Diário Oficial
Municípios de Santa Catarina

Terça-feira, 29 de setembro de 2026 às 13:44, Florianópolis - SC

PUBLICAÇÃO

Nº 8753901: EDITAL DE CREDENCIAMENTO 03.2023 MAC GERAL VERSÃO 08.2026 ATUALIZADO EM 29.09.2026

ENTIDADE

CIS/AMFRI - Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região da Foz do Rio Itajaí

https://diariomunicipal.sc.gov.br/?q=id:8753901

ICP Brasil Assinado Digitalmente por Consórcio de Inovação na Gestão Pública Municipal - CIGA

EDITAL DE CREDENCIAMENTO

Nº 03/2023 - CHAMADA PÚBLICA

ANDRE FILIPE COSTA:13027168916

Assinado de forma digital por ANDRE FILIPE COSTA:13027168916
Dados: 2026.10.07 14:54:18 -03'00'

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região da Foz do Rio do Itajaí – CIS-AMFRI, com sede na Rua Luiz Gonzaga Lopes, 1655 – São Vicente, Itajaí – SC, CEP: 88.309-421, inscrito no CNPJ sob nº 07.510.376/0001-95, através da Comissão Permanente de Licitação, designada pela PORTARIA Nº 15 DE 05 DE DEZEMBRO DE 2022, em conformidade com a Legislação Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, ainda a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Portaria do Ministério da Saúde nº 1.286/93 e Portaria nº 1.034/10 e demais legislações aplicáveis, torna pública a realização de CREDENCIAMENTO DE ENTIDADES PÚBLICAS, FILANTRÓPICAS E/OU PRIVADAS, PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA REALIZAÇÃO DE CONSULTAS E PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA OU CIRÚRGICA, AMBULATORIAL, DE MÉDIA OU ALTA COMPLEXIDADE, CONFORME PROCEDIMENTOS DO SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E OPM DO SUS - SIGTAP, nos termos das condições estabelecidas no presente Edital.

1. DO OBJETO

1.1. Credenciamento de entidades públicas, filantrópicas e/ou privadas para prestação de serviços de saúde para realização de consultas e procedimentos com finalidade diagnóstica ou cirúrgica, ambulatorial, de média ou alta complexidade, conforme procedimentos do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - SIGTAP.

1.2. Os serviços deverão ser prestados em estabelecimentos de saúde de responsabilidade do CREDENCIADO à população dos municípios consorciados ao CIS-AMFRI.

1.3. O Anexo I - Termo de Referência deste edital apresenta a descrição detalhada dos serviços a serem prestados, bem como as demais condições para a sua execução e o valor que o CIS-AMFRI se compromete a pagar por serviço.

2. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

2.1. Poderão credenciar-se todos os interessados, pessoa jurídica, da área da saúde que estejam legalmente estabelecidos para os fins do objeto pleiteado, desde que atendidos os requisitos exigidos neste instrumento de credenciamento.

2.2. Não poderão participar deste Credenciamento:

2.2.1. Os interessados que estejam cumprindo as sanções previstas nos incisos III e IV, do art. 87, da Lei n. º 8.666/93;

2.2.2. Empresas que se encontrem em processo de falência, dissolução, fusão, cisão ou de incorporação, bem como as que se apresentem na forma de empresas em Consórcios;

2.2.3. As instituições cujos proprietários, diretores e sócios pertençam ao quadro de servidores do CIS-AMFRI, ou façam parte da gestão da secretaria de saúde de Municípios Consorciados.

2.3. O presente edital vigerá por 60 (sessenta) meses a partir da sua publicação.

3. DA FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO

3.1. Os interessados poderão ter acesso ao edital através do site oficial do CIS-AMFRI, www.cis-amfri.sc.gov.br ou diretamente no Setor de Licitações e Contratos na sede do Consórcio (endereço no preâmbulo do edital).

3.2. Os interessados poderão inscrever-se para o credenciamento a partir da publicação do presente Edital no Diário Oficial dos Municípios de Santa Catarina, disponível no endereço www.diariomunicipal.sc.gov.br.

3.3. O credenciamento poderá ser requerido durante todo o seu período de vigência, sempre no horário de expediente que é das 08h00 às 12h00 e das 13h30 às 17h00, na sede do CIS-AMFRI, endereço no preâmbulo do edital, mediante o cumprimento dos requisitos relacionados nos itens 04 e 05 deste edital.

3.4. Os interessados deverão preencher a ficha de requerimento de credenciamento, conforme modelo constante no Anexo II deste Edital, que deverá ser entregue juntamente com os documentos listados no item 5 – Dos Documentos de Habilitação.

3.5. Somente serão CREDENCIADAS aquelas que atendam às exigências deste Edital de Chamamento Público.

4. DA APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

4.1. Os interessados deverão apresentar toda a documentação exigida em envelope e devidamente identificado, conforme modelo a seguir, endereçado à Comissão de Licitação do CIS-AMFRI.

DADOS DA PARTE EXTERNA DO ENVELOPE:

Etiqueta:

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DA FOZ DO RIO ITAJAÍ – CIS- AMFRI.
À COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
HABILITAÇÃO PARA CREDENCIAMENTO
Processo nº. 03.2023
Nome da empresa:
CNPJ:
Telefone:
Endereço:

4.2. O envelope HABILITAÇÃO PARA CREDENCIAMENTO – deverá conter os documentos relacionados para habilitação (item 5), em sua via original ou cópia autenticada por cartório competente ou publicação em órgão de imprensa oficial, preferencialmente rubricados e paginados (Exemplo: 1/5, 2/5...5/5) em todas as folhas.

4.3. Quanto às autenticações:

4.3.1. Havendo mais de um documento reproduzido numa mesma folha, para cada documento procede-se à conferência com o original, portanto, a autenticação é individual, gerando a consequência de serem apostas tantas autenticações quantos forem os documentos reprografados. (Provimento nº. 12/92, item 8, da CGJ – Corregedoria-Geral da Justiça).

4.3.2. Serão aceitas somente cópias legíveis;

4.3.3. Quando o certificado/certidão for emitido por sistema eletrônico, poderá ser apresentado no original ou em fotocópia, mas sua aceitação fica condicionada à verificação da autenticidade pela Internet ou junto ao órgão emissor.

4.3.4. Prazo de validade dos documentos:

4.3.5. A documentação exigida deverá ter validade, no mínimo, até a data do protocolo do envelope.

4.3.6. Os documentos que omitirem o prazo de validade serão considerados como válidos pelo período de 90 (noventa) dias.

4.4. Documentos matriz/filial: Os documentos apresentados deverão estar em nome da proponente responsável pelo contrato com o número do CNPJ e endereço respectivo.

4.4.1. Se a proponente responsável pelo contrato for a matriz, todos os documentos deverão estar em nome desta.

4.4.2. Se a proponente responsável pelo contrato for filial, todos os documentos deverão estar em nome desta.

4.4.3. Os documentos que constarem expressamente que são válidos para todos os estabelecimentos, matriz e filiais, serão aceitos pela Comissão independentemente da inscrição do CNPJ da proponente, para efeito de julgamento.

5. DA HABILITAÇÃO

5.1. HABILITAÇÃO JURÍDICA

5.1.1. Registro Comercial, no caso de empresa individual; ou

5.1.2. Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor (com suas devidas alterações), devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedade por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores; ou

5.1.3. Inscrição do Ato Constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício; ou

5.1.4. Decreto de Autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e Ato de Registro ou Autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir.

5.1.5. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ).

5.2. REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA

5.2.1. Certidão de Quitação de Tributos e Contribuições Federais e Certidão Quanto à Dívida Ativa da União - Conjunta; com data de emissão não superior a 180 (cento e oitenta) dias quando não constar expressamente no corpo da Certidão o seu prazo de validade.

5.2.2. Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual com data de emissão não superior a 60 (sessenta) dias, quando não constar expressamente no corpo da mesma o seu prazo de validade.

5.2.3. Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal, com data de emissão não superior a 60 (sessenta) dias, quando não constar expressamente no corpo da mesma o seu prazo de validade.

5.2.4. Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS, demonstrando a situação regular no cumprimento dos encargos instituídos por Lei.

5.2.5. Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), com data de emissão não superior a 180 (cento e oitenta) dias, quando não constar expressamente no corpo da Certidão o seu prazo de validade.

5.2.6. Declaração atestando que atende ao inciso XXXIII, art. 7º da Constituição Federal (proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre aos menores de dezoito e de qualquer trabalho a menores de quatorze anos, salvo condição de aprendiz.

5.3. **QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA**

5.3.1. Certidão Negativa de Falência ou Recuperação Judicial, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, com data de pesquisa não anterior a 60 (sessenta) dias, contados da data fixada para a abertura dos envelopes de "HABILITAÇÃO", ou que até esta data esteja dentro da validade, conforme expressa na própria certidão.

5.4. Caso algum documento constante nos itens anteriores apresente sua validade expirada e possa ser emitido em via eletrônica, fica facultado a comissão a emissão de uma nova certidão.

5.5. **QUALIFICAÇÃO TÉCNICA**

5.5.1. Certificado de Regularidade do Estabelecimento (Registro ou inscrição da pessoa jurídica) junto ao Conselho Regional de Classe (CREMESC, COREN, CREFITO ou outro).

5.5.2. Registro no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, emitido no site http://cnes.datasus.gov.br/.

5.5.3. Alvará Sanitário.

5.5.4. Alvará de Localização.

5.6. **QUALIFICAÇÃO TÉCNICO-PROFISSIONAL**

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

5.6.2. Cópia da Carteira Profissional/ Comprovação da inscrição do Responsável Técnico junto ao Conselho Regional de Classe/SC. Mesmo profissional registrado no documento do item 5.5.1.;

5.6.4. Cópia da Carteira Profissional/ Comprovação da inscrição dos profissionais junto ao Conselho Regional de Classe/SC. Profissionais registrados no documento do item 5.6.1.;

5.6.5. Cópia da Inscrição do RQE – Registro de Qualificação de Especialista para cada especialidade médica do CREMESC, quando for o caso.

5.6.6. Apresentar, no mínimo, 1 (um) Atestado de Capacidade Técnica emitido por pessoa jurídica de direito público ou privado, comprovando a aptidão de atividade anterior, compatível com o objeto da presente chamada;

5.7. **OUTROS DOCUMENTOS:**

5.7.1. Ficha de Requerimento de Credenciamento (ANEXO II);

5.7.2. Declaração de capacidade instalada e disponibilidade para SUS (ANEXO III);

5.7.3. Relação dos Profissionais que compõem a equipe técnica responsáveis pelos atendimentos (ANEXO IV).

5.8. Não havendo concorrência microrregional para algum procedimento descrito neste termo de referência, a Comissão Permanente de Licitações, fica autorizada pela Diretoria Administrativa a iniciar procedimento administrativo, para avaliação da dispensa ou não, da documentação exigida nos itens 5.3 e 5.5, desde que comprovada a falta de interessados em prestar o mesmo serviço. Visando a garantia de atendimento, pela melhor relação custo benefício dos serviços aos municípios consorciados.

6. DA ABERTURA DO ENVELOPE DE HABILITAÇÃO

6.1. O CIS-AMFRI receberá o envelope contendo os documentos e encaminhará à Comissão Permanente de Licitação, que se reunirá para abertura e análise da documentação apresentada, conforme as exigências do item 5 deste edital.

