02.02.02.048-7	Prova de Consumo de Protrombina	R\$ 4,11
02.02.02.049-5	Prova de Retração do Coágulo	R\$ 2,73
02.02.02.050-9	Prova do Laço	R\$ 2,73
02.02.02.051-7	Rastreo P/ Deficiência de Enzimas Eritrocitárias	R\$ 2,73
02.02.02.052-5	Teste de Agregação de Plaquetas	R\$ 12,00
02.02.02.053-3	Teste de HAM (Hemólise Ácida)	R\$ 2,73
02.02.02.054-1	Teste Direto de Antiglobulina Humana (TAD)	R\$ 2,73
02.02.02.055-0	Dosagem de Proteína C Funcional	R\$ 75,00
02.02.02.056-8	Dosagem de Proteína S Funcional	R\$ 125,00
02.02.02.057-6	Pesquisade Anticoagulante Lúpico	R\$ 110,00
<b>02.02.03.000-0</b>	<b>Exames Sorológicos e Imunobiológicos</b>	
02.02.03.001-6	Contagem de Linfócitos B	R\$ 15,00
02.02.03.002-4	Contagem de Linfócitos CD4/CD8	R\$ 15,00
02.02.03.003-2	Contagem de Linfócitos T Totais	R\$ 15,00
02.02.03.004-0	Deteção de Ácidos Nucleicos do HIV-1 (Qualitativo)	R\$ 65,00
02.02.03.005-9	Deteção de RNA do Vírus da Hepatite C (Qualitativo)	R\$ 96,00
02.02.03.006-7	Determinação de Complemento (CH50)	R\$ 9,25
02.02.03.007-5	Determinação de Fator Reumatoide	R\$ 2,83
02.02.03.008-3	Determinação Quantitativa de Proteína C Reativa	R\$ 9,25
02.02.03.009-1	Dosagem de Alfa-Fetoproteína	R\$ 15,06
02.02.03.010-5	Dosagem de Antígeno Prostático Específico (PSA)	R\$ 16,42
02.02.03.011-3	Dosagem de Beta-2-Microglobulina	R\$ 13,55
02.02.03.012-1	Dosagem de Complemento C3	R\$ 17,16
02.02.03.013-0	Dosagem de Complemento C4	R\$ 17,16
02.02.03.014-8	Dosagem de Crioaglutinina	R\$ 2,83
02.02.03.015-6	Dosagem de Imunoglobulina A (IgA)	R\$ 17,16
02.02.03.016-4	Dosagem de Imunoglobulina E (IgE)	R\$ 9,25
02.02.03.018-0	Dosagem de Imunoglobulina M (IgM)	R\$ 17,16
02.02.03.019-9	Dosagem de Inibidor de C1-Esterase	R\$ 9,25



02.02.03.020-2	Dosagem de Proteína C Reativa	R\$ 2,83
02.02.03.021-0	Genotipagem de Vírus da Hepatite C	R\$ 298,48
02.02.03.022-9	Imunoeletoforesede Proteínas	R\$ 17,16
02.02.03.023-7	Imunofenotipagem de Hemopatias Malignas (Por Marcador)	R\$ 80,00
02.02.03.025-3	Pesquisa de Anticorpo IgG Anticardiolipina	R\$ 10,00
02.02.03.026-1	Pesquisa de Anticorpo IgM Anticardiolipina	R\$ 10,00
02.02.03.027-0	Pesquisa de Anticorpos Anti-DNA	R\$ 8,67
02.02.03.028-8	Pesquisa de Anticorpos Anti- <i>Helicobacter pylori</i>	R\$ 17,16
02.02.03.029-6	Pesquisa de Anticorpos Anti-HIV-1 (Western Blot)	R\$ 85,00
02.02.03.030-0	Pesquisa de Anticorpos Anti-HIV-1 + HIV-2 (Elisa)	R\$ 10,00
02.02.03.031-8	Pesquisa de Anticorpos Anti-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 18,55
02.02.03.032-6	Pesquisa de Anticorpos Anti-Ribonucleoproteína (RNP)	R\$ 17,16
02.02.03.033-4	Pesquisa de Anticorpos Anti-Schistosomas	R\$ 5,74
02.02.03.034-2	Pesquisa de Anticorpos Anti-SM	R\$ 17,16
02.02.03.035-0	Pesquisa de Anticorpos Anti-SS-A (RO)	R\$ 18,55
02.02.03.036-9	Pesquisa de Anticorpos Anti-SS-B (LA)	R\$ 18,55
<b>02.02.03.000-0</b>	<b>Exames Sorológicos e Imunobiológicos</b>	
02.02.03.092-0	Pesquisa de Anticorpos IgM Contra o Vírus da Rubéola	R\$ 17,16
02.02.03.093-8	Pesquisa de Anticorpos IgM Contra o Vírus da Varicela-Herpes Zoster	R\$ 17,16
02.02.03.094-6	Pesquisa de Anticorpos IgM Contra o Vírus Epstein-Barr	R\$ 17,16
02.02.03.095-4	Pesquisa de Anticorpos IgM Contra o Vírus Herpes Simples	R\$ 17,16
02.02.03.096-2	Pesquisa de Antígeno Carcinoembrionário (CEA)	R\$ 13,35
02.02.03.097-0	Pesquisa de Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B (HBSAG)	R\$ 18,55
02.02.03.098-9	Pesquisa de Antígeno do Vírus da Hepatite B (HBEAG)	R\$ 18,55
02.02.03.099-7	Deteção de Clamídia e Gonococo por Biologia Molecular	R\$ 60,00
02.02.03.100-4	Pesquisa de Crioglobulinas	R\$ 2,83
02.02.03.101-2	Pesquisa de Fator Reumatoide (Waalser-Rose)	R\$ 4,10
02.02.03.102-0	Pesquisa de HIV-1 por Imunofluorescência	R\$ 10,00
02.02.03.103-9	Pesquisa de Imunoglobulina E (IgE) Alérgico-Específica	R\$ 9,25
02.02.03.104-7	Pesquisa de <i>Trypanosoma Cruzi</i> (Por Imunofluorescência)	R\$ 10,00
02.02.03.105-5	Provas de Prausnitz-Kustner (PK)	R\$ 1,77
02.02.03.106-3	Provas Imuno-Alérgicas Bacterianas	R\$ 1,77
02.02.03.107-1	Quantificação de RNA do HIV-1	R\$ 18,00
02.02.03.108-0	Quantificação de RNA do Vírus da Hepatite C	R\$ 168,48
02.02.03.109-8	Teste Treponêmico P/ Deteção de Sífilis	R\$ 4,10
02.02.03.110-1	Reação de Montenegro ID	R\$ 2,83
02.02.03.111-0	Teste Não Treponêmico P/ Deteção de Sífilis	R\$ 2,83
02.02.03.112-8	Teste FTA-ABS IgG P/ Diagnostico da Sífilis	R\$ 10,00
02.02.03.113-6	Teste FTA-ABS IgM P/ Diagnostico da Sífilis	R\$ 10,00
02.02.03.114-4	Testes Alérgicos de Contato	R\$ 1,77
02.02.03.115-2	Testes Cutâneos de Leitura Imediata	R\$ 1,77
02.02.03.117-9	Teste Não Treponêmico P/ Deteção de Sífilis em Gestantes	R\$ 2,83
02.02.03.118-7	Dosagem de Anticorpos Antitransglutaminase Recombinante Humano IgA	R\$ 18,55
02.02.03.119-5	Dosagem da Fração C1Q do Complemento	R\$ 17,16
02.02.03.120-9	Dosagem de Troponina	R\$ 9,00
02.02.03.121-7	Dosagem do Antígeno CA 125	R\$ 13,35
02.02.03.122-5	Exame Laboratorial para Doença de Gaucher I	R\$ 80,00
02.02.03.123-3	Exame Laboratorial para Doença de Gaucher II	R\$ 120,00
02.02.03.125-0	Deteção de RNA do HTLV-1	R\$ 65,00
02.02.03.126-8	Pesquisa de Anticorpos Anti-HTLV-1 (Western-Blot)	R\$ 85,00
02.02.03.127-6	Dosagem de Adenosina-Desaminase (ADA)	R\$ 13,06
02.02.03.128-4	Antibeta2 Glicoproteína I - IgG	R\$ 125,00
02.02.03.129-2	Dosagem de Anti-Beta-2-Glicoproteína I - IgM	R\$ 125,00
02.02.03.130-6	Diagnóstico E Reavaliação de Hemoglobinúria Paroxística Noturna	R\$ 80,00
<b>02.02.05.000-0</b>	<b>Exames de Uroanálise</b>	
02.02.05.001-7	Análise de Caracteres Físicos, Elementos e Sedimento da Urina	R\$ 3,70
02.02.05.002-5	Clearance de Creatinina	R\$ 3,51
02.02.05.003-3	Clearance de Fosfato	R\$ 3,51



02.02.05.004-1	Clearance de Ureia	R\$ 3,51
02.02.05.005-0	Contagem de Addis	R\$ 2,04
02.02.05.006-8	Determinação de Osmolalidade	R\$ 3,70
02.02.05.007-6	Identificação de Glicídios Urinários Por Cromatografia (Camada Delgada)	R\$ 3,70
02.02.05.008-4	Dosagem de Citrato	R\$ 2,01
02.02.05.009-2	Dosagem de Microalbuminana Urina	R\$ 8,12
02.02.05.010-6	Dosagem de Oxalato	R\$ 3,68
02.02.05.011-4	Dosagem de Proteínas (Urina de 24 Horas)	R\$ 2,04
02.02.05.012-2	Dosagem e/ou Fracionamento de Ácidos Orgânicos	R\$ 3,04
02.02.05.013-0	Exame Qualitativo de Cálculos Urinários	R\$ 3,70
02.02.05.014-9	Pesquisa / Dosagem de Aminoácidos (por Cromatografia)	R\$ 3,70
02.02.05.015-7	Pesquisa de Alcaptona Na Urina	R\$ 2,04
02.02.05.016-5	Pesquisa de Aminoácidos Na Urina	R\$ 3,70
02.02.05.017-3	Pesquisa de Beta-Mercapto-Lactato-Dissulfiduria	R\$ 2,04
02.02.05.018-1	Pesquisa de Cadeias Leves Kappae Lambda	R\$ 2,04
02.02.05.019-0	Pesquisa de Cistina na Urina	R\$ 2,04
02.02.05.020-3	Pesquisa de Coproporfirinana Urina	R\$ 2,04
02.02.05.021-1	Pesquisa de Erros Inatos do Metabolismo na Urina	R\$ 3,70
02.02.05.022-0	Pesquisa de Fenil-Cetona na Urina	R\$ 2,04
02.02.05.023-8	Pesquisa de Frutose na Urina	R\$ 2,04
02.02.05.024-6	Pesquisa de Galactose na Urina	R\$ 3,36
02.02.05.026-2	Pesquisa de Homocistinana Urina	R\$ 2,04
02.02.05.027-0	Pesquisa de Lactose na Urina	R\$ 2,04
02.02.05.028-9	Pesquisa de Mucopolissacarideosna Urina	R\$ 3,70
02.02.05.029-7	Pesquisa de Porfobilinogeniona Urina	R\$ 2,04
02.02.05.030-0	Pesquisa de Proteínas Urinaria (por Eletroforese)	R\$ 4,44
02.02.05.031-9	Pesquisa de Tirosina na Urina	R\$ 2,04
02.02.05.032-7	Prova de Diluição (Urina)	R\$ 2,04
<b>02.02.06.000-0</b>	<b>Exames Hormonais</b>	
02.02.06.001-2	Determinação de Índice de Tiroxina Livre	R\$ 12,54
02.02.06.002-0	Determinação de Retenção de T3	R\$ 12,54
02.02.06.003-9	Determinação de T3 Reverso	R\$ 14,69
02.02.06.004-7	Dosagem de 17-Alfa-Hidroxiprogesterona	R\$ 10,20
02.02.06.005-5	Dosagem de 17-Cetosteroides Totais	R\$ 6,72
02.02.06.006-3	Dosagem de 17-Hidroxicorticosteroides	R\$ 6,72
02.02.06.007-1	Dosagem de Ácido 5-Hidroxi-Indol-Acético (Serotonina)	R\$ 6,72
02.02.06.008-0	Dosagem de Adrenocorticotrófico (ACTH)	R\$ 14,12
02.02.06.009-8	Dosagem de Aldosterona	R\$ 11,89
02.02.06.010-1	Dosagem de AMP Cíclico	R\$ 12,01
02.02.06.011-0	Dosagem de Androstenediona	R\$ 11,53
02.02.06.012-8	Dosagem de Calcitonina	R\$ 14,38
02.02.06.013-6	Dosagem de Cortisol	R\$ 9,86
02.02.06.014-4	Dosagem de Dehidroepiandrosterona (DHEA)	R\$ 11,25
02.02.06.015-2	Dosagem de Dihidrotestoterona (DHT)	R\$ 11,71
02.02.06.016-0	Dosagem de Estradiol	R\$ 10,15
02.02.06.017-9	Dosagem de Estriol	R\$ 11,55
02.02.06.018-7	Dosagem de Estrona	R\$ 11,12
02.02.06.019-5	Dosagem de Gastrina	R\$ 14,15
02.02.06.020-9	Dosagem de Globulina Transportadora de Tiroxina	R\$ 15,35
02.02.06.021-7	Dosagem de Gonadotrofina Coriônica Humana (HCG, Beta HCG)	R\$ 7,85
02.02.06.022-5	Dosagem de Hormônio De Crescimento (GHG)	R\$ 10,21
02.02.06.023-3	Dosagem de Hormônio Foliculo-Estimulante (FSH)	R\$ 7,89
02.02.06.024-1	Dosagem de Hormônio Luteinizante (LH)	R\$ 8,97
<b>02.02.06.000-0</b>	<b>Exames Hormonais</b>	
02.02.06.025-0	Dosagem de Hormônio Tiroestimulante (TSH)	R\$ 8,96
02.02.06.026-8	Dosagem de Insulina	R\$ 10,17
02.02.06.028-4	Dosagem de Peptídeo C	R\$ 15,35
02.02.06.027-6	Dosagem de Paratormônio	R\$ 43,13



02.02.06.029-2	Dosagem de Progesterona	R\$	10,22
02.02.06.030-6	Dosagem de Prolactina	R\$	10,15
02.02.06.031-4	Dosagem de Renina	R\$	13,19
02.02.06.032-2	Dosagem de Somatomedina C (IGF1)	R\$	15,35
02.02.06.033-0	Dosagem de Sulfato de Hidroepiandrosterona (DHEAS)	R\$	13,11
02.02.06.034-9	Dosagem de Testosterona	R\$	10,43
02.02.06.035-7	Dosagem de Testosterona Livre	R\$	13,11
02.02.06.036-5	Dosagem de Tireoglobulina	R\$	15,35
02.02.06.037-3	Dosagem de Tiroxina (T4)	R\$	8,76
02.02.06.038-1	Dosagem de Tiroxina Livre (T4 Livre)	R\$	11,60
02.02.06.039-0	Dosagem de Triiodotironina (T3)	R\$	8,71
02.02.06.040-3	Teste de Estimulada Prolactina / TSH após TRH	R\$	12,01
02.02.06.041-1	Teste de Estímulo da Prolactina após Clorpromazina	R\$	12,01
02.02.06.042-0	Teste de Estímulo com GNRH ou com Agonista GNRH	R\$	12,01
02.02.06.043-8	Teste de Estímulo do HGH após Glucagon	R\$	12,01
02.02.06.044-6	Teste de Supressão do Cortisol após Dexametasona	R\$	12,01
02.02.06.045-4	Teste de Supressão do HGH após Glicose	R\$	12,01
02.02.06.046-2	Teste p/ Investigação do Diabetes Insípidos	R\$	8,43
02.02.06.047-0	Pesquisa de Macroprolactina	R\$	12,15

**Valor global estimado para 12(doze) meses para o lote 30 é de R\$ 300.000,00 (TREZENTOS MIL REAIS)**

**LOTE 32: PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS**

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	QUANT	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
010104004-0	PASTEURIZAÇÃO DO LEITE HUMANO (CADA 5 LITROS) - MAC /MED	35	R\$ 11,06	R\$ 387,10
020101056-9	BIOPSIA/EXERESE DE NÓDULO DE MAMA - MAC /MED	14	R\$ 70,00	R\$ 980,00
020101058-5	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA - MAC /MED	5	R\$ 66,48	R\$ 332,40
020201073-2	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE) - MAC /MED	50	R\$ 15,65	R\$ 782,50
020201077-5	DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO - MAC /MED	35	R\$ 1,53	R\$ 53,55
020201078-3	ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC) - MAC /MED	35	R\$ 3,04	R\$ 106,40
020202002-9	CONTAGEM DE PLAQUETAS - MAC /MED	3	R\$ 2,73	R\$ 8,19
020202032-0	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	2	R\$ 2,73	R\$ 5,46
020202038-0	HEMOGRAMA COMPLETO - MAC /MED	300	R\$ 4,11	R\$ 1.233,00
020203010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECÍFICO (PSA) - MAC /MED	13	R\$ 16,42	R\$ 213,46
020203020-2	DOSAGEM DE PROTEÍNA C REATIVA - MAC /MED	100	R\$ 2,83	R\$ 283,00
020203047-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO) - MAC /MED	1	R\$ 2,83	R\$ 2,83
020203117-9	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES - MAC /MED	2	R\$ 2,83	R\$ 5,66
020205001-7	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA - MAC /MED	200	R\$ 3,70	R\$ 740,00



020206025-0	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH) - MAC /MED	13	R\$ 8,96	R\$ 116,48
020206037-3	DOSAGEM DE TIROXINA (T4) - MAC /MED	13	R\$ 8,76	R\$ 113,88
020206038-1	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE) - MAC /MED	1	R\$ 11,60	R\$ 11,60
020206039-0	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3) - MAC /MED	13	R\$ 8,71	R\$ 113,23
020208009-9	CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO) - MAC /MED	6	R\$ 5,62	R\$ 33,72
020208024-2	PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES - MAC /MED	35	R\$ 5,62	R\$ 196,70
020209030-2	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE - MAC /MED	1	R\$ 1,89	R\$ 1,89
020212002-3	DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO - MAC /MED	20	R\$ 1,37	R\$ 27,40
020403003-0	MAMOGRAFIA - MAC /MED	258	R\$ 22,50	R\$ 5.805,00
020403015-3	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL) - MAC /MED	30	R\$ 9,50	R\$ 285,00
020403017-0	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA) - MAC /MED	6	R\$ 6,88	R\$ 41,28
020403018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO - MAC /MED	231	R\$ 45,00	R\$ 10.395,00
020405013-8	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP) - MAC /MED	2	R\$ 7,17	R\$ 14,34
020501003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	34	R\$ 67,86	R\$ 2.307,24
020502003-8	ULTRASSONOGRAMA DE ABDÔMEN SUPERIOR - MAC /MED	2	R\$ 24,20	R\$ 48,40
020502004-6	ULTRASSONOGRAMA DE ABDOMEN TOTAL - MAC /MED	15	R\$ 37,95	R\$ 569,25
020502009-7	ULTRASSONOGRAMA MAMARIA BILATERAL - MAC /MED	55	R\$ 24,20	R\$ 1.331,00
020502010-0	ULTRASSONOGRAMA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL - MAC /MED	2	R\$ 24,20	R\$ 48,40
020502012-7	ULTRASSONOGRAMA DE TIREOIDE - MAC /MED	2	R\$ 24,20	R\$ 48,40
020502014-3	ULTRASSONOGRAMA OBSTETRICA - MAC /MED	41	R\$ 24,20	R\$ 992,20
020502016-0	ULTRASSONOGRAMA PELVICA (GINECOLOGICA) - MAC /MED	15	R\$ 24,20	R\$ 363,00
020502018-6	ULTRASSONOGRAMA TRANSVAGINAL - MAC /MED	2	R\$ 24,20	R\$ 48,40
021102003-6	ELETROCARDIOGRAMA - MAC /MED	30	R\$ 5,15	R\$ 154,50
021104005-3	PERSUFLAÇÃO TUBARIA (DIAGNOSTICA)	3	R\$ 1,69	R\$ 5,07
021104006-1	TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO - MAC /MED	10	R\$ 1,69	R\$ 16,90
021107008-4	AVALIACAO MIOFUNCIONAL DE SISTEMA ESTOMATOGNATICO - MAC /MED	100	R\$ 4,11	R\$ 411,00
030101004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) - MAC /MED	300	R\$ 6,30	R\$ 1.890,00
030101007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	307	R\$ 10,00	R\$ 3.070,00
030106002-9	ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVAÇÃO ATÉ 24 HORAS EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - MAC /MED	813	R\$ 12,47	R\$ 10.138,11



030106006-1	ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA - MAC /MED	324	R\$ 11,00	R\$ 3.564,00
030106009-6	ATENDIMENTO MÉDICO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - MAC /MED	2015	R\$ 11,00	R\$ 22.165,00
030110001-2	ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. - MAC /MED	4000	R\$ 0,63	R\$ 2.520,00
040101001-5	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO - MAC /MED	1	R\$ 32,40	R\$ 32,40
040101005-8	EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA - MAC /MED	1	R\$ 23,16	R\$ 23,16
040101004-0	ELETROCOAGULACAO DE LESAO CUTANEA	2	R\$ 11,84	R\$ 23,68
040101005-8	EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	2	R\$ 23,16	R\$ 46,32
040101007-4	EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA - MAC /MED	6	R\$ 12,46	R\$ 74,76
040101009-0	FULGURACAO / CAUTERIZACAO QUIMICA DE LESOES CUTANEAS - MAC /MED	3	R\$ 11,84	R\$ 35,52
040101010-4	INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO	1	R\$ 11,84	R\$ 11,84
040101011-2	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTANEO - MAC /MED	1	R\$ 11,84	R\$ 11,84
040401031-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO / FARINGE / LARINGE / NARIZ - MAC /MED	1	R\$ 26,42	R\$ 26,42
040602014-0	EXCISAO E SUTURA DE LINFANGIOMA	1	R\$ 29,86	R\$ 29,86
040402010-0	EXCISÃO EM CUNHA DE LÁBIO	1	R\$ 29,86	R\$ 29,86
040704019-6	PARACENTESE ABDOMINAL - MAC /MED	1	R\$ 12,27	R\$ 12,27
040905008-3	POSTECTOMIA - MAC /MED	2	R\$ 219,12	R\$ 438,24
040906009-7	EXERESE DE POLIPO DE UTERO - MAC /MED	1	R\$ 22,62	R\$ 22,62
040906006-2	DILATAÇAO DE COLO DO UTERO	1	R\$ 22,62	R\$ 22,62
040907012-2	DRENAGEM DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE - MAC /MED	10	R\$ 12,97	R\$ 129,70
040907015-7	EXERESE DE GLÂNDULA DE BARTHOLIN / SKENE - MAC /MED	1	R\$ 21,68	R\$ 21,68
040907016-5	EXTIRPACAO DE LESAO DE VULVA / PERINEO (POR ELETROCOAGULACAO OU FULGURACAO)	8	R\$ 13,54	R\$ 108,32
040907017-3	EXTRACAO DE CORPO ESTRANHO DA VAGINA	3	R\$ 13,54	R\$ 40,62
041001001-4	DRENAGEM DE ABSCESSO DE MAMA - MAC /MED	2	R\$ 20,74	R\$ 41,48
040907018-1	HIMENOTOMIA	7	R\$ 21,68	R\$ 151,76
041001002-2	ESVAZIAMENTO PERCUTANEO DE CISTO MAMARIO - MAC /MED	1	R\$ 20,74	R\$ 20,74
041101006-9	RESSUTURA DE EPISIORRAFIA POS-PARTO - MAC /MED	14	R\$ 11,28	R\$ 157,92
020601001-0	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE - MAC /ALT	2	R\$ 86,76	R\$ 173,52



020601002-8	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE - MAC /ALT	11	R\$ 101,10	R\$ 1.112,10
020601004-4	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES - MAC /ALT	2	R\$ 86,75	R\$ 173,50
020601007-9	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO - MAC /ALT	21	R\$ 97,44	R\$ 2.046,24
020602003-1	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX - MAC /ALT	2	R\$ 136,41	R\$ 272,82
020603003-7	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR - MAC	1	R\$ 138,63	R\$ 138,63
020603001-0	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR - MAC /ALT	3	R\$ 138,63	R\$ 415,89
<b>TOTAL</b>				<b>R\$ 77.825,48</b>

Valor global estimado para 12(doze) meses para o lote 32 é de R\$ 933.905,76 (Novecentos e trinta e três mil, novecentos e cinco reais e setenta e seis centavos).

**LOTE 33: PROCEDIMENTOS HOSPITALARES**

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	QUANT.	VALOR	VALOR TOTAL
201010160	BIÓPSIA DE ENDOMETRIO POR ASPIRAÇÃO MANUAL INTRA-UTERINA - MAC /MED	1	85,69	R\$ 85,69
303010010	TRATAMENTO DE DENGUE CLÁSSICA - MAC /MED	30	R\$ 295,83	R\$ 8.874,90
303010037	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS BACTERIANAS - MAC /MED	20	R\$ 865,91	R\$ 17.318,20
303010061	TRATAMENTO DE DOENÇAS INFECCIOSAS INTESTINAIS - MAC /MED	192	R\$ 395,34	R\$ 75.905,28
303010126	TRATAMENTO DE INFECCOES DE TRANSMISSÃO PREDOMINANTEMENTE SEXUAL	18	R\$ 276,32	R\$ 4.973,76
303020059	TRATAMENTO DE ANEMIAS NUTRICIONAIS - MAC /MED	18	R\$ 256,40	R\$ 4.615,20
303030038	TRATAMENTO DE DIABETES MELLITUS - MAC /MED	15	R\$ 400,93	R\$ 6.013,98
303030046	TRATAMENTO DE DISTÚRBIOS METABÓLICOS - MAC /MED	45	R\$ 162,74	R\$ 7.323,30
303040076	TRATAMENTO CONSERVADOR DA HEMORRÁGIA CEREBRAL - MAC /MED	5	R\$ 700,21	R\$ 3.501,05
303040149	TRATAMENTO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL - AVC (ISQUEMICO OU HEMORRÁGICO AGUDO) - MAC /MED	2	R\$ 481,21	R\$ 962,42
303040165	TRATAMENTO DE CRISES EPILEPTICAS NÃO CONTROLADAS - MAC /MED	7	R\$ 171,58	R\$ 1.201,06
303070102	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO - MAC /MED	3	R\$ 371,35	R\$ 1.114,05
303070110	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS DO INTESTINO - MAC /MED	30	R\$ 223,29	R\$ 6.698,70
303070129	TRATAMENTO DE TRANSTORNOS DAS VIAS BILIARES E PÂNCREAS - MAC /MED	22	R\$ 280,75	R\$ 6.176,50
303080051	TRATAMENTO DE DERMATITES E ECZEMAS - MAC /MED	5	R\$ 224,91	R\$ 1.124,55
303080060	TRATAMENTO DE ESTAFILOCOCCIAS - MAC /MED	48	R\$ 297,63	R\$ 14.286,24
303080078	TRATAMENTO DE ESTREPTOCOCCIAS - MAC /MED	15	R\$ 319,50	R\$ 4.792,50