6.3. Ao final da análise da documentação será lavrada Ata circunstanciada, na qual serão registradas as ocorrências relevantes e que, ao final, deverá obrigatoriamente ser assinada pela Comissão Permanente de Licitação.

6.4. Caso a documentação apresentada não esteja em conformidade com as exigências deste Credenciamento, a interessada será notificada, e terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis para regularização, complementação, substituição ou apresentação de nova documentação.

6.5. O prazo para regularização, complementação, substituição ou apresentação de nova documentação poderá ser prorrogado, mediante requerimento da interessada e aceitação do CIS- AMFRI.

6.6. O fato de a interessada NÃO TER SUA DOCUMENTAÇÃO APROVADA, não impede que a mesma apresente a documentação exigida em outra oportunidade, podendo buscar o credenciamento a qualquer tempo, apresentando a documentação exigida neste Credenciamento e passará por nova análise.

6.7. O CIS-AMFRI disponibilizará a relação dos credenciados junto ao site www.cis-amfri.sc.gov.br.

7. DAS CONDIÇÕES PARA CONTRATAÇÃO

7.1. Estando a documentação apresentada em conformidade com as exigências deste Chamamento a interessada será declarada HABILITADA ao Credenciamento.

7.2. O Contrato de Credenciamento, minuta constante no Anexo VI será lavrado em duas vias, que será assinado pelo responsável da interessada e pela Diretora Administrativa do CIS-AMFRI.

7.2.1. uma via fará parte do Processo de Credenciamento;

7.2.2. uma via será entregue ao Credenciado.

8. DO CONTRATO DE CREDENCIAMENTO/VIGÊNCIA

8.1. O credenciamento será formalizado através de Contrato de Prestação de Serviços, conforme minuta do Anexo VI.

8.2. O Contrato tem como quantidade uma estimativa mensal de oferta disponibilizada, que será indicada pelo CREDENCIADO, respeitando o limite financeiro máximo deste Edital. Portanto, trata-se apenas de uma quantidade estimada, não gerando direito ao CREDENCIADO exigir um número mínimo de procedimentos/mês do CIS-AMFRI.

8.3. A demanda de consumo dependerá única e exclusivamente da demanda dos municípios consorciados.

8.3.1. Cabe ao CONSORCIADO a escolha do CREDENCIADO a prestar o serviço.

8.5. O prazo de vigência do Contrato de Credenciamento será de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado mediante aditivo; mantidos os direitos, obrigações e responsabilidades contratuais, sendo que qualquer prorrogação deverá ser no prazo de vigência do respectivo contrato, nos termos do art.57§§ 1º e 2º, da Lei 8.666/93 ou e na legislação vigente.

8.5.1. Na possibilidade de prorrogação, todas as exigências de habilitação serão mantidas

9. DA FORMA DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

9.1. O Credenciado irá atender os usuários oriundos dos Municípios consorciados à Contratante.

9.2. A solicitação da prestação do serviço se dará por contato telefônico ou e-mail pelo município Consorciado ao Credenciado.

9.3. A Guia de Autorização do serviço de saúde será emitida pelo órgão municipal responsável, conforme classificação do paciente na fila de regulação e disponibilidade financeira do município

9.4. Após a aprovação da Guia de Autorização, será agendada a execução do serviço diretamente com o credenciado, que deverá apresentar a disponibilidade de agenda em até 5 (cinco) dias úteis.

9.5. A comprovação da execução dos serviços se dará mediante:

9.5.1. Apresentação do relatório de Guias de Autorização emitida no sistema informatizado do CIS-AMFRI, assinado pelo responsável legal da empresa Credenciada;

9.5.2. Apresentação das Guias de Autorização, produzidas no período, devidamente assinadas pelo paciente e pelo profissional responsável pelo atendimento da empresa Credenciada e pelo profissional autorizador no município;

9.5.3. As Guias de Autorização emitida pelo município, deverá estar acompanhada do Encaminhamento do profissional solicitante;

9.5.4. Os documentos para faturamento, deverão ser encaminhadas ao CIS-AMFRI, após o período de produção (26 à 25 de cada mês de competência), agrupado por município, em ordem alfabética, sempre com a Guia de Autorização do CIS-AMFRI fixada na frente de todos os documentos adicionais, devidamente assinados.

9.6. O CIS-AMFRI utilizará sistema informatizado para controle de Guia de Autorização, autorizações e agendamentos dos serviços de saúde credenciados.

9.7. Toda necessidade de serviços complementares e/ou procedimentos e/ou cirurgias e medicamentos de alto custo, deverá ser encaminhado seguindo o protocolo do SUS, contendo as informações mínimas do paciente.

9.8. O não cumprimento do item 9.8, ensejará em obrigatoriedade de novo atendimento, sem ônus ao Consorciado.

9.9. Após a prestação do serviço, o Credenciado terá 30 dias para faturar a "Guia de Autorização" do serviço executado, diretamente no sistema "on-line" disponibilizado pelo CIS-AMFRI.

9.10. As Guias de Autorização têm validade de 90 (noventa) dias, após este prazo elas são canceladas, não sendo possível faturá-las.

9.11. Os atendimentos realizados não poderão ser referenciados para atendimento de forma particular ou solicitação de complementação de valores para procedimentos e/ou cirurgias.

9.12. Não poderá haver qualquer distinção entre o atendimento destinado aos pacientes do SUS e os demais pacientes atendidos pela CONTRATADA;

9.13. O atendimento prestado deverá ser pautado por protocolos clínicos assistenciais baseados em evidências científicas em saúde e pelas normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e demais gestores do SUS;

9.14. Demais previsões do preço, faturamento e pagamento ocorrerão conforme disposto no item 4 do Anexo I, deste edital.

10. DOS VALORES E PAGAMENTO

10.1. A remuneração pela prestação e/ou fornecimento de serviços será de acordo com a Tabela constante no Anexo I – Termo de Referência do edital, estando inclusos taxas de administração, custos diretos e indiretos, mão-de-obra, impostos, tarifas, encargos, transporte, alimentação, e outros dispêndios necessários para a realização dos serviços

10.1.1. A tabela de valores, constante no Anexo I, poderá ser revista, sempre por interesse dos Secretários Municipais de Saúde, dos municípios consorciados, à quem caberá a decisão sobre valores pagos e reajustes na tabela, com base em Deliberação Colegiada, registrando a fonte dos valores base.

10.1.2. Havendo exclusão, inclusão ou alteração em valor de procedimento já contratado, caberá ao Credenciado a opção da manutenção do contrato de Credenciamento, a partir da emissão de termo aditivo, registrando a alteração.

10.2. É vedado ao credenciado cobrar ou receber qualquer outra importância a título de honorários pelos serviços prestados, seja do CIS-AMFRI, do usuário, paciente ou terceiro.

10.3. Após receber a aprovação do faturamento realizado, o Credenciado poderá encaminhar a nota fiscal para cobrança.

10.4. O pagamento será realizado mensalmente, em até 30 (trinta) dias mediante a entrega da documentação necessária, relacionada no item 9.5, após apuração e comprovação dos serviços que foram prestados, acompanhados da respectiva Nota Fiscal.

10.5. Havendo divergência ou erros entre serviços contratados e os serviços prestados, fica assegurado ao CIS-AMFRI a realização de auditoria para aferição dos serviços executados, devendo o credenciado emitir nota fiscal conforme o valor aferido.

10.6. Em caso de atraso na entrega das informações pelo credenciado, o pagamento será retardado proporcionalmente.

10.7. O CIS-AMFRI fará a retenção de tributos na fonte quando a lei assim o determinar.

10.8 O credenciado deverá apresentar comprovação do recolhimento das obrigações trabalhistas, fiscais e securitárias decorrente da relação de emprego com seus profissionais, relativamente às competências em que prestar serviços.

11. PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

1.1. Os interessados em participar do presente certame, declaram ter ciência dos direitos, obrigações e penalidades aplicáveis constantes na Lei Geral de proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/18) e na cláusula nona da minuta do contrato – Anexo VII.

12. DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

12.1. Ambas as partes devem cumprir as regras deste Edital, e as cláusulas previstas no item 3 do Anexo I – Termo de Referência.

13. DAS PENALIDADES

13.1. Quando o Credenciado não cumprir com as obrigações assumidas ou com os preceitos legais serão aplicadas as seguintes penalidades, cumulativas ou não, conforme o caso:

13.1.1. Advertência;

13.1.2. Multa de 2 % (dois por cento) sobre o valor contratual quando:

a) Os serviços estiverem em desacordo com as especificações contidas no contrato ou em descumprimento com uma das cláusulas;

b) Houver rescisão por culpa ou requerimento da Contratada sem causa justificada ou amparo legal;

c) Os serviços forem descontinuados, interrompidos ou na negativa de agendamento sem justificativa formal prévia;

13.2. Sem prejuízo da multa estabelecida pela Contratante, a Contratada responderá pelas perdas e danos causados, os quais serão mensurados caso a caso.

13.3. Caso a Contratada não venha a recolher a multa devida dentro do prazo determinado, a mesma será descontada do valor das parcelas de pagamento vincendas.

13.4. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a administração, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação, perante o CIS-AMFRI, que ocorrerá sempre que o faltoso ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada.

13.5. Impedimento de participar de licitações e contratar com o CIS-AMFRI e também nos municípios consorciados, por prazo não superior a 2 (dois) anos;

13.6. Além das penalidades citadas, a licitante vencedora ficará sujeita, ainda, ao cancelamento de sua inscrição no cadastro de fornecedores do CIS-AMFRI e, no que couber às demais penalidades referidas no Capítulo IV da Lei 8.666/93.

14. DO DESCREDENCIAMENTO

14.1. Constituem motivo para o descredenciamento:

14.1.1. Deixar de atender a solicitação para prestação do serviço e/ou a atualização dos documentos de habilitação e de regularidade fiscal;

14.1.2. Apuração de fatos supervenientes que importem no comprometimento da capacidade jurídica, técnica e/ou fiscal do Credenciado;

14.1.3. Conduta profissional que fira o padrão ético ou operacional exigido para a prestação dos serviços;

14.1.4. As hipóteses previstas no artigo 78 da Lei n° 8.666/93;

14.1.5. O Credenciado poderá descredenciar-se voluntariamente, mediante requerimento por escrito com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, e desde que não prejudique os serviços já agendados, ou que venham a ser agendados antes de decorrido o prazo de 60 (sessenta) dias. Decorrido o prazo mencionado, será lavrado o termo de descredenciamento e/ou rescisão contratual, quando cessará as obrigações para ambas as partes;

14.1.6. O descredenciamento não exime a aplicação das sanções previstas no artigo 87 da Lei Federal n° 8.666/93, se for o caso.

15. DA SUBCONTRATAÇÃO

15.1. O Contrato de Prestação de Serviços não poderá ser objeto de cessão, transferência, subcontratação no todo ou em parte, não podendo a Contratada se valer deste para vincular terceiros à presente contratação, sob pena de imediata rescisão/descredenciamento e aplicação das penalidades previstas no item 13 (DAS PENALIDADES) do presente instrumento.

16. DAS PUBLICAÇÕES

16.1. As publicações legais decorrentes deste credenciamento, inclusive o extrato do presente Edital, serão realizadas no Diário Oficial dos Municípios de Santa Catarina, disponível no endereço www.diariomunicipal.sc.gov.br, bem como no site oficial do CIS-AMFRI (www.cis-amfri.sc.gov.br).

16.2. A íntegra do Edital, a relação dos serviços de saúde e a relação dos credenciados ficarão à disposição no site do CIS-AMFRI, no endereço www.cis-amfri.sc.gov.br.

17. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

17.1. Estando os prestadores selecionados aptos a contratar com o CIS-AMFRI, será providenciado o processo de Inexigibilidade de Licitação, de acordo com o art. 25 da Lei 8.666/93, tendo em vista que a competição resta fatidicamente impossibilitada, já que é de interesse da coletividade que o maior número possível de empresas preste serviços de procedimentos clínicos, no intuito de ampliar e facilitar o acesso da população.

17.2. Fazem parte do presente Edital:

17.2.1. Anexo I – Termo de Referência;

17.2.2. Anexo II – Modelo de Ficha de Requerimento de Credenciamento;

17.2.3. Anexo III – Declaração de capacidade instalada e disponibilidade ao SUS;

17.2.4. Anexo IV - Declaração de idoneidade, concordância com os termos do Edital e cumprimento do disposto no inciso XXXIII do artigo 7° da Constituição Federal;

17.2.5. Anexo V – Rol Mínimo de Credenciamento

17.2.6. Anexo VI - Relação dos Profissionais que compõem a equipe técnica responsáveis pelos atendimentos;

17.2.6. Anexo VII – Minuta do Contrato de Credenciamento.

17.3. O CIS-AMFRI reserva-se ao direito de, justificadamente, anular ou revogar este Credenciamento, sem que caiba qualquer reclamação ou indenização de qualquer espécie.

17.4. O presente credenciamento não afeta a validade dos contratos firmados com base em Processo de Inexigibilidade anterior, e nem impede a prorrogação ou rescisão daqueles, na forma da lei.

17.5. A participação dos interessados mediante apresentação de habilitação para o credenciamento importará na declaração tácita da ciência e concordância com todos os termos do presente Edital.

17.6. As despesas decorrentes das contratações realizadas a partir deste Edital de credenciamento correrão por conta da dotação orçamentária própria do Orçamento-Programa Anual do CIS-AMFRI (3390 – Manutenção das Atividades de Procedimento Médico Hospitalar).

17.7. O presente credenciamento entrará em vigor a partir da data da sua publicação e tem validade por 60 (sessenta) meses. Os contratos oriundos terão prazo de 12 (doze) meses e poderão ser prorrogados mediante aditivo por até 60 (sessenta) meses.

17.8. Informações a respeito deste processo de credenciamento poderão ser obtidas pelo fone (47) 3404-8000, ou pessoalmente no endereço administrativo do Consórcio, sito a Rua Luiz Gonzaga Lopes, 1655 – São Vicente, Itajaí – SC; 88.309-421, das 08h às 12h e das 13h30 às 17h30, ou ainda, pelo endereço eletrônico: gerencia@cis-amfri.sc.gov.br.

17.9. Os casos omissos neste Edital serão analisados sob os aspectos da Lei nº. 8.666/93 e ou legislação vigente.

Itajaí – Santa Catarina, 20 de maio de 2023.

Élcio Rogério Kuhnen
Presidente do CIS-AMFRI

Mônica Márcia Campos de Menezes Silva
Diretora Administrativa do CIS-AMFRI

EDITAL DE CREDENCIAMENTO

Nº 03/2023 - CHAMADA PÚBLICA

ANEXO I

TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO:

1.1. Este Termo de Referência tem como finalidade atender a demanda da rede básica municipal de saúde dos Municípios Consorciados ao CIS-AMFRI, através de CREDENCIAMENTO DE ENTIDADES PÚBLICAS, FILANTRÓPICAS E/OU PRIVADAS, PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA REALIZAÇÃO DE CONSULTAS E PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNOSTICA OU CIRÚRGICA, AMBULATORIAL, DE MÉDIA OU ALTA COMPLEXIDADE, CONFORME PROCEDIMENTOS DO SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E OPM DO SUS - SIGTAP.

1.2. Credenciamento de entidades públicas, filantrópicas e/ou privadas prestadoras de serviços de saúde aos municípios consorciados ao CIS-AMFRI quais sejam:

1.2.1. Balneário Camboriú
1.2.2. Balneário Piçarras
1.2.3. Bombinhas
1.2.4. Camboriú
1.2.5. Ilhota
1.2.6. Itajaí
1.2.7. Itapema
1.2.8. Luiz Alves
1.2.9. Navegantes
1.2.10. Penha
1.2.11. Porto Belo

1.3. Os serviços deverão ser prestados em estabelecimentos de saúde de responsabilidade do CREDENCIADO, à população dos municípios consorciados ao CIS-AMFRI, conforme tabela abaixo:

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
01.01.02.005	APLICACAO DE CARIOSTATICO (POR DENTE)	0,00	22,10	22,10
01.01.02.006	APLICACAO DE SELANTE (POR DENTE)	0,00	20,40	20,40
02.01.01.002	BIOPSIA / PUNCAO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE	14,10	0,00	14,10
02.01.01.003	BIOPSIA CIRURGICA DE TIREOIDE	0,00	0,00	0,00
02.01.01.004	BIOPSIA DE ANUS E CANAL ANAL	18,46	0,00	18,46

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.01.01.005	BIOPSIA DE BACO POR PUNCAO / ASPIRACAO	0,00	0,00	0,00
02.01.01.006	BIOPSIA DE BEXIGA	41,68	0,00	41,68
02.01.01.007	BIOPSIA DE BOLSA ESCROTAL	18,33	0,00	18,33
02.01.01.008	BIOPSIA DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO	19,06	60,94	80,00
02.01.01.009	BIOPSIA DE CONJUNTIVA	31,10	0,00	31,10
02.01.01.010	BIOPSIA DE CORDAO ESPERMATICO (UNILATERAL)	46,19	0,00	46,19
02.01.01.011	BIOPSIA DE CORNEA	68,62	0,00	68,62
02.01.01.012	BIOPSIA DE CORPO VERTEBRAL A CEU ABERTO	0,00	0,00	0,00
02.01.01.013	BIOPSIA DE CORPO VERTEBRAL LAMINA E PEDICULO VERTEBRAL (POR DISPOSITIVO GUIADO)	0,00	0,00	0,00
02.01.01.014	BIOPSIA DE ENDOCARDIO / MIOCARDIO	0,00	0,00	0,00
02.01.01.015	BIOPSIA DE ENDOMETRIO	18,33	0,00	18,33
02.01.01.016	BIOPSIA DE ENDOMETRIO POR ASPIRACAO MANUAL INTRA-UTERINA	85,69	0,00	85,69
02.01.01.017	BIOPSIA DE EPIDIDIMO	46,19	0,00	46,19
02.01.01.018	BIOPSIA DE ESCLERA	68,62	0,00	68,62
02.01.01.019	BIOPSIA DE FARINGE/LARINGE	19,06	80,94	100,00
02.01.01.020	BIOPSIA DE FIGADO EM CUNHA / FRAGMENTO	197,59	0,00	197,59
02.01.01.021	BIOPSIA DE FIGADO POR PUNCAO (OU CORE BIOPSY)	71,15	328,85	400,00
02.01.01.022	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO	46,19	0,00	46,19
02.01.01.023	BIOPSIA DE GLANDULA SALIVAR	31,27	87,33	118,60
02.01.01.024	BIOPSIA DE IRIS, CORPO CILIAR, RETINA, COROIDE, VITREO E TUMOR INTRA OCULAR	199,21	0,00	199,21
02.01.01.025	BIOPSIA DE LÂMINA PEDICULO E PROCESSOS VERTEBRAIS (A CEU ABERTO)	0,00	0,00	0,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.01.01.026	BIOPSIA DE LESAO DE PARTES MOLES (POR AGULHA / CEU ABERTO)	114,36	0,00	114,36
02.01.01.027	BIOPSIA DE MEDULA OSSEA	200,00	0,00	200,00
02.01.01.028	BIOPSIA DE MUSCULO (A CEU ABERTO)	18,33	0,00	18,33
02.01.01.029	BIOPSIA DE NERVO	30,06	0,00	30,06
02.01.01.030	BIOPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DA CINTURA ESCAPULAR (POR AGULHA / CEU ABERTO)	182,75	0,00	182,75
02.01.01.031	BIOPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DA CINTURA PELVICA (POR AGULHA / CEU ABERTO)	183,39	0,00	183,39
02.01.01.032	BIOPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DE MEMBRO INFERIOR (POR AGULHA / CEU ABERTO)	188,78	0,00	188,78
02.01.01.033	BIOPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DE MEMBRO SUPERIOR (POR AGULHA / CEU ABERTO)	188,26	0,00	188,26
02.01.01.034	BIOPSIA DE OSSO DO CRANIO E DA FACE	23,99	0,00	23,99
02.01.01.035	BIOPSIA DE PALPEBRA	18,33	0,00	18,33
02.01.01.036	BIOPSIA DE PAVILHAO AURICULAR	14,66	30,25	44,91
02.01.01.037	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	25,83	154,17	180,00
02.01.01.038	BIOPSIA DE PENIS	18,33	138,16	156,49
02.01.01.039	BIOPSIA DE PIRAMIDE NASAL	18,33	81,67	100,00
02.01.01.040	BIOPSIA DE PLEURA (POR ASPIRACAO/AGULHA / PLEUROSCOPIA)	113,68	0,00	113,68
02.01.01.041	BIOPSIA DE PROSTATA (OU CORE BIOPSY) DE 12 A 16 FRAGMENTOS (Inclui ultrassonografia transretal de próstata e anestesia local) *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	92,38	957,62	1.050,00
02.01.01.042	BIOPSIA DE PULMAO POR ASPIRACAO	0,00	0,00	0,00
02.01.01.043	BIOPSIA DE RIM POR PUNCAO	46,19	0,00	46,19

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.01.01.044	BIOPSIA DE SEIO PARANASAL	18,33	0,00	18,33
02.01.01.045	BIOPSIA DE SINOVIA	30,06	0,00	30,06
02.01.01.046	BIOPSIA DE TESTICULO	46,19	43,81	90,00
02.01.01.047	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - PAAF	23,73	279,47	303,20
02.01.01.048	BIOPSIA DE URETER	46,19	283,16	329,35
02.01.01.049	BIOPSIA DE URETRA	46,19	171,06	217,25
02.01.01.050	BIOPSIA/PUNCAO DE VAGINA	18,33	0,00	18,33
02.01.01.051	BIOPSIA/PUNCAO DE VULVA	18,33	0,00	18,33
02.01.01.052	BIOPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	21,56	0,00	21,56
02.01.01.053	BIOPSIA ESTEREOTAXICA	1744,53	0,00	1744,53
02.01.01.054	BIOPSIA PERCUTANEA ORIENTADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA / ULTRASSONOGRAFIA / RESSONANCIA MAGNETICA / RAIO X	97,00	177,25	274,25
02.01.01.055	BIOPSIA PRE-ESCALENICA	0,00	0,00	0,00
02.01.01.056	BIOPSIA/EXERESE DE NODULO DE MAMA	70,00	238,75	308,75
02.01.01.058	PUNCAO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA (PAAF)	66,48	333,52	400,00
02.01.01.059	PUNCAO DE CISTERNA SUB-OCCIPITAL	7,04	0,00	7,04
02.01.01.060	PUNCAO DE MAMA POR AGULHA GROSSA (CORE BIOPSY)	140,00	110,00	250,00
02.01.01.061	PUNCAO DE VAGINA	14,10	0,00	14,10
02.01.01.062	PUNCAO EXPLORADORA DO DEFERENTE	14,10	0,00	14,10
02.01.01.063	PUNCAO LOMBAR	7,04	0,00	7,04
02.01.01.064	PUNCAO P/ ESVAZIAMENTO	13,25	0,00	13,25
02.01.01.065	PUNCAO VENTRICULAR TRANSFONTANELA	7,04	0,00	7,04
02.01.01.066	BIOPSIA DO COLO UTERINO	18,33	0,00	18,33