303090316	TRATAMENTO DAS POLIARTROPATIAS INFLAMATORIAS - MAC /MED	7	R\$ 190,70	R\$ 1.334,90
303100010	TRATAMENTO DE COMPLICACOES RELACIONADAS PREDOMINANTEMENTE AO PUERPERIO - MAC /MED	15	R\$ 199,76	R\$ 2.996,40
303100036	TRATAMENTO DE EDEMA, PROTEINURIA E TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS NA GRAVIDEZ PARTO E PUERPERIO - MAC /MED	22	R\$ 136,09	R\$ 2.993,98
303100044	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CLÍNICAS NA GRAVIDEZ - MAC /MED	70	R\$ 115,29	R\$ 8.070,30
303140046	TRATAMENTO DAS DOENCAS CRONICAS DAS VIAS AEREAS INFERIORES - MAC /MED	39	R\$ 481,19	R\$ 18.766,41
303140070	TRATAMENTO DE DOENCA DO OUVIDO EXTERNO MEDIO E DA MASTOIDE - MAC /MED	5	R\$ 268,07	R\$ 1.340,35
303140100	TRATAMENTO DE INFECCOES AGUDAS DAS VIAS AEREAS SUPERIORES - MAC /MED	7	R\$ 177,07	R\$ 1.239,49
303140135	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENCAS DO APARELHO RESPIRATORIO - MAC /MED	5	R\$ 49,85	R\$ 249,25
303140143	TRATAMENTO DE OUTRAS INFECCOES AGUDAS DAS VIAS AEREAS INFERIORES - MAC /MED	43	R\$ 197,20	R\$ 8.479,60
303140151	TRATAMENTO DE PNEUMONIAS OU INFLUENZA (GRIPE) - MAC /MED	222	R\$ 732,45	R\$ 162.603,90
303150025	TRATAMENTO DE DOENCAS GLOMERULARES - MAC /MED	5	R\$ 369,49	R\$ 1.847,45
303150050	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENCAS DO APARELHO URINARIO - MAC /MED	10	R\$ 240,12	R\$ 2.401,20
303160020	TRATAMENTO DE INFECCOES ESPECIFICAS DO PERIODO PERINATAL - MAC /MED	20	R\$ 1.541,45	R\$ 30.829,00
303160039	TRATAMENTO DE OUTROS TRANSTORNOS ORIGINADOS NO PERIODO PERINATAL - MAC /MED	48	R\$ 1.809,91	R\$ 86.875,68
303160047	TRATAMENTO DE TRANSTORNOS HEMORRAGICOS E HEMATOLOGICOS DO FETO E DO RECEM-NASCIDO - MAC /MED	5	R\$ 1.618,91	R\$ 8.094,55
303160055	TRATAMENTO DE TRANSTORNOS RELACIONADOS C/ A DURACAO DA GESTACAO E C/ O CRESCIMENTO FETAL - MAC /MED	103	R\$ 7.696,63	R\$ 792.752,89
303160063	TRATAMENTO DE TRANSTORNOS RESPIRATORIOS E CARDIOVASCULARES ESPECIFICOS DO PERIODO NEONATAL - MAC /MED	55	R\$ 482,45	R\$ 26.534,75
305020013	TRATAMENTO DA PIELONEFRITE - MAC /MED	45	R\$ 251,75	R\$ 11.328,75
308030028	TRATAMENTO DE EFEITOS DE OUTRAS CAUSAS EXTERNAS - MAC /MED	5	R\$ 154,44	R\$ 772,20
308040015	TRATAMENTO DE COMPLICACOES DE PROCEDIMENTOS CIRURGICOS OU CLINICOS - MAC /MED	18	R\$ 199,33	R\$ 3.587,94
310010039	PARTO NORMAL - MAC /MED	935	R\$ 620,84	R\$ 580.485,40
310010047	PARTO NORMAL EM GESTACAO DE ALTO RISCO - MAC /MED	200	R\$ 725,39	R\$ 145.078,00

*(Handwritten mark)*





401020045	EXCISAO E ENXERTO DE PELE (HEMANGIOMA, NEVUS OU TUMOR) - MAC /MED	2	R\$ 376,87	R\$ 753,74
401020070	EXERESE DE CISTO DERMOIDE - MAC /MED	4	R\$ 153,75	R\$ 615,00
401020088	EXERESE DE CISTO SACRO-COCCIGEO - MAC /MED	4	R\$ 183,84	R\$ 735,36
401020096	EXERESE DE CISTO TIREOGLOSSO - MAC /MED	8	R\$ 480,06	R\$ 3.840,48
401020100	EXTIRPACAOE SUPRESSAO DE LESAO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTANEO - MAC /MED	8	R\$ 158,11	R\$ 1.264,88
404010121	EXERESE DE TUMOR DE VIAS AEREAS SUPERIORES, FACE E PESCOCO - MAC /MED	3	R\$ 358,58	R\$ 1.075,74
406020213	LINFADENECTOMIA RADICAL AXILAR BILATERAL - MAC /MED	3	R\$ 587,92	R\$ 1.763,76
407020039	APENDICECTOMIA - MAC /MED	45	R\$ 429,12	R\$ 19.310,40
407020071	COLECTOMIA TOTAL - MAC /MED	5	R\$ 1.403,91	R\$ 7.019,55
407020101	COLOSTOMIA - MAC /MED	5	R\$ 1.334,25	R\$ 6.671,25
407040064	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA - MAC /MED	5	R\$ 559,87	R\$ 2.799,35
407040102	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL) - MAC /MED	5	R\$ 495,66	R\$ 2.478,30
407040161	LAPAROTOMIA EXPLORADORA - MAC /MED	55	R\$ 702,54	R\$ 38.639,70
407040188	LIBERACAO DE ADERENCIAS INTESTINAIS - MAC /MED	3	R\$ 829,06	R\$ 2.487,18
408050012	AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE MEMBROS INFERIORES - MAC /MED	3	R\$ 892,74	R\$ 2.678,22
408060042	AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE DEDO - MAC /MED	3	R\$ 699,11	R\$ 2.097,33
409060216	OOFORRECTOMIA / OOFOROPLASTIA - MAC /MED	15	R\$ 509,86	R\$ 7.647,90
409040088	EXERESE DE LESAO DO CORDAO ESPERMATICO	6	R\$ 110,05	R\$ 660,30
409060127	HISTERECTOMIA SUBTOTAL - MAC /MED	15	R\$ 546,04	R\$ 8.190,60
409060135	HISTERECTOMIA TOTAL - MAC /MED	10	R\$ 634,03	R\$ 6.340,30
409060232	SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL - MAC /MED	15	R\$ 465,59	R\$ 6.983,85
410010014	DRENAGEM DE ABSCESSO DE MAMA - MAC /MED	9	R\$ 171,51	R\$ 1.543,59
411010018	DESCOLAMENTO MANUAL DE PLACENTA - MAC /MED	8	R\$ 157,81	R\$ 1.262,48
411010026	PARTO CESARIANO EM GESTACAO DE ALTO RISCO - MAC /MED	260	R\$ 1.132,47	R\$ 294.442,20
411010034	PARTO CESARIANO - MAC /MED	528	R\$ 793,37	R\$ 418.899,36
411020013	CURETAGEM POS-ABORTAMENTO / PUERPERAL - MAC /MED	192	R\$ 189,33	R\$ 36.351,36
412010119	TRAQUEORRAFIA E/OU FECHAMENTO DE FISTULA TRAQUEO-CUTANEA - MAC /MED	2	R\$ 516,22	R\$ 1.032,44
412040115	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA PAREDE TORACICA - MAC /MED	2	R\$ 582,72	R\$ 1.165,44
413040151	TRANSFERENCIA INTERMEDIARIA DE RETALHO - MAC /MED	2	R\$ 413,45	R\$ 826,90
412040166	TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA - MAC /MED	31	R\$ 874,80	R\$ 27.118,80



413040178	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTANEA - MAC /MED	4	R\$ 764,82	R\$ 3.059,28
415040027	DEBRIDAMENTO DE FASCEITE NECROTIZANTE - MAC /MED	40	R\$ 533,81	R\$ 21.352,40
			<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 2.994.651,52</b>

Valor global estimado para 12(doze) meses para o lote 33 é de R\$ 35.935.818,24 (TRINTA E CINCO MILHÕES, NOVECENTOS E TRINTA E CINCO MIL, SEISCENTOS E CINQUENTA E UM REAIS E CINQUENTA E DOIS CENTAVOS DOIS MILHÕES, NOVECENTOS E NOVENTA E QUATRO MIL, SEISCENTOS E CINQUENTA E UM REAIS E CINQUENTA E DOIS CENTAVOS.)

**VALOR ESTIMADO PARA TODOS OS LOTES É DE R\$ 51.377.199,44 (CINQUENTA E UM MILHÕES, TREZENTOS E SETENTA E SETE MIL, CENTO E NOVENTA E NOVE REAIS E QUARENTA E QUATRO CENTAVOS)**

## 5. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

5.1. Poderão participar do credenciamento apenas pessoas jurídicas que atenderem aos procedimentos contidos no Edital e anexos, inclusive este estudo e o termo de referência, que tenha seu objeto contratual compatível com o que se almeja contratar no presente processo, desde que atendidos os requisitos de habilitação.

### 5.2. Critérios para Credenciamento em Exames de Imagem e Diagnósticos, Tratamentos Ambulatoriais (Lotes 01 a 11), requisitos gerais:

5.2.01. Pessoa jurídica: Regularmente constituída e em pleno funcionamento.

5.2.02. Objeto compatível: Conforme descrito no Edital e anexos.

5.2.03. Regularidade fiscal: Certidões negativas de débitos junto à Fazenda Nacional, Estadual e Municipal.

5.2.04. Regularidade trabalhista: Certidão negativa de débitos trabalhistas emitida pelo Tribunal Superior do Trabalho (TST).

5.2.05. Regularidade civil: Certidão negativa de falência e concordata emitida pelo Tribunal de Justiça.

5.2.06. Capacidade técnica: Comprovação de experiência na realização de exames de imagem e diagnósticos, ou na realização de tratamentos ambulatoriais, conforme o lote de interesse.

5.2.07. Capacidade operacional: Comprovação de equipe qualificada e estrutura física adequada para a realização dos serviços.

5.2.08. Capacidade financeira: Comprovação de capital de giro e de capacidade de investimento.

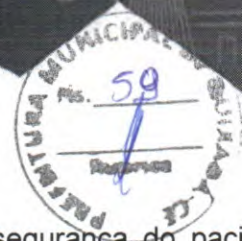
### 5.3. Critérios Específicos Exames de Imagem e Diagnósticos:

5.3.01. Equipamentos: Possuir equipamentos modernos e em bom estado de funcionamento, de acordo com as normas da ANVISA.

5.3.02. Profissionais: Possuir equipe de profissionais qualificados e com experiência na realização dos exames, incluindo médicos radiologistas, técnicos em radiologia e outros profissionais de saúde.

5.3.03. Laudos: Emitir laudos técnicos com qualidade e dentro do prazo estabelecido.

5.3.04. Controle de qualidade: Possuir sistema de controle de qualidade para garantir a qualidade dos serviços prestados.



**5.3.05.** Segurança do paciente: Adotar medidas para garantir a segurança do paciente durante a realização dos exames.

**5.4. Critérios Específicos para Tratamentos Ambulatoriais:**

**5.4.01.** Especialidades: Possuir equipe de profissionais qualificados em diferentes especialidades médicas, de acordo com os tratamentos ambulatoriais a serem ofertados.

**5.4.02.** Infraestrutura: Possuir estrutura física adequada para a realização dos tratamentos, incluindo consultórios, salas de procedimentos e outros ambientes necessários.

**5.4.03.** Equipamentos: Possuir equipamentos modernos e em bom estado de funcionamento, de acordo com as normas da ANVISA.

**5.4.04.** Medicamentos: Disponibilizar os medicamentos necessários para os tratamentos.

**5.4.05.** Prontuários eletrônicos: Utilizar sistema de prontuários eletrônicos para registrar o atendimento aos pacientes.

**5.4.06.** Atendimento humanizado: Oferecer atendimento humanizado e de qualidade aos pacientes.

**5.5. Documentação:**

**5.5.01.** Certidão de Registro na Junta Comercial.

**5.5.02.** Certidões Negativas de Débitos.

**5.5.03.** Certidão Negativa de Falência e Concordata.

**5.5.04.** Comprovação de Capacidade Técnica.

**5.5.05.** Comprovação de Capacidade Operacional.

**5.5.06.** Comprovação de Capacidade Financeira.

**5.5.07.** Declaração de Conformidade com o Edital.

**5.5.08.** Outros documentos exigidos no Edital.

**5.6. Critérios para Credenciamento em Métodos Diagnósticos por Especialidades Clínicas (Lotes 12 a 20), requisitos gerais:**

**5.6.01.** Pessoa jurídica: Regularmente constituída e em pleno funcionamento.

**5.6.02.** Objeto compatível: Conforme descrito no Edital e anexos.

**5.6.03.** Regularidade fiscal: Certidões negativas de débitos junto à Fazenda Nacional, Estadual e Municipal.

**5.6.04.** Regularidade trabalhista: Certidão negativa de débitos trabalhistas emitida pelo Tribunal Superior do Trabalho (TST).