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.01.02.001	COLETA DE LAVADO BRONCO-ALVEOLAR	2,80	0,00	2,80
02.01.02.002	COLETA DE LINFA P/ PESQUISA DE M. LEPRAE	0,00	0,00	0,00
02.01.02.003	COLETA DE MATERIAL P/ EXAME CITOPATOLOGICO DE COLO UTERINO	0,00	0,00	0,00
02.01.02.004	COLETA DE MATERIAL P/ EXAME LABORATORIAL	0,00	0,00	0,00
02.01.02.005	COLETA DE SANGUE P/ TRIAGEM NEONATAL	0,00	0,00	0,00
02.02.01.001	CLEARANCE OSMOLAR	3,51	0,00	3,51
02.02.01.002	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	2,01	0,00	2,01
02.02.01.003	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	15,65	0,00	15,65
02.02.01.004	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	3,63	0,00	3,63
02.02.01.005	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	6,55	0,00	6,55
02.02.01.006	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	3,68	0,00	3,68
02.02.01.007	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	10,00	0,00	10,00
02.02.01.008	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	3,51	0,00	3,51
02.02.01.009	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	3,51	0,00	3,51
02.02.01.010	DOSAGEM DE ACETONA	1,85	0,00	1,85
02.02.01.011	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	2,01	0,00	2,01
02.02.01.012	DOSAGEM DE ACIDO URICO	1,85	0,00	1,85
02.02.01.013	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	9,00	0,00	9,00
02.02.01.014	DOSAGEM DE ALDOLASE	3,68	0,00	3,68
02.02.01.015	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	3,68	0,00	3,68
02.02.01.016	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	3,68	0,00	3,68

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.02.01.017	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	3,68	0,00	3,68
02.02.01.018	DOSAGEM DE AMILASE	2,25	0,00	2,25
02.02.01.019	DOSAGEM DE AMONIA	3,51	0,00	3,51
02.02.01.020	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	2,01	0,00	2,01
02.02.01.021	DOSAGEM DE CALCIO	1,85	0,00	1,85
02.02.01.022	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	3,51	0,00	3,51
02.02.01.023	DOSAGEM DE CAROTENO	2,01	0,00	2,01
02.02.01.024	DOSAGEM DE CATECOLAMINAS	0,00	0,00	0,00
02.02.01.025	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	3,68	0,00	3,68
02.02.01.026	DOSAGEM DE CLORETO	1,85	0,00	1,85
02.02.01.027	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	3,51	0,00	3,51
02.02.01.028	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	3,51	0,00	3,51
02.02.01.029	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	1,85	0,00	1,85
02.02.01.030	DOSAGEM DE COLINESTERASE	3,68	0,00	3,68
02.02.01.031	DOSAGEM DE CREATININA	1,85	0,00	1,85
02.02.01.032	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	3,68	0,00	3,68
02.02.01.033	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	4,12	0,00	4,12
02.02.01.034	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	3,51	0,00	3,51
02.02.01.035	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	3,51	0,00	3,51
02.02.01.036	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	3,68	0,00	3,68
02.02.01.037	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	3,68	0,00	3,68
02.02.01.038	DOSAGEM DE FERRITINA	15,59	0,00	15,59
02.02.01.039	DOSAGEM DE FERRO SERICO	3,51	0,00	3,51
02.02.01.040	DOSAGEM DE FOLATO	15,65	0,00	15,65

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.02.01.041	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	2,01	0,00	2,01
02.02.01.042	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	2,01	0,00	2,01
02.02.01.043	DOSAGEM DE FOSFORO	1,85	0,00	1,85
02.02.01.044	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	2,01	0,00	2,01
02.02.01.045	DOSAGEM DE GALACTOSE	3,51	0,00	3,51
02.02.01.046	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	3,51	0,00	3,51
02.02.01.047	DOSAGEM DE GLICOSE	1,85	0,00	1,85
02.02.01.048	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	3,68	0,00	3,68
02.02.01.049	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	3,68	0,00	3,68
02.02.01.050	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	7,86	0,00	7,86
02.02.01.051	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	3,68	0,00	3,68
02.02.01.052	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	3,51	0,00	3,51
02.02.01.053	DOSAGEM DE LACTATO	3,68	0,00	3,68
02.02.01.054	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	3,51	0,00	3,51
02.02.01.055	DOSAGEM DE LIPASE	2,25	0,00	2,25
02.02.01.056	DOSAGEM DE MAGNESIO	2,01	0,00	2,01
02.02.01.057	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	2,01	0,00	2,01
02.02.01.058	DOSAGEM DE PIRUVATO	3,68	0,00	3,68
02.02.01.060	DOSAGEM DE POTASSIO	1,85	0,00	1,85
02.02.01.061	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	1,40	0,00	1,40
02.02.01.062	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	1,85	0,00	1,85
02.02.01.063	DOSAGEM DE SODIO	1,85	0,00	1,85
02.02.01.064	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	2,01	0,00	2,01
02.02.01.065	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	2,01	0,00	2,01

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.02.01.066	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	4,12	0,00	4,12
02.02.01.067	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	3,51	0,00	3,51
02.02.01.068	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	3,51	0,00	3,51
02.02.01.069	DOSAGEM DE UREIA	1,85	0,00	1,85
02.02.01.070	DOSAGEM DE VITAMINA B12	15,24	0,00	15,24
02.02.01.071	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	3,68	0,00	3,68
02.02.01.072	ELETROFORESE DE PROTEINAS	4,42	0,00	4,42
02.02.01.073	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	15,65	0,00	15,65
02.02.01.074	PROVA DA D-XILOSE	3,68	0,00	3,68
02.02.01.075	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	6,55	0,00	6,55
02.02.01.076	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	15,24	0,00	15,24
02.02.01.077	DETERMINACAO DE CREMATOCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO	1,53	0,00	1,53
02.02.01.078	ACIDEZ TITULAVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)	3,04	0,00	3,04
02.02.02.001	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	6,48	0,00	6,48
02.02.02.002	CONTAGEM DE PLAQUETAS	2,73	0,00	2,73
02.02.02.003	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	2,73	0,00	2,73
02.02.02.004	DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	2,73	0,00	2,73
02.02.02.005	DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	2,73	0,00	2,73
02.02.02.006	DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA	2,73	0,00	2,73
02.02.02.007	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	2,73	0,00	2,73
02.02.02.008	DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	2,73	0,00	2,73
02.02.02.009	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	2,73	0,00	2,73

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.02.02.010	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	9,00	0,00	9,00
02.02.02.011	DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	5,79	0,00	5,79
02.02.02.012	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	2,85	0,00	2,85
02.02.02.013	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	5,77	0,00	5,77
02.02.02.014	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	2,73	0,00	2,73
02.02.02.015	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)	2,73	0,00	2,73
02.02.02.016	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	4,11	0,00	4,11
02.02.02.017	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	6,48	0,00	6,48
02.02.02.018	DOSAGEM DE FATOR II	5,31	0,00	5,31
02.02.02.019	DOSAGEM DE FATOR IX	7,61	0,00	7,61
02.02.02.020	DOSAGEM DE FATOR V	4,73	0,00	4,73
02.02.02.021	DOSAGEM DE FATOR VII	8,09	0,00	8,09
02.02.02.022	DOSAGEM DE FATOR VIII	6,63	0,00	6,63
02.02.02.023	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	15,00	0,00	15,00
02.02.02.024	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	19,91	0,00	19,91
02.02.02.025	DOSAGEM DE FATOR X	6,66	0,00	6,66
02.02.02.026	DOSAGEM DE FATOR XI	9,11	0,00	9,11
02.02.02.027	DOSAGEM DE FATOR XII	10,51	0,00	10,51
02.02.02.027	DOSAGEM DE FATOR XII	10,51	0,00	10,51
02.02.02.028	DOSAGEM DE FATOR XIII	6,66	0,00	6,66
02.02.02.028	DOSAGEM DE FATOR XIII	6,66	0,00	6,66
02.02.02.029	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	4,60	0,00	4,60
02.02.02.030	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	1,53	0,00	1,53
02.02.02.031	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	2,73	0,00	2,73

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.02.02.032	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	2,73	0,00	2,73
02.02.02.033	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	2,73	0,00	2,73
02.02.02.034	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	4,11	0,00	4,11
02.02.02.035	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	5,41	0,00	5,41
02.02.02.036	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	2,73	0,00	2,73
02.02.02.037	HEMATOCRITO	1,53	0,00	1,53
02.02.02.038	HEMOGRAMA COMPLETO	4,11	0,00	4,11
02.02.02.039	LEUCOGRAMA	2,73	0,00	2,73
02.02.02.040	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	25,00	0,00	25,00
02.02.02.041	PESQUISA DE CELULAS LE	4,11	0,00	4,11
02.02.02.042	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	2,73	0,00	2,73
02.02.02.043	PESQUISA DE FILARIA	2,73	0,00	2,73
02.02.02.044	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	2,73	0,00	2,73
02.02.02.045	PESQUISA DE PLASMODIO	0,00	0,00	0,00
02.02.02.046	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	2,73	0,00	2,73
02.02.02.047	PROVA DE COMPATIBILIDADE PRE-TRANSFUSIONAL (MEIOS SALINOS, ALBUMINOSO E COOMBS)	0,00	0,00	0,00
02.02.02.048	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	4,11	0,00	4,11
02.02.02.049	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	2,73	0,00	2,73
02.02.02.050	PROVA DO LACO	2,73	0,00	2,73
02.02.02.051	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	2,73	0,00	2,73
02.02.02.052	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	12,00	0,00	12,00
02.02.02.053	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	2,73	0,00	2,73
02.02.02.054	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	2,73	0,00	2,73
02.02.03.001	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	15,00	0,00	15,00
02.02.03.002	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	15,00	0,00	15,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.02.03.003	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	15,00	0,00	15,00
02.02.03.004	DETECCAO DE ACIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO)	65,00	0,00	65,00
02.02.03.005	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	96,00	0,00	96,00
02.02.03.006	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	9,25	0,00	9,25
02.02.03.007	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	2,83	0,00	2,83
02.02.03.008	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	9,25	0,00	9,25
02.02.03.009	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	15,06	0,00	15,06
02.02.03.010	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	16,42	0,00	16,42
02.02.03.011	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	13,55	0,00	13,55
02.02.03.012	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	17,16	0,00	17,16
02.02.03.013	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	17,16	0,00	17,16
02.02.03.014	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	2,83	0,00	2,83
02.02.03.015	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	17,16	0,00	17,16
02.02.03.016	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	9,25	0,00	9,25
02.02.03.017	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)	0,00	0,00	0,00
02.02.03.018	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	17,16	0,00	17,16
02.02.03.019	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	9,25	0,00	9,25
02.02.03.020	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	2,83	0,00	2,83
02.02.03.021	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	298,48	0,00	298,48
02.02.03.022	IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS	17,16	0,00	17,16