**5.6.05.** Regularidade civil: Certidão negativa de falência e concordata emitida pelo Tribunal de Justiça.

**5.6.06.** Capacidade técnica: Comprovação de experiência na realização de métodos diagnósticos por especialidades clínicas, conforme o lote de interesse.

**5.6.07.** Capacidade operacional: Comprovação de equipe qualificada e estrutura física adequada para a realização dos serviços.

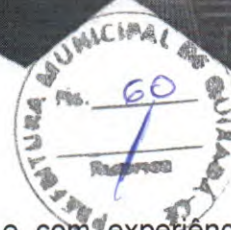
**5.6.08.** Capacidade financeira: Comprovação de capital de giro e de capacidade de investimento.

**5.7. Critérios Específicos (Métodos Diagnósticos por Especialidades clínicas):**

**5.7.01.** Especialidades: Possuir equipe de profissionais qualificados em diferentes especialidades médicas, de acordo com os métodos diagnósticos a serem ofertados.

**5.7.02.** Infraestrutura: Possuir estrutura física adequada para a realização dos métodos diagnósticos, incluindo consultórios, salas de procedimentos e outros ambientes necessários.

**5.7.03.** Equipamentos: Possuir equipamentos modernos e em bom estado de funcionamento, de acordo com as normas da ANVISA.



**5.7.04.** Profissionais: Possuir equipe de profissionais qualificados e com experiência na realização dos métodos diagnósticos, incluindo médicos especialistas, técnicos em saúde e outros profissionais de saúde.

**5.7.05.** Laudos: Emitir laudos técnicos com qualidade e dentro do prazo estabelecido.

**5.7.06.** Controle de qualidade: Possuir sistema de controle de qualidade para garantir a qualidade dos serviços prestados.

**5.7.07.** Segurança do paciente: Adotar medidas para garantir a segurança do paciente durante a realização dos métodos diagnósticos.

**5.8. Documentação:**

**5.8.01.** Certidão de Registro na Junta Comercial.

**5.8.02.** Certidões Negativas de Débitos.

**5.8.03.** Certidão Negativa de Falência e Concordata.

**5.8.04.** Comprovação de Capacidade Técnica.

**5.8.05.** Comprovação de Capacidade Operacional.

**5.8.06.** Comprovação de Capacidade Financeira.

**5.8.07.** Declaração de Conformidade com o Edital.

**5.8.08.** Outros documentos exigidos no Edital.

**5.9. Critérios para Credenciamento em Procedimentos Clínicos Ambulatoriais por Especialidade (Lotes 21 a 27), requisitos gerais:**

**5.9.01.** Pessoa jurídica: Regularmente constituída e em pleno funcionamento.

**5.9.02.** Objeto compatível: Conforme descrito no Edital e anexos.

**5.9.03.** Regularidade fiscal: Certidões negativas de débitos junto à Fazenda Nacional, Estadual e Municipal.

**5.9.04.** Regularidade trabalhista: Certidão negativa de débitos trabalhistas emitida pelo Tribunal Superior do Trabalho (TST).

**5.9.05.** Regularidade civil: Certidão negativa de falência e concordata emitida pelo Tribunal de Justiça.

**5.9.06.** Capacidade técnica: Comprovação de experiência na realização de procedimentos clínicos ambulatoriais na especialidade de interesse, conforme o lote de interesse.

**5.9.07.** Capacidade operacional: Comprovação de equipe qualificada e estrutura física adequada para a realização dos serviços.

**5.9.08.** Capacidade financeira: Comprovação de capital de giro e de capacidade de investimento.

**5.10. Critérios Específicos para Credenciamento em Procedimentos Clínicos Ambulatoriais por Especialidade:**

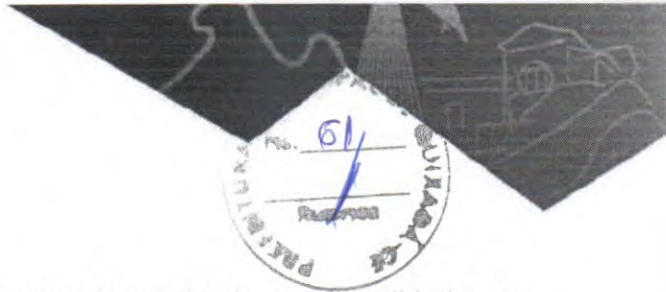
**5.10.01.** Especialidades: Possuir equipe de profissionais qualificados em diferentes especialidades médicas, de acordo com os procedimentos clínicos ambulatoriais a serem ofertados.

**5.10.02.** Infraestrutura: Possuir estrutura física adequada para a realização dos procedimentos, incluindo consultórios, salas de procedimentos e outros ambientes necessários.

**5.10.03.** Equipamentos: Possuir equipamentos modernos e em bom estado de funcionamento, de acordo com as normas da ANVISA.

**5.10.04.** Materiais: Disponibilizar os materiais necessários para os procedimentos.

**5.10.05.** Prontuários eletrônicos: Utilizar sistema de prontuários eletrônicos para registrar o atendimento aos pacientes.



**5.10.06.** Atendimento humanizado: Oferecer atendimento humanizado e de qualidade aos pacientes.

**5.11. Especialidades:**

**5.11.01.** Cardiologia: Eletrocardiograma, teste ergométrico, ecocardiograma, Holter 24 horas, MAPA.

**5.11.02.** Dermatologia: Exames dermatológicos, biópsias de pele, crioterapia, eletrocauterização.

**5.11.03.** Endocrinologia: Acompanhamento de pacientes com diabetes, doenças da tireoide, outras doenças endócrinas.

**5.11.04.** Fonoaudiologia: Avaliação e tratamento de distúrbios da fala, audição, linguagem e deglutição.

**5.11.05.** Gastroenterologia: Endoscopia digestiva alta e baixa, colonoscopia, ultrassom abdominal.

**5.11.06.** Ginecologia: Exames ginecológicos, Papanicolau, ultrassom transvaginal, colpocitologia oncótica.

**5.11.07.** Neurologia: Avaliação neurológica, eletroencefalograma, tomografia computadorizada de crânio, ressonância magnética de crânio.

**5.11.08.** Oftalmologia: Exames oftalmológicos, tonometria, retinografia, mapeamento de retina.

**5.11.09.** Otorrinolaringologia: Avaliação otorrinolaringológica, audiometria, nasofibrosopia.

**5.11.10.** Pneumologia: Espirometria, raio-X de tórax, oximetria de pulso.

**5.11.11.** Urologia: Avaliação urológica, urofluxometria, ultrassom de próstata.

**5.12. Documentação:**

**5.12.01.** Certidão de Registro na Junta Comercial.

**5.12.02.** Certidões Negativas de Débitos.

**5.12.03.** Certidão Negativa de Falência e Concordata.

**5.12.04.** Comprovação de Capacidade Técnica.

**5.12.05.** Comprovação de Capacidade Operacional.

**5.12.06.** Comprovação de Capacidade Financeira.

**5.12.07.** Declaração de Conformidade com o Edital.

**5.12.08.** Outros documentos exigidos no Edital

**5.13. Critérios para Credenciamento em Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos por Especialidade (Lotes 28 e 29), requisitos gerais:**

**5.13.01.** Pessoa jurídica: Regularmente constituída e em pleno funcionamento.

**5.13.02.** Objeto compatível: Conforme descrito no Edital e anexos.

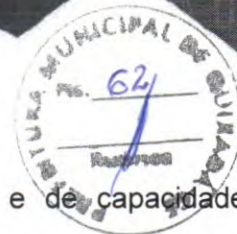
**5.13.03.** Regularidade fiscal: Certidões negativas de débitos junto à Fazenda Nacional, Estadual e Municipal.

**5.13.04.** Regularidade trabalhista: Certidão negativa de débitos trabalhistas emitida pelo Tribunal Superior do Trabalho (TST).

**5.13.05.** Regularidade civil: Certidão negativa de falência e concordata emitida pelo Tribunal de Justiça.

**5.13.06.** Capacidade técnica: Comprovação de experiência na realização de procedimentos ambulatoriais cirúrgicos na especialidade de interesse, conforme o lote de interesse.

**5.13.07.** Capacidade operacional: Comprovação de equipe qualificada e estrutura física adequada para a realização dos serviços.



**5.13.08.** Capacidade financeira: Comprovação de capital de giro e de capacidade de investimento.

**5.14. Critérios Específicos para Credenciamento em Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos por Especialidade:**

**5.14.01.** Especialidades: Possuir equipe de profissionais qualificados em diferentes especialidades médicas, de acordo com os procedimentos ambulatoriais cirúrgicos a serem ofertados.

**5.14.02.** Infraestrutura: Possuir estrutura física adequada para a realização dos procedimentos, incluindo centro cirúrgico, sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), consultórios e outros ambientes necessários.

**5.14.03.** Equipamentos: Possuir equipamentos modernos e em bom estado de funcionamento, de acordo com as normas da ANVISA, incluindo bisturi elétrico, mesa cirúrgica, monitor multiparâmetro, etc.

**5.14.04.** Materiais: Disponibilizar os materiais necessários para os procedimentos, incluindo instrumental cirúrgico, medicamentos e insumos.

**5.14.05.** Prontuários eletrônicos: Utilizar sistema de prontuários eletrônicos para registrar o atendimento aos pacientes.

**5.14.06.** Atendimento humanizado: Oferecer atendimento humanizado e de qualidade aos pacientes.

**5.15. Especialidades:**

**5.15.01.** Cirurgia geral: Cirurgias de hérnia, vesícula biliar, apêndice, etc.

**5.15.02.** Cirurgia plástica: Cirurgias estéticas e reparadoras.

**5.15.03.** Cirurgia vascular: Cirurgias de varizes, aneurismas, etc.

**5.15.04.** Oftalmologia: Cirurgias de catarata, pterígio, glaucoma, etc.

**5.15.05.** Otorrinolaringologia: Cirurgias de amígdalas, desvio de septo, etc.

**5.15.06.** Urologia: Cirurgias de próstata, vasectomia, etc.

**5.16. Documentação:**

**5.16.01.** Certidão de Registro na Junta Comercial.

**5.16.02.** Certidões Negativas de Débitos.

**5.16.03.** Certidão Negativa de Falência e Concordata.

**5.16.04.** Comprovação de Capacidade Técnica.

**5.16.05.** Comprovação de Capacidade Operacional.

**5.16.06.** Comprovação de Capacidade Financeira.

**5.16.07.** Declaração de Conformidade com o Edital.

**5.16.08.** Outros documentos exigidos no Edital.

**5.17. Critérios para Credenciamento em Procedimentos Laboratoriais com Finalidade Diagnóstica (Lotes 30 a 33), requisitos gerais:**

**5.17.01.** Pessoa jurídica: Regularmente constituída e em pleno funcionamento.

**5.17.02.** Objeto compatível: Conforme descrito no Edital e anexos.

**5.17.03.** Regularidade fiscal: Certidões negativas de débitos junto à Fazenda Nacional, Estadual e Municipal.

**5.17.04.** Regularidade trabalhista: Certidão negativa de débitos trabalhistas emitida pelo Tribunal Superior do Trabalho (TST).

**5.17.05.** Regularidade civil: Certidão negativa de falência e concordata emitida pelo Tribunal de Justiça.



**5.17.06.** Capacidade técnica: Comprovação de experiência na realização de exames laboratoriais com finalidade diagnóstica.

**5.17.07.** Capacidade operacional: Comprovação de equipe qualificada e estrutura física adequada para a realização dos serviços.

**5.17.08.** Capacidade financeira: Comprovação de capital de giro e de capacidade de investimento.

**5.18. Critérios Específicos para Credenciamento em Procedimentos Laboratoriais com Finalidade Diagnóstica:**

**5.18.01.** Exames laboratoriais de rotina: Hemograma, urina, fezes, etc.

**5.18.02.** Exames laboratoriais especializados: Bioquímica, hormônios, imunologia, etc.

**5.18.03.** Exames de imagem: Raio-X, tomografia, ultrassonografia, etc.

**5.18.04.** Exames anatomopatológicos: Biópsias, citologias, etc.

**5.18.05.** Outros exames laboratoriais de acordo com a necessidade da Secretaria Municipal de Saúde.

**5.19. Qualificação Técnica:**

**5.19.01.** Profissionais: Possuir equipe de profissionais qualificados e com experiência na realização dos exames, incluindo bioquímicos, farmacêuticos, biomédicos, técnicos em laboratório e outros profissionais de saúde.

**5.19.02.** Equipamentos: Possuir equipamentos modernos e em bom estado de funcionamento, de acordo com as normas da ANVISA.

**5.19.03.** Controle de qualidade: Possuir sistema de controle de qualidade para garantir a qualidade dos serviços prestados.

**5.19.04.** Segurança do paciente: Adotar medidas para garantir a segurança do paciente durante a realização dos exames.

**5.20. Infraestrutura:**

**5.20.01.** Laboratório: Possuir laboratório adequado para a realização dos exames, com espaço físico suficiente, equipamentos modernos e em bom estado de funcionamento, e equipe qualificada.