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.02.03.023	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	80,00	0,00	80,00
02.02.03.024	INTRADERMORREACAO COM DERIVADO PROTEICO PURIFICADO (PPD)	0,00	0,00	0,00
02.02.03.025	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	10,00	0,00	10,00
02.02.03.026	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	10,00	0,00	10,00
02.02.03.027	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	8,67	0,00	8,67
02.02.03.028	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	17,16	0,00	17,16
02.02.03.029	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	85,00	0,00	85,00
02.02.03.030	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	10,00	0,00	10,00
02.02.03.031	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	18,55	0,00	18,55
02.02.03.032	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	17,16	0,00	17,16
02.02.03.033	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	5,74	0,00	5,74
02.02.03.034	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	17,16	0,00	17,16
02.02.03.035	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	18,55	0,00	18,55
02.02.03.036	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	18,55	0,00	18,55
02.02.03.037	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	9,25	0,00	9,25
02.02.03.038	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	10,00	0,00	10,00
02.02.03.039	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	9,25	0,00	9,25
02.02.03.040	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	3,70	0,00	3,70

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.02.03.041	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	5,83	0,00	5,83
02.02.03.042	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	10,00	0,00	10,00
02.02.03.043	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	17,16	0,00	17,16
02.02.03.044	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	9,25	0,00	9,25
02.02.03.045	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	10,00	0,00	10,00
02.02.03.046	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	9,70	0,00	9,70
02.02.03.047	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	2,83	0,00	2,83
02.02.03.048	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	10,00	0,00	10,00
02.02.03.050	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	10,00	0,00	10,00
02.02.03.051	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	10,00	0,00	10,00
02.02.03.052	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	17,16	0,00	17,16
02.02.03.053	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	4,10	0,00	4,10
02.02.03.054	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	5,50	0,00	5,50
02.02.03.055	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	17,16	0,00	17,16
02.02.03.056	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	17,16	0,00	17,16
02.02.03.057	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	17,16	0,00	17,16
02.02.03.058	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	17,16	0,00	17,16
02.02.03.059	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	17,16	0,00	17,16

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.02.03.060	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	17,16	0,00	17,16
02.02.03.061	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	10,00	0,00	10,00
02.02.03.062	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	17,16	0,00	17,16
02.02.03.063	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	18,55	0,00	18,55
02.02.03.064	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	18,55	0,00	18,55
02.02.03.065	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	7,78	0,00	7,78
02.02.03.066	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	9,71	0,00	9,71
02.02.03.067	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	18,55	0,00	18,55
02.02.03.068	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	18,55	0,00	18,55
02.02.03.069	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	9,25	0,00	9,25
02.02.03.070	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	4,10	0,00	4,10
02.02.03.071	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	18,55	0,00	18,55
02.02.03.072	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	17,16	0,00	17,16
02.02.03.073	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTA O VIRUS EPSTEIN-BARR	2,83	0,00	2,83
02.02.03.074	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	11,00	0,00	11,00
02.02.03.075	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	9,25	0,00	9,25
02.02.03.076	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	16,97	0,00	16,97

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
4852	TESTE DE AVIDEZ IGG PARA TOXOPLASMOSE	0,00	0,00	30,00
02.02.03.077	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	9,25	0,00	9,25
02.02.03.078	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	18,55	0,00	18,55
02.02.03.079	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS	30,00	0,00	30,00
02.02.03.080	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	18,55	0,00	18,55
02.02.03.081	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	17,16	0,00	17,16
02.02.03.082	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	17,16	0,00	17,16
02.02.03.083	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	17,16	0,00	17,16
02.02.03.084	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	17,16	0,00	17,16
02.02.03.085	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	11,61	0,00	11,61
02.02.03.086	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	10,00	0,00	10,00
02.02.03.087	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	18,55	0,00	18,55
02.02.03.088	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	9,25	0,00	9,25
02.02.03.089	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	18,55	0,00	18,55
02.02.03.090	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS	20,00	0,00	20,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.02.03.091	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	18,55	0,00	18,55
02.02.03.092	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	17,16	0,00	17,16
02.02.03.093	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	17,16	0,00	17,16
02.02.03.094	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	17,16	0,00	17,16
02.02.03.095	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	17,16	0,00	17,16
02.02.03.096	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	13,35	0,00	13,35
02.02.03.097	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	18,55	0,00	18,55
02.02.03.098	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	18,55	0,00	18,55
02.02.03.099	DETECCAO DE CLAMIDIA E GONOCOCO POR BIOLOGIA MOLECULAR	60,00	0,00	60,00
02.02.03.100	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	2,83	0,00	2,83
02.02.03.101	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	4,10	0,00	4,10
02.02.03.102	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	10,00	0,00	10,00
02.02.03.103	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	9,25	0,00	9,25
02.02.03.104	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	10,00	0,00	10,00
02.02.03.105	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	1,77	0,00	1,77
02.02.03.106	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	1,77	0,00	1,77
02.02.03.107	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	18,00	0,00	18,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.02.03.108	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	168,48	0,00	168,48
02.02.03.109	TESTE TREPONEMICO P/ DETECCAO DE SIFILIS	4,10	0,00	4,10
02.02.03.110	REACAO DE MONTENEGRO ID	2,83	0,00	2,83
02.02.03.111	TESTE NAO TREPONEMICO P/ DETECCAO DE SIFILIS	2,83	0,00	2,83
02.02.03.112	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	10,00	0,00	10,00
02.02.03.113	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	10,00	0,00	10,00
02.02.03.114	TESTES ALERGICOS DE CONTATO	1,77	0,00	1,77
02.02.03.115	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	1,77	0,00	1,77
02.02.03.117	TESTE NAO TREPONEMICO P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTES	2,83	0,00	2,83
02.02.03.118	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA	18,55	0,00	18,55
02.02.03.119	DOSAGEM DA FRACAO C1Q DO COMPLEMENTO	17,16	0,00	17,16
02.02.03.120	DOSAGEM DE TROPONINA	9,00	0,00	9,00
02.02.03.121	DOSAGEM DO ANTIGENO CA 125	13,35	0,00	13,35
02.02.03.124	GENOTIPAGEM DO HIV	0,00	0,00	0,00
02.02.03.125	DETECCAO DE RNA DO HTLV-1	65,00	0,00	65,00
02.02.03.126	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 (WESTERN-BLOT)	85,00	0,00	85,00
02.02.04.001	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	1,65	0,00	1,65
02.02.04.002	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	3,04	0,00	3,04
02.02.04.003	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	3,04	0,00	3,04
02.02.04.004	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	1,65	0,00	1,65

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.02.04.005	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	1,65	0,00	1,65
02.02.04.006	PESQUISA DE EOSINOFILOS	1,65	0,00	1,65
02.02.04.007	PESQUISA DE GORDURA FECAL	1,65	0,00	1,65
02.02.04.008	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	1,65	0,00	1,65
02.02.04.009	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	1,65	0,00	1,65
02.02.04.010	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	1,65	0,00	1,65
02.02.04.011	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	1,65	0,00	1,65
02.02.04.012	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	1,65	0,00	1,65
02.02.04.013	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	10,25	0,00	10,25
02.02.04.014	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	1,65	0,00	1,65
02.02.04.015	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	1,65	0,00	1,65
02.02.04.016	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	1,65	0,00	1,65
02.02.04.017	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	1,65	0,00	1,65
02.02.05.001	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	3,70	0,00	3,70
02.02.05.002	CLEARANCE DE CREATININA	3,51	0,00	3,51
02.02.05.003	CLEARANCE DE FOSFATO	3,51	0,00	3,51
02.02.05.004	CLEARANCE DE UREIA	3,51	0,00	3,51
02.02.05.005	CONTAGEM DE ADDIS	2,04	0,00	2,04
02.02.05.006	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	3,70	0,00	3,70
02.02.05.007	IDENTIFICACAO DE GLICIDIOS URINARIOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA)	3,70	0,00	3,70
02.02.05.008	DOSAGEM DE CITRATO	2,01	0,00	2,01
02.02.05.009	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	8,12	0,00	8,12
02.02.05.010	DOSAGEM DE OXALATO	3,68	0,00	3,68

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.02.05.011	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	2,04	0,00	2,04
02.02.05.012	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	3,04	0,00	3,04
02.02.05.013	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	3,70	0,00	3,70
02.02.05.014	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	3,70	0,00	3,70
02.02.05.015	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	2,04	0,00	2,04
02.02.05.016	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	3,70	0,00	3,70
02.02.05.017	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	2,04	0,00	2,04
02.02.05.018	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	2,40	0,00	2,40
02.02.05.019	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	2,04	0,00	2,04
02.02.05.020	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	2,04	0,00	2,04
02.02.05.021	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	3,70	0,00	3,70
02.02.05.022	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	2,04	0,00	2,04
02.02.05.023	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	2,04	0,00	2,04
02.02.05.024	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	3,36	0,00	3,36
02.02.05.025	PESQUISA DE GONADOTROFINA CORIONICA	0,00	0,00	0,00
02.02.05.026	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	2,04	0,00	2,04
02.02.05.027	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	2,04	0,00	2,04
02.02.05.028	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	3,70	0,00	3,70
02.02.05.029	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	2,04	0,00	2,04
02.02.05.030	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	4,44	0,00	4,44

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.02.05.031	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	2,04	0,00	2,04
02.02.05.032	PROVA DE DILUICAO (URINA)	2,04	0,00	2,04
02.02.06.001	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	12,54	0,00	12,54
02.02.06.002	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	12,54	0,00	12,54
02.02.06.003	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	14,69	0,00	14,69
02.02.06.004	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	10,20	0,00	10,20
02.02.06.005	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	6,72	0,00	6,72
02.02.06.006	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	6,72	0,00	6,72
02.02.06.007	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	6,72	0,00	6,72
02.02.06.008	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	14,12	0,00	14,12
02.02.06.009	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	12,01	0,00	12,01
02.02.06.010	DOSAGEM DE AMP CICLICO	12,01	0,00	12,01
02.02.06.011	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	11,53	0,00	11,53
02.02.06.012	DOSAGEM DE CALCITONINA	14,38	0,00	14,38
02.02.06.013	DOSAGEM DE CORTISOL	9,86	0,00	9,86
02.02.06.014	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	11,25	0,00	11,25
02.02.06.015	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	11,71	0,00	11,71
02.02.06.016	DOSAGEM DE ESTRADIOL	10,15	0,00	10,15
02.02.06.017	DOSAGEM DE ESTRIOL	11,55	0,00	11,55
02.02.06.018	DOSAGEM DE ESTRONA	11,12	0,00	11,12
02.02.06.019	DOSAGEM DE GASTRINA	14,15	0,00	14,15
02.02.06.020	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	15,35	0,00	15,35
02.02.06.021	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	7,85	0,00	7,85

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.02.06.022	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	10,21	0,00	10,21
02.02.06.023	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	7,89	0,00	7,89
02.02.06.024	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	8,97	0,00	8,97
02.02.06.025	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	8,96	0,00	8,96
02.02.06.026	DOSAGEM DE INSULINA	10,17	0,00	10,17
02.02.06.027	DOSAGEM DE PARATORMONIO	43,13	0,00	43,13
02.02.06.028	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	15,35	0,00	15,35
02.02.06.029	DOSAGEM DE PROGESTERONA	10,22	0,00	10,22
02.02.06.030	DOSAGEM DE PROLACTINA	10,15	0,00	10,15
02.02.06.031	DOSAGEM DE RENINA	13,19	0,00	13,19
02.02.06.032	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	15,35	0,00	15,35
02.02.06.033	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	13,11	0,00	13,11
02.02.06.034	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	10,43	0,00	10,43
02.02.06.035	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	13,11	0,00	13,11
02.02.06.036	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	15,35	0,00	15,35
02.02.06.037	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	8,76	0,00	8,76
02.02.06.038	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	11,60	0,00	11,60
02.02.06.039	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	8,71	0,00	8,71
02.02.06.040	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	12,01	0,00	12,01
02.02.06.041	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	12,01	0,00	12,01
02.02.06.042	TESTE DE ESTIMULO COM GNRH OU COM AGONISTA GNRH	12,01	0,00	12,01
02.02.06.043	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	12,01	0,00	12,01
02.02.06.044	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	12,01	0,00	12,01

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.02.06.045	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	12,01	0,00	12,01
02.02.06.046	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	8,43	0,00	8,43
02.02.06.047	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	12,15	0,00	12,15
02.02.07.001	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	2,06	0,00	2,06
02.02.07.002	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	2,23	0,00	2,23
02.02.07.003	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	3,68	0,00	3,68
02.02.07.004	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	2,04	0,00	2,04
02.02.07.005	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	15,65	0,00	15,65
02.02.07.006	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	3,51	0,00	3,51
02.02.07.007	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	2,01	0,00	2,01
02.02.07.008	DOSAGEM DE ALUMINIO	27,50	0,00	27,50
02.02.07.009	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	10,00	0,00	10,00
02.02.07.010	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	10,00	0,00	10,00
02.02.07.011	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	10,00	0,00	10,00
02.02.07.012	DOSAGEM DE BARBITURATOS	13,13	0,00	13,13
02.02.07.013	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	13,48	0,00	13,48
02.02.07.013	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	13,48	0,00	13,48
02.02.07.014	DOSAGEM DE CADMIO	6,55	0,00	6,55
02.02.07.015	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	17,53	0,00	17,53
02.02.07.016	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	4,11	0,00	4,11
02.02.07.017	DOSAGEM DE CHUMBO	8,83	0,00	8,83
02.02.07.018	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	58,61	0,00	58,61
02.02.07.019	DOSAGEM DE COBRE	3,51	0,00	3,51
02.02.07.020	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	8,97	0,00	8,97
02.02.07.021	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	15,65	0,00	15,65
02.02.07.022	DOSAGEM DE FENITOINA	35,22	0,00	35,22

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.02.07.023	DOSAGEM DE FENOL	2,05	0,00	2,05
02.02.07.024	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	3,51	0,00	3,51
02.02.07.025	DOSAGEM DE LITIO	2,25	0,00	2,25
02.02.07.026	DOSAGEM DE MERCURIO	2,04	0,00	2,04
02.02.07.027	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	4,11	0,00	4,11
02.02.07.028	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	10,00	0,00	10,00
02.02.07.029	DOSAGEM DE METOTREXATO	10,00	0,00	10,00
02.02.07.030	DOSAGEM DE QUINIDINA	10,00	0,00	10,00
02.02.07.031	DOSAGEM DE SALICILATOS	2,01	0,00	2,01
02.02.07.032	DOSAGEM DE SULFATOS	3,51	0,00	3,51
02.02.07.033	DOSAGEM DE TEOFILINA	15,65	0,00	15,65
02.02.07.034	DOSAGEM DE TIOCIANATO	3,68	0,00	3,68
02.02.07.035	DOSAGEM DE ZINCO	15,65	0,00	15,65
02.02.08.001	ANTIBIOGRAMA	4,98	0,00	4,98
02.02.08.002	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	13,33	0,00	13,33
02.02.08.003	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	13,33	0,00	13,33
02.02.08.004	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNOSTICA)	4,20	0,00	4,20
02.02.08.005	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	4,20	0,00	4,20
02.02.08.006	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	4,20	0,00	4,20
02.02.08.007	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	2,80	0,00	2,80
02.02.08.008	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	5,62	0,00	5,62
02.02.08.009	CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZACAO)	5,62	0,00	5,62
02.02.08.010	CULTURA P/ HERPESVIRUS	4,33	0,00	4,33
02.02.08.011	CULTURA PARA BAAR	5,63	0,00	5,63
02.02.08.012	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	10,25	0,00	10,25

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.02.08.013	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	4,19	0,00	4,19
02.02.08.014	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	2,80	0,00	2,80
02.02.08.015	HEMOCULTURA	11,49	0,00	11,49
02.02.08.016	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	5,63	0,00	5,63
02.02.08.017	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	4,33	0,00	4,33
02.02.08.018	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	2,80	0,00	2,80
02.02.08.019	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	4,33	0,00	4,33
02.02.08.020	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	2,80	0,00	2,80
02.02.08.021	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	4,33	0,00	4,33
02.02.08.022	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	2,80	0,00	2,80
02.02.08.023	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	5,04	0,00	5,04
02.02.08.024	PROVA CONFIRMATORIA DA PRESENCA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES	5,62	0,00	5,62
02.02.09.001	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	1,89	0,00	1,89
02.02.09.002	ADENOGRAMA	5,79	0,00	5,79
02.02.09.003	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	4,33	0,00	4,33
02.02.09.004	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	4,33	0,00	4,33
02.02.09.005	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	1,89	0,00	1,89
02.02.09.006	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	1,89	0,00	1,89
02.02.09.007	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	6,56	0,00	6,56
02.02.09.008	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	1,89	0,00	1,89

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.02.09.009	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	2,01	0,00	2,01
02.02.09.010	DOSAGEM DE FRUTOSE	2,01	0,00	2,01
02.02.09.011	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	2,01	0,00	2,01
02.02.09.012	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	1,89	0,00	1,89
02.02.09.013	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	1,89	0,00	1,89
02.02.09.014	DOSAGEM DE SODIO E CLORO NO SUOR (C/ COLETA)	0,00	0,00	0,00
02.02.09.015	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	5,23	0,00	5,23
02.02.09.016	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	6,56	0,00	6,56
02.02.09.017	ESPLENOGRAMA	5,79	0,00	5,79
02.02.09.018	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	1,89	0,00	1,89
02.02.09.019	MIELOGRAMA	5,79	0,00	5,79
02.02.09.021	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	9,70	0,00	9,70
02.02.09.022	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA NO ESPERMA	2,01	0,00	2,01
02.02.09.023	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	1,89	0,00	1,89
02.02.09.024	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	1,89	0,00	1,89
02.02.09.025	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	1,89	0,00	1,89
02.02.09.026	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	4,80	0,00	4,80
02.02.09.027	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	1,89	0,00	1,89
02.02.09.028	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	9,70	0,00	9,70

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.02.09.029	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	1,89	0,00	1,89
02.02.09.030	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	1,89	0,00	1,89
02.02.09.031	REACAO DE PANDY	1,89	0,00	1,89
02.02.09.032	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	1,89	0,00	1,89
02.02.09.033	TESTE DE CLEMENTS	1,89	0,00	1,89
02.02.09.034	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	4,69	0,00	4,69
02.02.09.035	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	4,69	0,00	4,69
02.02.10.001	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)	180,00	0,00	180,00
02.02.10.002	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)	160,00	0,00	160,00
02.02.10.003	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	160,00	0,00	160,00
02.02.10.004	QUANTIFICACAO/AMPLIFICACAO DO HER-2	120,00	0,00	120,00
02.02.10.005	FOCALIZACAO ISOELETRICA DA TRANSFERRINA	0,00	0,00	0,00
02.02.10.006	ANALISE DE DNA PELA TECNICA DE SOUTHERN BLOT	0,00	0,00	0,00
02.02.10.007	ANALISE DE DNA POR MLPA	0,00	0,00	0,00
02.02.10.008	IDENTIFICACAO DE MUTACAO/REARRANJOS POR PCR, PCR SENSIVEL A METILACAO, QPCR E QPCR SENSIVEL A METILACAO	0,00	0,00	0,00
02.02.10.009	FISH EM METAFASE OU NUCLEO INTERFASICO, POR DOENCA	0,00	0,00	0,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.02.10.010	IDENTIFICACAO DE ALTERACAO CROMOSSONICA SUBMICROSCOPICA POR ARRAY-CGH	0,00	0,00	0,00
02.02.10.011	IDENTIFICACAO DE MUTACAO POR SEQUENCIAMENTO POR AMPLICON ATE 500 PARES DE BASES	0,00	0,00	0,00
02.02.10.012	IDENTIFICACAO DE GLICOSAMINOGLICANOS URINARIOS POR CROMATOGRAFIA EM CAMADA DELGADA , ELETROFORESE E DOSAGEM QUANTITATIVA	0,00	0,00	0,00
02.02.10.013	IDENTIFICACAO DE OLIGOSSACARIDEOS E SIALOSSACARIDEOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA)	0,00	0,00	0,00
02.02.10.014	DOSAGEM QUANTITATIVA DE CARNITINA, PERFIL DE ACILCARNITINAS	0,00	0,00	0,00
02.02.10.015	DOSAGEM QUANTITATIVA DE AMINOACIDOS	0,00	0,00	0,00
02.02.10.016	DOSAGEM QUANTITATIVA DE ACIDOS ORGANICOS	0,00	0,00	0,00
02.02.10.017	ENSAIOS ENZIMATICOS NO PLASMA E LEUCOCITOS PARA DIAGNOSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO	0,00	0,00	0,00
02.02.10.018	ENSAIOS ENZIMATICOS EM ERITROCITOS PARA DIAGNOSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO	0,00	0,00	0,00
02.02.10.019	ENSAIOS ENZIMATICOS EM TECIDO CULTIVADO PARA DIAGNOSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO	0,00	0,00	0,00
02.02.11.001	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	8,80	0,00	8,80
02.02.11.002	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	66,00	0,00	66,00
02.02.11.003	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	66,00	0,00	66,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.02.11.004	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	5,50	0,00	5,50
02.02.11.005	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	12,10	0,00	12,10
02.02.11.006	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	20,90	0,00	20,90
02.02.11.007	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	5,50	0,00	5,50
02.02.11.008	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	13,20	0,00	13,20
02.02.11.009	DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	8,00	0,00	8,00
02.02.11.010	DOSAGEM DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	5,50	0,00	5,50
02.02.11.011	DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO	137,00	0,00	137,00
02.02.11.012	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGENITA	66,00	0,00	66,00
02.02.11.013	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM DEFICIENCIA DE BIOTINIDASE	66,00	0,00	66,00
02.02.11.014	DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR	150,00	0,00	150,00
02.02.12.001	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	10,65	0,00	10,65
02.02.12.002	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	1,37	0,00	1,37
02.02.12.003	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	10,65	0,00	10,65

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.02.12.004	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	10,65	0,00	10,65
02.02.12.005	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	5,79	0,00	5,79
02.02.12.006	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC	5,79	0,00	5,79
02.02.12.007	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	5,79	0,00	5,79
02.02.12.008	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	1,37	0,00	1,37
02.02.12.009	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	2,73	0,00	2,73
02.02.12.010	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	5,79	0,00	5,79
02.03.01.001	EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	13,72	0,00	13,72
02.03.01.002	EXAME CITOPATOLOGICO HORMONAL SERIADO (MINIMO 3 COLETAS)	20,96	0,00	20,96
02.03.01.003	EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL E DE MAMA)	20,96	0,00	20,96
02.03.01.004	EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA	35,34	0,00	35,34
02.03.01.007	CONTROLE DE QUALIDADE DO EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO VAGINAL	8,96	0,00	8,96
02.03.01.008	EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA-RASTREAMENTO		35,34	35,34
02.03.02.001	DETERMINACAO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIS	65,55	28,15	93,70
02.03.02.002	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - PECA CIRURGICA	61,77	0,00	61,77