**5.20.02.** Coleta de material: Possuir local adequado para a coleta de material biológico, com profissionais qualificados e equipamentos adequados.

**5.20.03.** Tecnologia da informação: Utilizar sistema de informação para gerenciar os resultados dos exames e garantir a qualidade dos serviços prestados.

**5.21. Documentação:**

**5.21.01.** Certidão de Registro na Junta Comercial.

**5.21.02.** Certidões Negativas de Débitos.

**5.21.03.** Certidão Negativa de Falência e Concordata.

**5.21.04.** Comprovação de Capacidade Técnica.

**5.21.05.** Comprovação de Capacidade Operacional.

**5.21.06.** Comprovação de Capacidade Financeira.

**5.21.07.** Declaração de Conformidade com o Edital.

**5.21.08.** Outros documentos exigidos no Edital.

**6. DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO LEGAL**



A assistência à saúde é garantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e está insculpida na Constituição Federal, e para isto toda a linha de cuidado deve ser efetiva e eficaz, desde a atenção básica até os procedimentos de alta complexidade, de forma organizada e hierarquizada, com foco na qualidade dos serviços prestados, segundo o grau de complexidade de assistência requerida.

A atenção à saúde deve centrar as diretrizes na qualidade dos serviços prestados aos usuários, com atenção acolhedora, resolutiva e humanizada, com seus recursos humanos e técnicos, oferecendo, segundo o grau de complexidade de assistência requerida e sua capacidade operacional, os serviços de saúde adequados. A execução dos serviços relacionados neste estudo técnico, tem como justificativa e fundamentação legal a estrita observância aos princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e da gestão participativa, que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), conforme previsto na Lei nº 8.080/1990.

A contratação de serviços de saúde se configura como medida crucial para garantir o acesso universal, equitativo e de qualidade à saúde para a população do Município de Quixadá, em consonância com os princípios constitucionais.

## 7. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO

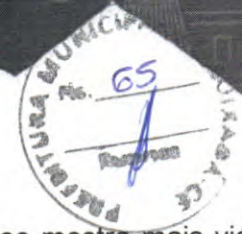
A Secretaria Municipal de Saúde está comprometida em oferecer serviços de saúde de qualidade para todos os cidadãos. Através do credenciamento de diversos serviços, como exames de imagem, diagnósticos, tratamentos ambulatoriais, métodos diagnósticos por especialidades, procedimentos clínicos e cirúrgicos ambulatoriais, e procedimentos laboratoriais, a secretaria busca facilitar o acesso da população à saúde e promover a eficiência e resolutividade do sistema, sendo estes, executados por meio de seguintes pontos fundamentais para a solução da demanda:

- **Ampliação do acesso da população** (Redução do tempo de espera por consultas, exames e procedimentos, descentralização a oferta de serviços, com atendimento em diferentes locais do município, aumento da capilaridade da rede de saúde, com credenciamento de clínicas e profissionais em áreas mais afastadas do centro e o oferecimento de maior variedade de serviços, com credenciamento de especialistas em diversas áreas.
- **Redução dos custos** (Obtenção de melhores preços por meio da negociação direta com os prestadores de serviços, dirimir desperdícios e otimizar recursos públicos e promover a economicidade e a eficiência na gestão dos recursos da saúde.

Assim, os credenciamentos para contratação destes serviços ajudarão a detectar doenças em estágios iniciais, antes que os sintomas se manifestem. Isso permite que o tratamento seja iniciado mais cedo, o que geralmente resulta em melhores resultados e menores custos futuros.

A solução encontrada para a referida demanda é a realização de processo licitatório para credenciamento de empresas para realização os serviços aos municípios de Quixadá.





Este processo licitatório de credenciamento a preço da tabela SUS se mostra mais viável, uma vez que caso haja mais de um prestador credenciado, o paciente tem a oportunidade de Optar pelo estabelecimento em que será realizado os exames, consultas e procedimentos.

Além disso, o pagamento ocorrerá conforme a prestação dos serviços e por valor da tabela SUS, permitindo que todos os prestadores de serviços que satisfaçam determinados requisitos possam se credenciar.

Os contratos oriundo do presente Termo de Referência, terão vigência de 12 meses, a partir da sua assinatura, podendo ser prorrogados sucessivamente, respeitada a vigência máxima decenal, desde que haja previsão em edital e que a autoridade competente ateste que as condições e os preços permanecem vantajosos para a Administração, permitida a negociação com o contratado ou a extinção contratual sem ônus para qualquer das partes, conforme, artigo 107 da Lei Federal nº14.133/2021.

Os serviços deverão ser executados nos estabelecimentos e/ou nos serviços da rede municipal, nos dias e horários indicados pela secretaria solicitante, em estrita conformidade com as legislações pertinentes. Os profissionais deverão ser habilitados e, devidamente, registrados nos conselhos de classe respectivos e competentes, visando a correta realização da prestação dos serviços, nos termos das orientações do município contratante.

## **8. DA FISCALIZAÇÃO CONTRATUAL**

**8.1.** A execução do contrato será avaliada pelos servidores do Sistema Municipal de Auditoria, órgão competente do SUS em âmbito municipal, que será responsável pela fiscalização desse instrumento, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas no contrato, e de quaisquer outros dados necessários à regulação, controle, avaliação, fiscalização e auditoria dos serviços prestados.

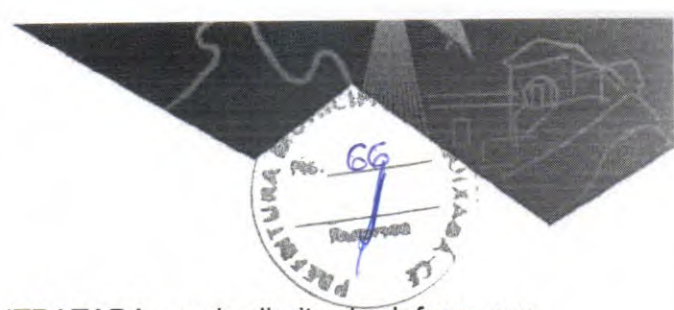
**8.2.** Sob critérios definidos pelo Sistema Municipal de Auditoria, poderá a qualquer tempo ser realizada auditoria junto a CONTRATADA.

**8.3.** Qualquer alteração, ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa da CONTRATADA, poderá ensejar a não prorrogação do termo contratual ou a revisão das condições pactuadas.

**8.4.** A fiscalização exercida pelos servidores do Sistema Municipal de Auditoria sobre os serviços ora contratados, não eximirá a CONTRATADA da sua plena responsabilidade perante a Gestão Municipal do SUS ou para com os pacientes e terceiros, decorrente de culpa ou dolo na execução do contrato.

**8.5.** A CONTRATADA facilitará aos servidores do Sistema Municipal de Auditoria, o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores designados para tal fim.

**8.6.** A CONTRATADA deverá guardar os documentos que comprovem a realização do objeto contratado, pelo período mínimo de 10 (dez) anos.



**8.7.** Em qualquer hipótese é assegurado à CONTRATADA amplo direito de defesa, nos termos das normas gerais da Lei Federal de Licitações e Contratos Administrativos e suas alterações e demais normas aplicáveis.

## **9. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

**9.1.** Manter sempre atualizada e arquivada num prazo mínimo de 10 (dez) anos, a documentação relacionada ao atendimento do paciente (prontuário, requisições e outros documentos comprobatórios de atendimento), que permitam o acompanhamento, controle e supervisão dos serviços.

**9.2.** Manter sempre atualizado o cadastro junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), informando sempre que houver alterações de ordem estrutural e/ou no quadro funcional; bem como manter atualizada a Programação Pactuada Integrada – PPI, de acordo com a capacidade do serviço, em especial as instituições que recebem recursos de referência, alocados pelos municípios;

**9.3.** Entregar a produção ambulatorial na Gerente de Análise, Controle e Avaliação.

**9.4.** A produção ambulatorial via Boletim de Produção Ambulatorial (BPA/BPI), Autorização Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) e/ou AIH deverão ser apresentadas, com fatura nominal e em ordem alfabética, contendo as seguintes informações: nome completo do usuário, procedimento (s) realizado (s), valor unitário do procedimento e valor total da fatura;

**9.5.** A produção ambulatorial deverá estar acompanhada de respectivo relatório impresso.

**9.6.** Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.

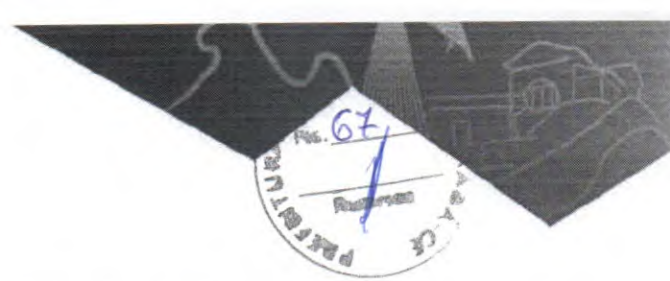
**9.7.** Atender os pacientes com dignidade e respeito e de acordo com o preconizado pelo Sistema Único de Saúde, em especial as diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS.

**9.8.** Manter a qualidade na prestação de serviços.

**9.9.** Justificar ao paciente, ou ao seu responsável, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização do procedimento e/ou de qualquer ato previsto no contrato.

**9.10.** Responsabilidade por todos os gastos relativos aos insumos, que forem necessários para a perfeita execução contratual.

**9.11.** Notificar o setor de convênios e contratos do SUS da SMS, eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança em sua diretoria, contrato ou estatuto, enviando esta documentação ao setor num prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do registro da alteração, cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas.



- 9.12.** Cumprir com todas as obrigações de naturezas fiscais, que incidam ou venham incidir direta ou indiretamente sobre o objeto contratado.
- 9.13.** Manter atualizadas (dentro do prazo de validade) as Certidões Negativas de Débito das esferas Municipal, Estadual e Federal, Certidão Negativa emitida pelo Instituto Nacional da Seguridade Social e Certidão Negativa do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, as quais deverão ser enviadas ao setor de convênios e contratos do SUS, onde ficarão arquivadas.
- 9.14.** Manter atualizado (dentro do prazo de validade), o Alvará Sanitário e Alvará de Funcionamento/Localização, os quais deverão ser enviados as cópias ao setor de convênios e contratos do SUS, onde ficarão arquivadas.
- 9.15.** Nos resultados de exames/procedimentos, deverão constar a seguinte inscrição em destaque: *“Esta conta será paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais, sendo expressamente vedada à cobrança, diretamente do usuário, de qualquer valor, a qualquer título.”*
- 9.16.** Manter placa identificando que a instituição é prestadora de serviços do Sistema Único de Saúde no Município de Quixadá.
- 9.17.** Integrar-se ao Sistema Nacional de Regulação – SISREG/UNISUSWEB, Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) e Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), bem como indicando pelo menos um profissional para ser treinado e apto para a operacionalização desses sistemas, ou outro sistema no qual o município solicite.
- 9.18.** Atender pacientes somente agendados pelo SISREG/UNISUSWEB/FASTMEDIC (Sistema de Regulação do Ministério da Saúde e do Estado), ou outro sistema utilizado pelo Município.
- 9.19.** Observar o encaminhamento e atendimento do usuário, de acordo com as regras de referência e contra referência estabelecidas pela Gestão Municipal do SUS.
- 9.20.** Obedecer aos princípios da universalidade, integralidade e equidade no atendimento dos usuários do SUS.
- 9.21.** Manter as instalações e equipamentos em perfeito estado de conservação, higiene e funcionamento.
- 9.22.** Garantir ao Conselho Municipal de Saúde acesso a instituição para o exercício do seu poder de fiscalização.

## **10. DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA**

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



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

**10.3.** A responsabilidade de que trata esta cláusula estende-se aos casos de danos causados por defeitos relativos à prestação de serviços nos estritos termos do art. 14 da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor).

## **11. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

**11.1.** Exercer atividades de fiscalização sobre o contrato, em especial as de auditoria, mediante procedimentos de supervisão direta e/ou indireta, de acordo com as normas do Sistema Único de Saúde.

**11.2.** Fazer as atualizações de valores dos instrumentos contratuais, mediante termo aditivo de acordo com as alterações de valores impostas pelas habilitações e/ou desabilitações de serviços determinadas pelo Ministério da Saúde.

**11.3.** Efetuar pagamentos mensais à CONTRATADA.

## **12. DOS RECURSOS FINANCEIROS**

**12.1.** A Gestão Municipal do SUS, pagará mensalmente a CONTRATADA, pelos serviços **efetivamente prestados**, a importância correspondente ao número de procedimentos mensais realizados, desde que autorizados e aprovados pelo Gestor, nos termos do contrato e de acordo com os valores constantes na Tabela Unificada do Sistema Único de Saúde, em vigor na data da assinatura deste contrato.

**12.2.** Os valores previstos neste contrato serão repassados à instituição, posteriormente à prestação dos serviços (apresentação da produção), aprovação/processamento e transferência financeira do Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde à Secretaria de Saúde/ Fundo Municipal de Saúde e Fundo Estadual de Saúde à Secretaria de Saúde/Fundo Municipal de Saúde.

**12.3.** Fica estabelecido, de forma criteriosa, que os serviços objeto deste contrato serão remunerados segundo a Tabela Unificada do Sistema Único de Saúde, vedada qualquer taxa ou complemento, sendo que o valor abaixo estimado não caracteriza nenhum tipo de previsão de crédito.

## **13. DA ASSISTÊNCIA FINANCEIRA COMPLEMENTAR REPASSADA PELA UNIÃO FEDERAL**

**13.1.** A assistência financeira complementar repassada pela União Federal ao Município de Quixadá, para pagamento do piso salarial nacional do enfermeiro, do técnico de enfermagem, do auxiliar de enfermagem e da parteira, serão repassados conforme repasses do MINISTÉRIO DA SAÚDE/FNS validado pelo sistema INVESTSUS, em cumprimento às disposições previstas na Lei nº 14.434/2022, na ADIN nº 722/STF e na Lei Municipal nº 3.201 de 06 de setembro de 2023, as quais instituiu a regulamentação financeira do piso salarial da categoria.



**13.2.** Os valores oriundos assistência financeira complementar repassada pela União Federal ao Município de Quixadá, para pagamento do piso salarial nacional do enfermeiro, do técnico de enfermagem, do auxiliar de enfermagem e da parteira, serão depositados em conta bancária no nome da CONTRATADA, para fins de repasse para os profissionais contemplados.

**13.3.** A CONTRATADA deverá garantir os repasses da assistência financeira complementar repassada pela União Federal ao Município de Quixadá, seja efetivada aos profissionais contemplados no prazo máximo de 30(trinta) dias.

**13.4.** Para verificar a execução, avaliação e aferição do cumprimento dos pagamentos realizados aos profissionais contemplados, a CONTRATADA, deverá apresentar, no prazo máximo de 30(trinta) dias, contados da data da realização do depósito realizado pela Secretaria de Saúde, comprovação do pagamento realizado a cada profissional contemplado (conforme repasse mensal), através de comprovante de depósito/transferência, na respectiva conta do titular.

#### **14. DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS**

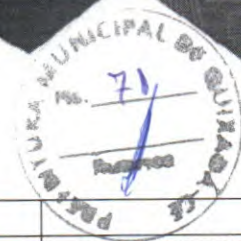
**14.1.** Os recursos orçamentários têm como origem, à transferência Fundo a Fundo pelo Ministério da Saúde, sendo o órgão, interveniente pagador responsável pelo envio de recursos à Secretaria de Saúde/Fundo Municipal de Saúde para o pagamento dos serviços objeto deste contrato, correspondentes aos procedimentos e valores incluídos na Tabela Unificada do Sistema Único de Saúde.

**14.2.** A base para a pactuação dos serviços aqui contratados é o Plano Municipal de Saúde, a Programação Pactuada e Integrada (PPI de Assistência), a série histórica e a Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde.

**14.3.** As despesas dos serviços realizados por força deste contrato correrão no presente exercício 2024, à conta de dotação consignada no orçamento do Fundo Municipal de Saúde, conforme:

<b>DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA</b>	<b>ELEMENTO DE DESPESA</b>	<b>SUBELEMENTO DE DESPESA</b>	<b>FONTE DE RECURSOS</b>
10.301.1001.2.052		3.3.90.36.50	1500100200
10.302.1003.2.054	3.3.90.39.00		
10.302.1003.2.056			
10.302.1003.2.054	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200
10.302.1003.2.056			
10.302.1003.2.054	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200
10.302.1003.2.056			
10.302.1003.2.054	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200
10.302.1003.2.056			
10.302.1003.2.054	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200
10.302.1003.2.056			
10.302.1003.2.054	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200
10.302.1003.2.056			





10.302.1003.2.056	3.3.90.39.00		
10.302.1003.2.054	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200
10.302.1003.2.056			
10.302.1003.2.054	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200
10.302.1003.2.056			

**14.4.** Nos exercícios futuros, as despesas correrão à conta das dotações orçamentários da saúde.

## **15. DO REAJUSTE DO VALOR**

**15.1.** Os valores estipulados na cláusula sétima, serão reajustados conforme reajustes concedidos na Tabela Unificada do Sistema Único de Saúde, garantindo sempre o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, nos termos do art. 26, da Lei 8.080/90 e das normas gerais da Lei Federal de Licitações e Contratos Administrativos e suas alterações.

**Parágrafo único:** Os reajustes dependerão de termo aditivo, sendo, necessário o apostilamento do contrato, com a fundamentação no processo administrativo, das razões, origem e autorização do reajuste, bem como os respectivos cálculos, caso necessário.

## **16. DA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO, FISCALIZAÇÃO E AUDITORIA**

**16.1.** A execução do presente contrato será avaliada pelos servidores do Sistema Municipal de Auditoria, órgão competente do SUS em âmbito municipal, que será responsável pela fiscalização desse instrumento, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste contrato, e de quaisquer outros dados necessários à regulação, controle, avaliação, fiscalização e auditoria dos serviços prestados.

**16.2.** Sob critérios definidos pelo Sistema Municipal de Auditoria, poderá a qualquer tempo ser realizada auditoria junto a CONTRATADA.

**16.3.** Qualquer alteração, ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa da CONTRATADA, poderá ensejar a não prorrogação deste contrato ou a revisão das condições pactuadas.

**16.4.** A fiscalização exercida pelos servidores do Sistema Municipal de Auditoria sobre os serviços ora contratados, não eximirá a CONTRATADA da sua plena responsabilidade perante a Gestão Municipal do SUS ou para com os pacientes e terceiros, decorrente de culpa ou dolo na execução do contrato.

**16.5.** A CONTRATADA facilitará aos servidores do Sistema Municipal de Auditoria, o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores designados para tal fim.

**16.6.** A CONTRATADA deverá guardar os documentos que comprovem a realização do objeto contratado, pelo período mínimo de 10 (dez) anos.

**16.7.** Em qualquer hipótese é assegurado à CONTRATADA amplo direito de defesa, nos termos das normas gerais da Lei Federal de Licitações e Contratos Administrativos e suas alterações e demais normas aplicáveis.



## 17. DAS PENALIDADES

17.1. A inobservância pela CONTRATADA das cláusulas desse instrumento de ajuste, poderá acarretar as seguintes penalidades:

- I – Advertência;
- II – Suspensão temporária dos serviços pactuados até correção do problema;
- III – Multa;
- IV – Suspensão temporária de participação em licitação ou chamada pública e impedimento de contratar com a Administração Pública, nos termos da Lei de Licitações e Contratos Administrativos;
- V – Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, nos termos da Lei de Licitações e Contratos Administrativos;

**Parágrafo Primeiro** - No caso de aplicação da penalidade de multa, fica a CONTRATADA sujeita a multa de 10% (dez por cento) sobre o valor mensal do contrato, por infração de qualquer cláusula ou condição pactuada neste contrato, sem prejuízo das demais penalidades previstas, em especial as contidas na Lei Federal nº.14.133/21 (Lei das Licitações e Contratos Administrativos) e suas alterações, e demais disposições aplicáveis à espécie, assegurado o direito ao contraditório.

**Parágrafo Segundo** - A multa aplicada à CONTRATADA será descontado pela CONTRATANTE dos pagamentos devidos, ficando garantido o pleno direito de defesa no processo.

## 18. DA DENÚNCIA E DA RESCISÃO

18.1. Fica estabelecida a possibilidade de denúncia do ajuste a qualquer tempo, por qualquer dos contratantes, bastando notificar com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

18.2. Constituem motivos para rescisão unilateral contratual, o não cumprimento de quaisquer de suas cláusulas e condições, bem como os motivos previstos na legislação referente a licitações e contratos administrativos, sem prejuízo as demais sanções cabíveis.

18.3. A CONTRATADA reconhece desde já, os direitos da Gestão Municipal do SUS em caso de rescisão administrativa prevista na legislação referente a licitações e contratos administrativos.

18.4. Em caso de rescisão contratual, se a interrupções das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, será observado o prazo de 30 (trinta) dias para ocorrer à rescisão. Se neste prazo a CONTRATADA negligenciar a prestação dos serviços contratados, a multa cabível poderá ser duplicada.





## ANEXO II – REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO

1. **Instituição:**
2. **CNPJ:**
3. **Endereço completo:**
4. **Nome do responsável:**
- 4.1. **Indicar sua posição na instituição:**

- Representante legal  
 Sócio administrador  
 Proprietário (firma individual)  
 Presidente  
 Outro: \_\_\_\_\_

**5. Objeto:** CREDENCIAMENTO DE INSTITUIÇÕES PRIVADAS COM OU SEM FINS LUCRATIVOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, INTERESSADOS EM PRESTAR SERVIÇOS DE FORMA COMPLEMENTAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), NO MUNICÍPIO DE QUIXADÁ-CE, CONFORME EXIGÊNCIAS PREVISTAS NO **EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 10.002/2024/SMS/FMS/SUS**.

**6. Sub-Grupo (s) – Forma (s) de Organização - Procedimento (s):**

Indicar a oferta proposta para procedimentos, devendo relacionar a quantidade/mês disponível, obedecendo a nomenclatura e codificação contidas na Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde.

SUB-GRUPO/F.O PROCEDIMENTO	ESPECIFICAÇÃO	CAPACIDADE OPERACIONAL	PROCEDIMENTO	Nº DE PROCEDIMENTO	CÓDIGO TABELA UNIFICADA DO SUS
-------------------------------	---------------	---------------------------	--------------	-----------------------	-----------------------------------

7. A instituição deverá cumprir todas as exigências previstas na Lei Federal Nº 14.133/21 (Lei de Licitações e Contratos Administrativos), bem como a legislação federal, estadual e municipal no âmbito do Sistema Único de Saúde e demais normas aplicáveis.

8. Os procedimentos previstos no instrumento contratual serão, obrigatoriamente, regulados pela Gestão Municipal/Estadual do Sistema Único de Saúde através do Sistema de Regulação (SISREG/UNISUSWEB/FASTMEDIC).

9. Os pagamentos serão efetuados mediante apresentação de produção, observando o teto financeiro previsto no instrumento contratual.

Quixadá/CE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
Nome do diretor/responsável legal/etc. da instituição  
CPF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ass. do diretor/responsável legal/etc. da instituição



ANEXO III

DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE TÉCNICA PARA CUMPRIMENTO DO OBJETO

A \_\_\_\_\_ instituição  
\_\_\_\_\_, pessoa jurídica de direito privado, \_\_\_\_\_ (com/sem) fins lucrativos, inscrita no CNPJ nº \_\_\_\_\_, com sede na cidade de \_\_\_\_\_, filial na cidade de \_\_\_\_\_, por meio de seu \_\_\_\_\_, **DECLARA, que possui capacidade técnica e física para cumprimento do objeto pactuado nos termos do EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 10.002/2024/SMS/FMS/SUS, que trata do credenciamento de prestadores/instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde, interessados em prestar serviços de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS), no Município de Quixadá - CE**

Quixadá/CE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

Nome do diretor/responsável legal/etc. da instituição

CPF: \_\_\_\_\_

Ass. do diretor/responsável legal/etc. da instituição



ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DOS TERMOS DO EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 10.002/2024/SMS/FMS/SUS

A \_\_\_\_\_ instituição

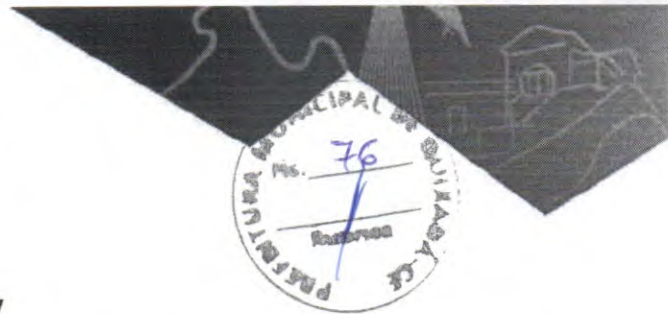
Pessoa jurídica de direito privado, \_\_\_\_\_ (com/sem) fins lucrativos, inscrita no CNPJ nº \_\_\_\_\_, com sede na cidade de \_\_\_\_\_, filial na cidade de \_\_\_\_\_, por meio de seu \_\_\_\_\_, **DECLARA, que possui pleno conhecimento das condições do EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 10.002/2024/SMS/FMS/SUS, que trata do credenciamento de prestadores/instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde, interessados em prestar serviços de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS), no Município de Quixadá - CE,** e assume a responsabilidade pela autenticidade de todos os documentos apresentados, sujeitando-se às penalidades legais previstas na legislação pertinente, bem como a desclassificação da Chamada Pública, e que ainda, fornecerá quaisquer informações à Comissão de Chamada Pública da Secretaria de Saúde do Município de Quixadá-CE.

Quixadá/CE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

Nome do diretor/responsável legal/etc. da instituição

CPF: \_\_\_\_\_

Ass. do diretor/responsável legal etc. da instituição



ANEXO V

DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE VALORES DA TABELA UNIFICADA DO SUS

A \_\_\_\_\_ instituição  
\_\_\_\_\_  
pessoa jurídica de direito privado, \_\_\_\_\_ (com/sem) fins lucrativos, inscrita  
no CNPJ nº \_\_\_\_\_, com sede na cidade de  
\_\_\_\_\_, filial na cidade de \_\_\_\_\_, por meio  
de seu \_\_\_\_\_, com o objetivo  
de participar da **CHAMADA PÚBLICA Nº 10.002/2024/SMS/FMS/SUS**, que trata do  
credenciamento de prestadores/instituições privadas com ou sem fins lucrativos de  
assistência à saúde, interessados em **prestar serviços de forma complementar ao  
Sistema Único de Saúde (SUS), no Município de QUIXADÁ-CE, DECLARA QUE  
ACEITA, os valores dos procedimentos previstos nesta Chamada Pública**,  
estando também ciente de que os reajustes aplicados aos referidos procedimentos,  
obedecerão às determinações e orientações da direção nacional do Sistema Único  
de Saúde, com ressalva para o disposto no Artigo 11 do Decreto Lei nº 6.170/2007.