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.03.02.003	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PECA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)	40,78	0,00	40,78
02.03.02.004	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	131,52	0,00	131,52
02.03.02.005	NECROPSIA	0,00	0,00	0,00
02.03.02.006	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA	45,83	0,00	0,00
02.03.02.007	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - PECA CIRURGICA	61,77	0,00	0,00
02.03.02.008	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - BIOPSIA	40,78	0,00	40,78
02.04.01.001	DACRIOCISTOGRAFIA	48,85	130,00	179,39
02.04.01.002	PLANIGRAFIA DE LARINGE	27,32	0,00	27,32
02.04.01.003	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	8,38	16,62	25,00
02.04.01.004	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)	6,96	18,04	25,00
02.04.01.005	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	8,38	16,62	25,00
02.04.01.006	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	6,88	18,12	25,00
02.04.01.007	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ)	9,15	15,85	25,00
02.04.01.008	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	7,52	17,48	25,00
02.04.01.009	RADIOGRAFIA DE LARINGE	5,74	19,26	25,00
02.04.01.010	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	9,03	15,97	25,00
02.04.01.011	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	7,20	17,80	25,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.04.01.012	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	8,38	16,62	25,00
02.04.01.013	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO)	7,98	17,02	25,00
02.04.01.014	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	7,32	17,68	25,00
02.04.01.015	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)	7,20	17,80	25,00
02.04.01.016	RADIOGRAFIA OCLUSAL	3,51	21,49	25,00
02.04.01.017	RADIOGRAFIA PANORAMICA	9,03	26,25	35,28
02.04.01.018	RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING)	0,00	25,00	25,00
02.04.01.019	SIALOGRAFIA (POR GLANDULA)	48,85	77,41	126,26
02.04.01.020	TELERADIOGRAFIA COM TRACADOS E SEM TRACADOS	6,44	0,00	6,44
02.04.02.001	MIELOGRAFIA	118,60	0,00	118,60
02.04.02.002	PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL	19,60	0,30	19,90
02.04.02.003	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	8,33	16,67	25,00
02.04.02.004	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	8,19	16,81	25,00
02.04.02.005	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	10,29	14,71	25,00
02.04.02.006	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	10,96	14,04	25,00
02.04.02.007	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	14,90	10,10	25,00
02.04.02.008	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	16,88	8,12	25,00
02.04.02.009	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	9,16	15,84	25,00
02.04.02.010	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	9,73	15,27	25,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.04.02.011	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA	15,58	9,42	25,00
02.04.02.012	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	7,80	17,20	25,00
02.04.02.013	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL-TELESPONDILOGRAFIA (P/ ESCOLIOSE)	0,00	0,00	0,00
02.04.03.001	BRONCOGRAFIA UNILATERAL	110,41	0,00	110,41
02.04.03.002	DUCTOGRAFIA (POR MAMA)	57,16	0,00	57,16
02.04.03.003	MAMOGRAFIA	22,50	0,00	22,50
02.04.03.004	MARCACAO PRE-CIRURGICA DE LESAO NAO PALPAVEL DE MAMA ASSOCIADA A MAMOGRAFIA	62,50	0,00	62,50
02.04.03.005	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLIQUA)	14,32	10,68	25,00
02.04.03.006	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)	9,05	15,95	25,00
02.04.03.007	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	8,37	16,63	25,00
02.04.03.008	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	19,24	5,76	25,00
02.04.03.009	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	7,98	17,02	25,00
02.04.03.010	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	8,73	16,27	25,00
02.04.03.011	RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO	27,27	0,00	27,27
02.04.03.012	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)	5,56	19,44	25,00
02.04.03.013	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)	14,32	10,68	25,00
02.04.03.014	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	12,02	12,98	25,00
02.04.03.015	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	9,50	15,50	25,00
02.04.03.016	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)	6,55	18,45	25,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.04.03.017	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	6,88	18,12	25,00
02.04.03.018	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	45,00	45,00	90,00
02.04.04.001	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	6,42	18,58	25,00
02.04.04.002	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	7,40	17,60	25,00
02.04.04.003	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	7,40	17,60	25,00
02.04.04.004	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	7,40	17,60	25,00
02.04.04.005	RADIOGRAFIA DE BRACO	7,77	17,23	25,00
02.04.04.006	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	7,40	17,60	25,00
02.04.04.007	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	5,90	19,10	25,00
02.04.04.008	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	5,62	19,38	25,00
02.04.04.009	RADIOGRAFIA DE MAO	6,30	18,70	25,00
02.04.04.010	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	6,00	19,00	25,00
02.04.04.011	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	7,98	17,02	25,00
02.04.04.012	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	6,91	18,09	25,00
02.04.05.001	CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE	47,76	120,54	168,30
02.04.05.002	COLANGIOGRAFIA PER-OPERATORIA	32,61	0,00	233,15
02.04.05.003	COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA	32,61	0,00	233,15
02.04.05.004	DUODENOGRAFIA HIPOTONICA	34,52	0,00	34,52
02.04.05.005	FISTULOGRAFIA	45,34	77,37	122,71
02.04.05.006	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	45,34	125,98	171,32
02.04.05.007	PIELOGRAFIA ANTEROGRADA PERCUTANEA	73,15	170,14	243,29
02.04.05.008	PIELOGRAFIA ASCENDENTE	52,11	185,95	238,06
02.04.05.009	PLANIGRAFIA DE RIM C/ CONTRASTE	0,00	0,00	0,00
02.04.05.010	PLANIGRAFIA DE RIM S/ CONTRASTE	14,48	0,00	14,48

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.04.05.011	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	10,73	14,27	25,00
02.04.05.012	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	15,30	9,70	25,00
02.04.05.013	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	7,17	17,83	25,00
02.04.05.014	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO	35,22	0,00	35,22
02.04.05.015	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)	47,59	55,33	102,92
02.04.05.016	RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE)	48,09	113,93	162,02
02.04.05.017	URETROCISTOGRAFIA	52,11	129,31	181,42
02.04.05.018	UROGRAFIA VENOSA	57,40	44,13	101,53
02.04.06.001	ARTROGRAFIA	45,34	0,00	45,34
02.04.06.002	DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES E/OU FEMUR)	55,10	39,90	95,00
02.04.06.003	ESCANOMETRIA	7,77	17,23	25,00
02.04.06.004	PLANIGRAFIA DE OSSO - SUBSIDIARIA A OUTROS EXAMES (POR PLANO)	18,68	0,00	18,68
02.04.06.005	PLANIGRAFIA DE OSSO EM 2 PLANOS	18,68	0,00	18,68
02.04.06.006	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	7,77	17,23	25,00
02.04.06.007	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	7,77	17,23	25,00
02.04.06.008	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	6,50	18,50	25,00
02.04.06.009	RADIOGRAFIA DE BACIA	7,77	17,23	25,00
02.04.06.010	RADIOGRAFIA DE CALCANEO	6,50	18,50	25,00
02.04.06.011	RADIOGRAFIA DE COXA	8,94	16,06	25,00
02.04.06.012	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	6,78	18,22	25,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.04.06.013	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	7,16	17,84	25,00
02.04.06.014	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	9,29	15,71	25,00
02.04.06.015	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	6,78	18,22	25,00
02.04.06.016	RADIOGRAFIA DE PERNA	8,94	16,06	25,00
02.04.06.017	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	9,29	15,71	25,00
02.05.01.001	ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	165,00	88,00	253,00
02.05.01.002	ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA	165,00	120,15	285,15
02.05.01.003	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	39,94	90,05	129,99
20.50.10.032	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA PEDIÁTRICA	39,94	90,05	129,99
02.05.01.004	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	39,60	155,40	195,00
02.05.01.005	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	42,90	76,17	119,07
02.05.02.001	ECODOPPLER TRANSCRANIANO *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	117,00	96,00	213,00
02.05.02.002	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA	14,81	0,00	14,81
02.05.02.003	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	24,20	50,80	75,00
02.05.02.004	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	37,95	48,98	86,93

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.05.02.005	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	24,20	50,80	75,00
02.05.02.006	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	24,20	50,80	75,00
02.05.02.007	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	24,20	50,80	75,00
02.05.02.008	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR) *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	24,20	12,10	36,30
02.05.02.009	ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	24,20	50,80	75,00
02.05.02.010	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	24,20	50,80	75,00
02.05.02.011	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL) *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	24,20	50,80	75,00
4611	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA COM DOPPLER (VIA TRANSRETAL) *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	195,00	195,00
02.05.02.012	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	24,20	50,80	75,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
4610	ULTRASSONOGRAFIA DE GLÂNDULAS SALIVARES *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	108,00	108,00
02.05.02.013	ULTRASSONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA) *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	24,20	50,80	75,00
02.05.02.014	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	24,20	50,80	75,00
4937	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA MORFOLOGICA *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	168,75	168,75
02.05.02.015	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	39,60	143,40	183,00
02.05.02.016	ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA) *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	24,20	50,80	75,00
02.05.02.017	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	24,20	50,80	75,00
4802	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ TRANSLUCÊNCIA NUCAL *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	75,00	75,00
02.05.02.018	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	24,20	50,80	75,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.05.02.019	MARCACAO DE LESAO PRE-CIRURGICA DE LESAO NAO PALPAVEL DE MAMA ASSOCIADA A ULTRASSONOGRAFIA	25,43	243,25	268,68
02.05.02.020	ULTRASSONOGRAFIA DE MAMA UNILATERAL PARA AVALIACAO DE POSSIVEIS COMPLICACOES DE IMPLANTE DE PROTESE *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	37,50	37,50
02.05.02.021	ULTRASSONOGRAFIA DE MAMA BILATERAL PARA AVALIACAO DE POSSIVEIS COMPLICACOES DE IMPLANTE DE PROTESE *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	75,00	75,00
02.06.01.001	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	86,76	0,00	86,76
02.06.01.002	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	101,10	0,00	101,10
02.06.01.003	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	86,76	0,00	86,76
02.06.01.004	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	86,75	0,00	86,75
02.06.01.005	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO	86,75	0,00	86,75
02.06.01.006	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	97,44	0,00	97,44
02.06.01.007	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	97,44	0,00	97,44
02.06.01.008	TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA	138,63	0,00	138,63
02.06.01.009	TOMOGRAFIA POR EMISSAO DE POSITRONS (PET-CT)	2107,22	0,00	2107,22