Quixadá/CE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
Nome do diretor/responsável legal/etc. da instituição

CPF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ass. do diretor/responsável legal/etc. da instituição



**ANEXO VI**

**RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS QUE COMPÕEM A EQUIPE TÉCNICA PARA CUMPRIMENTO DO OBJETO DA CHAMADA PÚBLICA Nº 10.002/2024/SMS/FMS/SUS**

**Instituição:**

**CNPJ:**

**Endereço:**

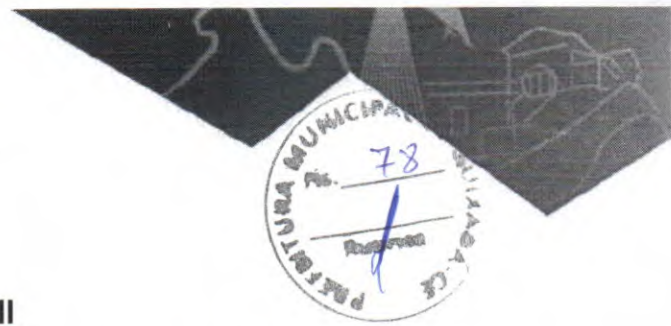
NOME DO PROFISSIONAL	CARGO E/OU FUNÇÃO	CARGA HORÁRIA SEMANAL	Nº DE INSCRIÇÃO NO CONSELHO DE CLASSE
----------------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------------

Quixadá/CE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

Nome do diretor/responsável legal/etc. da instituição

CPF: \_\_\_\_\_

Ass. do diretor/responsável legal/etc. da instituição



ANEXO VII

**DECLARAÇÃO QUE A INSTITUIÇÃO NÃO POSSUI SERVIDOR PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE QUIXADÁ, COMO REPRESENTANTE LEGAL/MEMBRO DA DIRETORIA/SÓCIO ADMINISTRADOR/PROPRIETÁRIO E/OU PRESIDENTE DA INSTITUIÇÃO**

A \_\_\_\_\_ instituição

Pessoa jurídica de direito privado, \_\_\_\_\_ (com/sem) fins lucrativos, inscrita no CNPJ nº \_\_\_\_\_, com sede na cidade de \_\_\_\_\_, filial na cidade de \_\_\_\_\_, por meio de seu \_\_\_\_\_, **DECLARA, que a instituição não possui servidores públicos do Município de Quixadá como representante legal/membro da diretoria/sócio administrador/proprietário e/ou presidente, nos termos do EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 10.002/2024/SMS/FMS/SMA/SUS, que trata do credenciamento de prestadores/instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde, interessados em *prestar serviços de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS), no Município de Quixadá.***

Município de Quixadá, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

Nome do diretor/responsável legal/etc. da instituição

CPF: \_\_\_\_\_

Ass. do diretor/responsável legal/etc. da instituição



## ANEXO VIII

### MINUTA DO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE SAÚDE PARA O SUS NO MUNICÍPIO DE QUIXADÁ

CONTRATO N° .....  
/2024/SMS/FMS/SUS  
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS  
COMPLEMENTARES DE SAÚDE  
PARA O SUS NO MUNICÍPIO DE  
QUIXADÁ.

Contrato que entre si celebram o **Município de Quixadá**, através da **Secretaria Municipal de Saúde - SMS/Fundo Municipal de Saúde - FMS**, inscrita no CNPJ n° ....., neste ato representada pelo Secretário (a) Municipal de Saúde, ....., brasileira, casada, ....., residente em ..... domiciliada na Rua ....., n° ....., Bairro ....., na cidade de Juazeiro do Norte-CE, inscrito no CPF/MF sob n° ....., portador (a) da Cédula de Identidade n° .....

– SSP/SC, doravante denominada simplesmente **CONTRATANTE**, e a ....., pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ n° ....., estabelecida na Rua ....., n° ....., Bairro ....., na cidade de Quixadá-CE, doravante denominada **CONTRATADA**, representada neste ato pelo (a) ....., diretor(a) sócio (a) desta instituição, brasileiro (a) casado (a), residente e domiciliado(a) na Rua ....., n° ....., Bairro ....., na cidade de Quixadá-CE, inscrito no CPF/MF sob n° ....., portador(a) da Cédula de Identidade n° ..... expedida pela Secretaria de Estado da Segurança Pública, tendo em vista o disposto na Lei n° 8.080/90, Lei n° 8.142/90 e pelas normas gerais de Licitações e Contratos Administrativos, Lei Federal n° 14.133/21, e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, celebram o presente contrato prestação de serviços complementares de saúde para o Sistema Único de Saúde em Quixadá, nos termos que seguem abaixo:

#### CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

I - O presente contrato tem por objeto a execução de serviços referentes ao (s) Sub-Grupo(s)/Forma(s) de Organização/Procedimentos \_\_\_\_\_ da **Tabela Unificada do Sistema Único de Saúde, nos termos do Edital de Chamada Pública n° 10.002/2024 SMS/FMS/SUS**, a serem prestados pela CONTRATADA aos usuários do SUS Município de Quixadá, dentro das condições qualitativas e quantitativas fixadas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

II - Mediante Termo Aditivo, e de acordo com a capacidade operacional da **CONTRATADA** e as necessidades da Gestão Municipal do SUS, este instrumento poderá sofrer acréscimos de até 25% (vinte e cinco por cento), nos valores limites deste contrato, durante o período da sua vigência.



III - A regulação e autorização dos serviços pactuados nesse contrato, será da Gerente de Análise, Controle e Avaliação, sendo que a fiscalização da correta execução desse instrumento, será dos servidores do Sistema Municipal de Auditoria.

**Parágrafo único:** Nenhum limite ou supressão poderá exceder ao limite acima descrito, salvo as supressões resultantes de acordo entre as partes.

### **CLÁUSULA SEGUNDA: DA EXECUÇÃO DO SERVIÇO**

I – Os serviços contratados estão referidos a uma base territorial populacional conforme Plano de Saúde do Município e a Programação Pactuada e Integrada, e serão ofertados com base em indicações técnicas, planejamento da saúde, necessidades de demanda e a disponibilidade de recursos financeiros.

II – Os serviços referidos na Cláusula Primeira serão executados no seguinte **endereço:**

III - Os serviços objeto deste instrumento contratual **começarão a ser executados pela instituição, a partir de ..... de ..... de 2024.**

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

V - A CONTRATADA responsabilizar-se-á por qualquer cobrança indevida, feita ao paciente ou seu representante, por profissional empregado ou preposto em razão da execução deste contrato.

VI - Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidos pela Gestão Municipal do SUS sobre a execução do objeto desse contrato, os CONTRATANTES reconhecem a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS, decorrente da Lei Orgânica da Saúde.

VII - A CONTRATADA fica exonerada da responsabilidade pelo não atendimento do paciente amparado pelo SUS, na hipótese de atraso superior a 90 (noventa dias), no pagamento devido pelo poder público, **ressalvadas** as situações de calamidade pública ou grave ameaça da ordem interna ou as situações de urgência e emergência.

VIII - Qualquer alteração que importe na modificação e incida sobre a diminuição da capacidade operativa da CONTRATADA, ensejará a rescisão das condições pactuadas.

### **CLÁUSULA TERCEIRA: DO PRAZO**

I - A vigência do presente contrato/convenio é até 31 de dezembro de 2024, contados da datada sua assinatura.

II – A continuação da prestação de serviços nos exercícios financeiros subsequentes, respeitado o prazo de vigência do contrato/convenio, fica condicionada novo credenciamento.

III – A publicação resumida do termo de contrato no Jornal Oficial do Município, é condição para a sua eficácia, devendo ser realizada de acordo com a Lei Federal nº 14.133/21 (Lei de Licitações e Contratos Administrativos).





#### **CLÁUSULA QUARTA: DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

I – Manter sempre atualizada e arquivada num prazo mínimo de 10 (dez) anos, a documentação relacionada ao atendimento do paciente (prontuário, requisições e outros documentos comprobatórios de atendimento), que permitam o acompanhamento, controle e supervisão dos serviços.

II – **Manter sempre atualizado o cadastro junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**, informando sempre que houver alterações de ordem estrutural e/ou no quadro funcional; **bem como manter atualizada a Programação Pactuada Integrada – PPI**, de acordo com a capacidade do serviço, em especial as instituições que recebem recursos de referência, alocados pelos municípios;

III – Entregar a produção ambulatorial na Gerente de Análise, Controle e Avaliação.

IV - A produção ambulatorial via Boletim de Produção Ambulatorial (BPA/BPI), Autorização Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) e/ou AIH deverão ser apresentadas, com fatura nominal e em ordem alfabética, contendo as seguintes informações: nome completo do usuário, procedimento (s) realizado (s), valor unitário do procedimento e valor total da fatura;

V - A produção ambulatorial deverá estar acompanhada de respectivo relatório impresso.

VI - Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.

VII – Atender os pacientes com dignidade e respeito e de acordo com o preconizado pelo Sistema Único de Saúde, em especial as diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS.

VIII – Manter a qualidade na prestação de serviços.

IX – Justificar ao paciente, ou ao seu responsável, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização do procedimento e/ou de qualquer ato previsto no contrato.

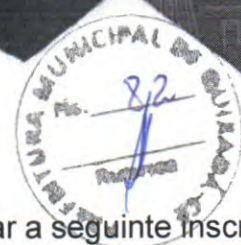
X – Responsabilidade por todos os gastos relativos aos insumos, que forem necessários para a perfeita execução do presente contrato.

XI – Notificar o setor de convênios e contratos do SUS da SMS, eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança em sua diretoria, contrato ou estatuto, enviando esta documentação ao setor num prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do registro da alteração, cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas.

XII – Cumprir com todas as obrigações de naturezas fiscais, que incidam ou venham incidir direta ou indiretamente sobre o objeto contratado.

XIII – Manter atualizadas (dentro do prazo de validade) as Certidões Negativas de Débito das esferas Municipal, Estadual e Federal, Certidão Negativa emitida pelo Instituto Nacional da Seguridade Social e Certidão Negativa do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, as quais deverão ser enviadas ao setor de convênios e contratos do SUS, onde ficarão arquivadas.

XIV – Manter atualizado (dentro do prazo de validade), o Alvará Sanitário e Alvará de Funcionamento/Localização, os quais deverão ser enviados as cópias ao setor de convênios e contratos do SUS, onde ficarão arquivadas.



XV - Nos resultados de exames/procedimentos, deverão constar a seguinte inscrição em destaque: **“Esta conta será paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais, sendo expressamente vedada à cobrança, diretamente do usuário, de qualquer valor, a qualquer título.”**

XVI – Manter placa identificando que a instituição é prestadora de serviços do Sistema Único de Saúde no Município de Quixadá.

XVII - Integrar-se ao Sistema Nacional de Regulação – SISREG/UNISUSWEB, Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) e Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), bem como indicando pelo menos um profissional para ser treinado e apto para a operacionalização desses sistemas, ou outro sistema no qual o município solicite.

XVIII - Atender pacientes somente agendados pelo SISREG/UNISUSWEB/FASTMEDIC (Sistema de Regulação do Ministério da Saúde e do Estado), ou outro sistema utilizado pelo Município.

XIX – Observar o encaminhamento e atendimento do usuário, de acordo com as regras de referência e contra referência estabelecidas pela Gestão Municipal do SUS.

XX – Obedecer aos princípios da universalidade, integralidade e equidade no atendimento dos usuários do SUS.

XXI – Manter as instalações e equipamentos em perfeito estado de conservação, higiene e funcionamento.

XXII – Garantir ao Conselho Municipal de Saúde acesso a instituição para o exercício do seu poder de fiscalização.

#### **CLÁUSULA QUINTA: DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA**

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

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

III – a responsabilidade de que trata esta cláusula estende-se aos casos de danos causados por defeitos relativos à prestação de serviços nos estritos termos do art. 14 da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor).

#### **CLÁUSULA SEXTA: DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

I – Exercer atividades de fiscalização sobre o contrato, em especial as de auditoria, mediante procedimentos de supervisão direta e/ou indireta, de acordo com as normas do Sistema Único de Saúde.

II – Fazer as atualizações de valores dos instrumentos contratuais, mediante termo aditivo de acordo com as alterações de valores impostas pelas habilitações e/ou desabilitações de serviços determinadas pelo Ministério da Saúde.

III – Efetuar pagamentos mensais à CONTRATADA.



#### **CLÁUSULA SÉTIMA: DOS RECURSOS FINANCEIROS**

I – A Gestão Municipal do SUS, pagará mensalmente a CONTRATADA, pelos serviços **efetivamente prestados**, a importância correspondente ao número de procedimentos mensais realizados, desde que autorizados e aprovados pelo Gestor, nos termos do contrato e de acordo com os valores constantes na Tabela Unificada do Sistema Único de Saúde, em vigor na data da assinatura deste contrato.

II – Os valores previstos neste contrato serão repassados à instituição, posteriormente à prestação dos serviços (apresentação da produção), aprovação/processamento e transferência financeira do Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde à Secretaria de Saúde/ Fundo Municipal de Saúde e Fundo Estadual de Saúde à Secretaria de Saúde/Fundo Municipal de Saúde.

III – Fica estabelecido, de forma criteriosa, que os serviços objeto deste contrato serão remunerados segundo a Tabela Unificada do Sistema Único de Saúde, vedada qualquer taxa ou complemento, sendo que o valor abaixo estimado não caracteriza nenhum tipo de previsão de crédito.

III – O valor desse contrato (teto financeiro máximo) será de R\$ .....por mês, totalizando R\$ .....por ano.

#### **CLÁUSULA OITAVA: DA ASSISTÊNCIA FINANCEIRA COMPLEMENTAR REPASSADA PELA UNIÃO FEDERAL**

I – A assistência financeira complementar repassada pela União Federal ao Município de Quixadá, para pagamento do piso salarial nacional do enfermeiro, do técnico de enfermagem, do auxiliar de enfermagem e da parteira, serão repassados conforme repasses do MINISTÉRIO DA SAÚDE/FNS validado pelo sistema INVESTSUS, em cumprimento as disposições previstas na Lei nº 14.434/2022, na ADIN nº 722/STF e na Lei Municipal nº 3.201 de 06 de setembro de 2023, as quais instituiu a regulamentação financeira do piso salarial da categoria.

II – Os valores oriundos assistência financeira complementar repassada pela União Federal ao Município de Quixadá, para pagamento do piso salarial nacional do enfermeiro, do técnico de enfermagem, do auxiliar de enfermagem e da parteira, serão depositados em conta bancária no nome da CONTRATADA, para fins de repasse para os profissionais contemplados.

III – A CONTRATADA deverá garantir os repasses da assistência financeira complementar repassada pela União Federal ao Município de Quixadá, seja efetivada aos profissionais contemplados no prazo máximo de 30(trinta) dias.

IV – Para verificar a execução, avaliação e aferição do cumprimento dos pagamentos realizados aos profissionais contemplados, a CONTRATADA, deverá apresentar, no prazo máximo de 30(trinta) dias, contados da data da realização do depósito realizado pela Secretaria de Saúde, comprovação do pagamento realizado a cada profissional contemplado (conforme repasse mensal), através de comprovante de depósito/transferência, na respectiva conta do titular.

#### **CLÁUSULA NONA – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS**

I – Os recursos orçamentários têm como origem, à transferência Fundo a Fundo pelo Ministério da Saúde, sendo o órgão, interveniente pagador responsável pelo envio de



recursos à Secretaria de Saúde/Fundo Municipal de Saúde para o pagamento dos serviços objeto deste contrato, correspondentes aos procedimentos e valores incluídos na Tabela Unificada do Sistema Único de Saúde.

II – A base para a pactuação dos serviços aqui contratados é o Plano Municipal de Saúde, a Programação Pactuada e Integrada (PPI de Assistência), a série histórica e a Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde.

III - As despesas dos serviços realizados por força deste contrato correrão no presente exercício 2024, à conta de dotação consignada no orçamento do Fundo Municipal de Saúde, conforme Edital:

LOTE	DESCRIÇÃO DO LOTE	DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	ELEMENTO DE DESPESA	SUBELEMENTO DE DESPESA	FONTES DE RECURSOS
01	<b>PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA</b>	10.301.1001.2.052 10.302.1003.2.054 10.302.1003.2.056	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200
02	<b>DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLÓGICA</b>	10.302.1003.2.054 10.302.1003.2.056	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200
03	<b>DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA</b>	10.302.1003.2.054 10.302.1003.2.056	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200
04	<b>DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA</b>	10.302.1003.2.054 10.302.1003.2.056	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200
05	<b>DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA</b>	10.302.1003.2.054 10.302.1003.2.056	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200
06	<b>DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO</b>	10.302.1003.2.054 10.302.1003.2.056	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200
07	<b>DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA</b>	10.302.1003.2.054 10.302.1003.2.056	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200
08	<b>DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA</b>	10.302.1003.2.054 10.302.1003.2.056	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200
09	<b>PROCEDIMENTOS DE COLETA DE MATERIAL COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA</b>	10.302.1003.2.054 10.302.1003.2.056	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200
10	<b>EXAMES DO PRÉ-NATAL COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA</b>	10.301.1001.2.052 10.302.1003.2.056	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200



11	<b>EXAMES DE TRIAGEM NEONATAL COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA</b>	10.301.1001.2.052 10.302.1003.2.056	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200
12	<b>MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM CARDIOLOGIA</b>	10.302.1003.2.054 10.302.1003.2.056	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200
13	<b>MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA</b>	10.302.1003.2.054 10.302.1003.2.056	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200
14	<b>MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM NEUROLOGIA</b>	10.302.1003.2.054 10.302.1003.2.056	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200
15	<b>MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM OFTALMOLOGIA</b>	10.302.1003.2.054 10.302.1003.2.056	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200
16	<b>MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM FONOAUDIOLOGIA</b>	10.302.1003.2.054 10.302.1003.2.056	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200
17	<b>MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM PNEUMOLOGIA</b>	10.302.1003.2.054 10.302.1003.2.056	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200
18	<b>MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM UROLOGIA</b>	10.302.1003.2.054 10.302.1003.2.056	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200
19	<b>PARECERES CLÍNICOS</b>	10.302.1003.2.054 10.302.1003.2.056	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200
20	<b>TRATAMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>	10.302.1003.2.054 10.302.1003.2.056	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200
21	<b>TRATAMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS EM OFTALMOLOGIA</b>	10.302.1003.2.054 10.302.1003.2.056	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200
22	<b>TRATAMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS EM DERMATOLOGIA</b>	10.302.1003.2.054 10.302.1003.2.056	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200
23	<b>TRATAMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS EM NEFROLOGIA</b>	10.302.1003.2.054 10.302.1003.2.056	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200
24	<b>TRATAMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS EM UROLOGIA</b>	10.302.1003.2.054 10.302.1003.2.056	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200
25	<b>TRATAMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS EM GINECOLOGIA</b>	10.302.1003.2.054 10.302.1003.2.056	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200
26	<b>TRATAMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS EM ANGIOLOGIA</b>	10.302.1003.2.054 10.302.1003.2.056	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200



27	<b>PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS CIRÚRGICOS POR ESPECIALIDADE</b>	10.302.1003.2.054 10.302.1003.2.056	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200
28	<b>ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS NÃO RELACIONADOS A CIRURGIAS.</b>	10.302.1003.2.054 10.302.1003.2.056	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200
29	<b>EXAMES LABORATORIAIS PORTÁTEIS</b>	10.301.1001.2.052 10.302.1003.2.054 10.302.1003.2.056	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200
30	<b>PROCEDIMENTOS DE HEMODIÁLISE</b>	10.302.1003.2.056	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200
31	<b>PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS</b>	10.302.1003.2.054 10.302.1003.2.056	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200
32	<b>PROCEDIMENTOS HOSPITALARES</b>	10.302.1003.2.054 10.302.1003.2.056	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200
33	<b>MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA</b>	10.302.1003.2.054 10.302.1003.2.056	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200
34	<b>MÉTODOS DIAGNÓSTICOS NEUROLOGIA</b>	10.302.1003.2.054 10.302.1003.2.056	3.3.90.39.00	3.3.90.36.50	1500100200

IV – Nos exercícios futuros, as despesas correrão à conta das dotações orçamentárias da saúde.

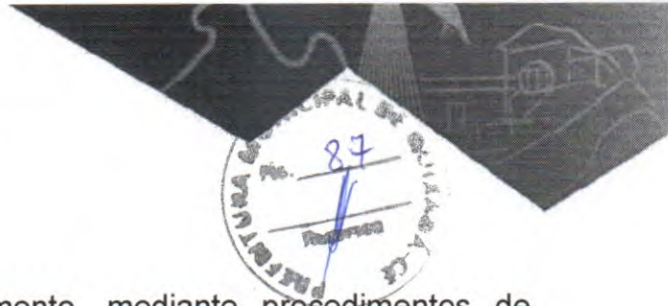
**CLÁUSULA OITAVA: DO REAJUSTE DO VALOR**

I – Os valores estipulados na cláusula sétima, serão reajustados conforme reajustes concedidos na Tabela Unificada do Sistema Único de Saúde, garantindo sempre o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, nos termos do art. 26, da Lei 8.080/90 e das normas gerais da Lei Federal de Licitações e Contratos Administrativos e suas alterações.

**Parágrafo único:** Os reajustes dependerão de termo aditivo, sendo, necessário o apostilamento do contrato, com a fundamentação no processo administrativo, das razões, origem e autorização do reajuste, bem como os respectivos cálculos, caso necessário.

**CLÁUSULA NONA: DA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO, FISCALIZAÇÃO E AUDITORIA**

I - A execução do presente contrato será avaliada pelos servidores do Sistema Municipal de Auditoria, órgão competente do SUS em âmbito municipal, que será



responsável pela fiscalização desse instrumento, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste contrato, e de quaisquer outros dados necessários à regulação, controle, avaliação, fiscalização e auditoria dos serviços prestados.

II – Sob critérios definidos pelo Sistema Municipal de Auditoria, poderá a qualquer tempo ser realizada auditoria junto a CONTRATADA.

III – Qualquer alteração, ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa da CONTRATADA, poderá ensejar a não prorrogação deste contrato ou a revisão das condições pactuadas.

IV – A fiscalização exercida pelos servidores do Sistema Municipal de Auditoria sobre os serviços ora contratados, não eximirá a CONTRATADA da sua plena responsabilidade perante a Gestão Municipal do SUS ou para com os pacientes e terceiros, decorrente de culpa ou dolo na execução do contrato.

V – A CONTRATADA facilitará aos servidores do Sistema Municipal de Auditoria, o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores designados para tal fim.

VII – A CONTRATADA deverá guardar os documentos que comprovem a realização do objeto contratado, pelo período mínimo de 10 (dez) anos.

VIII – Em qualquer hipótese é assegurado à CONTRATADA amplo direito de defesa, nos termos das normas gerais da Lei Federal de Licitações e Contratos Administrativos e suas alterações e demais normas aplicáveis.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA: DAS PENALIDADES**

I – A inobservância pela CONTRATADA das cláusulas desse instrumento de ajuste, poderá acarretar as seguintes penalidades:

I – Advertência;

II – Suspensão temporária dos serviços pactuados até correção do problema;

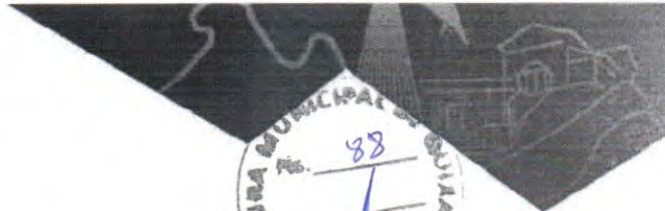
III – Multa;

IV – Suspensão temporária de participação em licitação ou chamada pública e impedimento de contratar com a Administração Pública, nos termos da Lei de Licitações e Contratos Administrativos;

V – Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, nos termos da Lei de Licitações e Contratos Administrativos;

§ 1º - No caso de aplicação da penalidade de multa, fica a CONTRATADA sujeita a multa de 10% (dez por cento) sobre o valor mensal do contrato, por infração de qualquer cláusula ou condição pactuada neste contrato, sem prejuízo das demais penalidades previstas, em especial as contidas na Lei Federal nº.14.133/21 (Lei das Licitações e Contratos Administrativos) e suas alterações, e demais disposições aplicáveis à espécie, assegurado o direito ao contraditório.

§ 2º - A multa aplicada à CONTRATADA será descontado pela CONTRATANTE dos pagamentos devidos, ficando garantido o pleno direito de defesa no processo.



### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: DA DENÚNCIA E DA RESCISÃO**

I – Fica estabelecida a possibilidade de denúncia do ajuste a qualquer tempo, por qualquer dos contratantes, bastando notificar com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

II – Constituem motivos para rescisão unilateral do presente contrato, o não cumprimento de quaisquer de suas cláusulas e condições, bem como os motivos previstos na legislação referente a licitações e contratos administrativos, sem prejuízo as demais sanções cabíveis.

III – A CONTRATADA reconhece desde já, os direitos da Gestão Municipal do SUS em caso de rescisão administrativa prevista na legislação referente a licitações e contratos administrativos.

IV – Em caso de rescisão contratual, se a interrupções das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, será observado o prazo de 30 (trinta) dias para ocorrer à rescisão. Se neste prazo a CONTRATADA negligenciar a prestação dos serviços contratados, a multa cabível poderá ser duplicada.

### **CLAÚSULA DÉCIMA SEGUNDA: DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

I - A Contratualização de um prestador de serviço poderá ser, a qualquer tempo, alterada, suspensa ou cancelada, se o contrato deixar de satisfazer os interesses da Administração Pública Municipal ou as normas do Sistema Único de Saúde.

II - O presente contrato está vinculado às condições previstas no **Edital nº. 10.002/2024 SMS/FMS/SUS**.

III – Aplica-se ao presente Contrato, nas partes omissas, a legislação pertinente em vigor.

IV - As partes elegem o Foro Comarca de Quixadá, para dirimir quaisquer questões oriundas do presente contrato, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja. Por estarem justas e contratadas, as partes, firmam o presente termo em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para que surtam seus efeitos, na presença de duas testemunhas.

Quixadá/CE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

XXXXXXXXXXXX  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CONTRATANTE

XXXXXXXXXXXX  
RAZÃO SOCIAL  
CONTRATADA