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.06.02.001	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	86,75	0,00	86,75
02.06.02.002	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRACO, MAO, COXA, PERNA, PE)	86,75	0,00	86,75
02.06.02.003	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	136,41	0,00	136,41
02.06.02.004	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX, PULMAO OU DO MEDIASTINO	136,41	0,00	136,41
02.06.03.001	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	138,63	0,00	138,63
02.06.03.002	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	86,75	0,00	86,75
02.06.03.003	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	138,63	0,00	138,63
02.07.01.001	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	268,75	107,75	376,50
02.07.01.002	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	268,75	0,00	268,75
02.07.01.003	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOCO	268,75	0,00	268,75
02.07.01.004	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	268,75	0,00	268,75
02.07.01.005	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	268,75	0,00	268,75
02.07.01.006	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	268,75	0,00	268,75
02.07.01.007	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	268,75	0,00	268,75
02.07.02.001	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE *Alterado pela Resolução nº 02/2024, publicada aos 22 de março de 2024.	361,25	648,75	1.010,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.07.02.002	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	268,75	0,00	268,75
02.07.02.003	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	268,75	0,00	268,75
02.07.03.001	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	268,75	0,00	268,75
02.07.03.002	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	268,75	0,00	268,75
02.07.03.003	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	268,75	0,00	268,75
02.07.03.004	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	268,75	0,00	268,75
5273	RESSONÃNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN SUPERIOR COM PRIMOVIST *Procedimentos inclusos conforme Resolução nº 02/2024, publicada aos 22 de março de 2024. Art. 2°:	268,75	611,25	880,00
5274	RESSONÃNCIA MAGNÉTICA DE PRÓSTATA MULTIPARAMÉTRICA *Procedimentos inclusos conforme Resolução nº 02/2024, publicada aos 22 de março de 2024. Art. 2°:	0,00	850,00	850,00
02.08.01.001	CINTILOGRAFIA DE CORACAO C/ GALIO 67 *Alterado pela Resolução nº 07/2025, publicada em 08 de maio de 2025.	457,55	162,01	619,56
02.08.01.002	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECOES) * Alterado pela Resolução nº 07/2025, publicada em 08 de maio de 2025.	408,52	410,50	819,02
02.08.01.003	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECOES) *Alterado pela Resolução nº 07/2025, publicada em 08 de maio de 2025.	383,07	311,84	694,91

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.08.01.004	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ LOCALIZACAO DE NECROSE (MINIMO 3 PROJECOES). *Alterado pela Resolução nº 07/2025, publicada em 08 de maio de 2025.	166,47	58,11	224,58
02.08.01.005	CINTILOGRAFIA P/ AVALIACAO DE FLUXO SANGUINEO DE EXTREMIDADES *Alterado pela Resolução nº 07/2025, publicada em 08 de maio de 2025.	114,02	70,51	184,53
02.08.01.006	CINTILOGRAFIA P/ QUANTIFICACAO DE SHUNT EXTRACARDIACO *Alterado pela Resolução nº 07/2025, publicada em 08 de maio de 2025.	142,57	56,08	198,65
02.08.01.007	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE ESFORCO *Alterado pela Resolução nº 01/2024, publicada aos 17 de janeiro de 2024.	214,85	64,46	279,31
02.08.01.008	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA) *Alterado pela Resolução nº 07/2025, publicada em 08 de maio de 2025.	176,72	61,17	237,89
02.08.01.009	DETERMINACAO DE FLUXO SANGUINEO REGIONAL *Alterado pela Resolução nº 01/2024, publicada aos 17 de janeiro de 2024.	123,93	37,18	161,11
02.08.02.001	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E BACO (MINIMO 5 IMAGENS) *Alterado pela Resolução nº 07/2025, publicada em 08 de maio de 2025.	133,26	74,66	207,92
02.08.02.002	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E VIAS BILIARES *Alterado pela Resolução nº 01/2024, publicada aos 17 de janeiro de 2024.	187,93	56,38	244,31

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.08.02.003	CINTILOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTIMULO *Alterado pela Resolução nº 07/2025, publicada em 08 de maio de 2025.	87,89	39,52	127,41
02.08.02.004	CINTILOGRAFIA DE PANCREAS	0,00	0,00	0,00
02.08.02.005	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (LIQUIDO) *Alterado pela Resolução nº 07/2025, publicada em 08 de maio de 2025.	135,38	40,62	176,00
02.08.02.006	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (SEMI-SOLIDO) *Alterado pela Resolução nº 07/2025, publicada em 08 de maio de 2025.	135,38	57,53	192,91
02.08.02.007	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO GASTRICO *Alterado pela Resolução nº 07/2025, publicada em 08 de maio de 2025.	144,22	52,14	196,36
02.08.02.008	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL *Alterado pela Resolução nº 07/2025, publicada em 08 de maio de 2025.	114,86	43,06	157,92
02.08.02.009	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA *Alterado pela Resolução nº 07/2025, publicada em 08 de maio de 2025.	157,23	159,89	317,12
02.08.02.010	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NAO ATIVA *Alterado pela Resolução nº 07/2025, publicada em 08 de maio de 2025.	310,82	109,35	420,17
02.08.02.011	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO *Alterado pela Resolução nº 07/2025, publicada em 08 de maio de 2025.	135,38	48,74	184,12
02.08.02.012	IMUNO-CINTILOGRAFIA (ANTICORPO MONOCLONAL)	1103,26	0,60	1103,86

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.08.03.001	CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES *Alterado pela Resolução nº 07/2025, publicada em 08 de maio de 2025.	324,54	207,73	532,27
02.08.03.002	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE COM OU SEM CAPTACAO *Alterado pela Resolução nº 07/2025, publicada em 08 de maio de 2025.	77,28	391,09	468,37
02.08.03.003	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ TESTE DE SUPRESSAO / ESTIMULO *Alterado pela Resolução nº 01/2024, publicada aos 17 de janeiro de 2024.	107,30	32,19	139,49
02.08.03.004	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO *Alterado pela Resolução nº 07/2025, publicada em 08 de maio de 2025.	338,70	193,47	532,17
02.08.03.005	TESTE DO PERCLORATO C/ RADIOISOTOPO *Alterado pela Resolução nº 01/2024, publicada aos 17 de janeiro de 2024.	107,40	32,22	139,62
02.08.04.001	CAPTACAO DE IODO RADIOATIVO EM 24H	0,00	0,00	0,00
02.08.04.002	CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GALIO 67 *Alterado pela Resolução nº 01/2024, publicada aos 17 de janeiro de 2024.	457,55	137,27	594,82
02.08.04.003	CINTILOGRAFIA DE TESTICULO E BOLSA ESCROTAL *Alterado pela Resolução nº 07/2025, publicada em 08 de maio de 2025.	108,94	38,70	147,64
02.08.04.004	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO REFLUXO VESICO-URETERAL	0,00	0,00	0,00
02.08.04.005	CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA) *Alterado pela Resolução nº 07/2025, publicada em 08 de maio de 2025.	133,03	258,80	391,83
02.08.04.006	CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA *Alterado pela Resolução nº 07/2025, publicada em 08 de maio de 2025.	122,97	42,50	165,47

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.08.04.007	CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA *Alterado pela Resolução nº 07/2025, publicada em 08 de maio de 2025.	144,50	358,21	502,71
02.08.04.008	DETERMINACAO DE FILTRACAO GLOMERULAR *Alterado pela Resolução nº 01/2024, publicada aos 17 de janeiro de 2024.	63,22	18,97	82,19
02.08.04.009	DETERMINACAO DE FLUXO PLASMATICO RENAL *Alterado pela Resolução nº 01/2024, publicada aos 17 de janeiro de 2024.	63,22	18,97	82,19
02.08.04.010	ESTUDO RENAL DINAMICO C/ OU S/ DIURETICO *Alterado pela Resolução nº 09/2025, publicada em 13 de maio de 2025.	165,24	311,01	476,25
02.08.05.001	CINTILOGRAFIA DE ARTICULACOES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO *Alterado pela Resolução nº 07/2025, publicada em 08 de maio de 2025.	180,32	65,47	245,79
02.08.05.002	CINTILOGRAFIA DE ESQUELETO (CORPO INTEIRO)	0,00	0,00	0,00
02.08.05.003	CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUINEO (CORPO INTEIRO) *Alterado pela Resolução nº 07/2025, publicada em 08 de maio de 2025.	190,99	533,50	724,49
02.08.05.004	CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO C/ GALIO 67 *Alterado pela Resolução nº 07/2025, publicada em 08 de maio de 2025.	457,55	1.013,60	1.471,15
02.08.06.001	CINTILOGRAFIA DE PERFUSAO CEREBRAL C/ TALIO (SPCTO) *Alterado pela Resolução nº 07/2025, publicada em 08 de maio de 2025.	438,01	151,91	589,92

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.08.06.002	CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIACAO DO TRANSITO LIQUORICO) *Alterado pela Resolução nº 07/2025, publicada em 08 de maio de 2025.	205,34	74,80	280,14
02.08.06.003	ESTUDO DE FLUXO SANGUINEO CEREBRAL *Alterado pela Resolução nº 01/2024, publicada aos 17 de janeiro de 2024.	119,16	35,75	154,91
02.08.07.001	CINTILOGRAFIA DE PULMAO C/ GALIO 67 *Alterado pela Resolução nº 07/2025, publicada em 08 de maio de 2025.	457,55	163,63	621,18
02.08.07.002	CINTILOGRAFIA DE PULMAO P/ PESQUISA DE ASPIRACAO *Alterado pela Resolução nº 07/2025, publicada em 08 de maio de 2025.	127,51	89,98	217,49
02.08.07.003	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR INALACAO (MINIMO 2 PROJECOES) *Alterado pela Resolução nº 01/2024, publicada aos 17 de janeiro de 2024.	128,12	38,44	166,56
02.08.07.004	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECOES) *Alterado pela Resolução nº 07/2025, publicada em 08 de maio de 2025.	130,50	889,69	1.020,19
02.08.08.001	CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA OSSEA) *Alterado pela Resolução nº 07/2025, publicada em 08 de maio de 2025.	112,61	68,19	180,80
02.08.08.002	DEMONSTRACAO DE SEQUESTRO DE HEMACIAS PELO BACO (C/ RADIOISOTOPOS) *Alterado pela Resolução nº 01/2024, publicada aos 17 de janeiro de 2024.	97,37	29,21	126,58

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.08.08.003	DETERMINACAO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS (C/ RADIOSOTOPOS) *Alterado pela Resolução nº 01/2024, publicada aos 17 de janeiro de 2024.	54,36	24,31	78,67
02.08.08.004	LINFOCINTILOGRAFIA *Alterado pela Resolução nº 07/2025, publicada em 08 de maio de 2025.	141,33	523,88	665,21
02.08.09.001	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS *Alterado pela Resolução nº 07/2025, publicada em 08 de maio de 2025.	906,80	320,92	1.227,72
02.08.09.002	CINTILOGRAFIA DE GLANDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA) *Alterado pela Resolução nº 07/2025, publicada em 08 de maio de 2025.	66,23	158,67	224,90
02.08.09.003	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL) *Alterado pela Resolução nº 07/2025, publicada em 08 de maio de 2025.	289,43	175,25	464,68
02.09.01.001	COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA (VIA ENDOSCOPICA)	90,68	4663,27	4753,95
02.09.01.002	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) *Alterado Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	112,66	337,34	450,00
02.09.01.003	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA *Alteração Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	48,16	201,84	250,00
4838	PHMETRIA ESOFÁGICA de 2 canais *Alterado Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	0,00	650,00	650,00
03.03.07.001	DILATACAO DE ESOFAGO C/ OGIVAS SOB VISAO ENDOSCOPICA (POR SESSAO)	49,50	0,00	49,50
02.09.01.004	LAPAROSCOPIA	40,37	0,00	40,37
02.09.01.005	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	23,13	125,87	149,00
02.09.01.006	VIDEOLAPAROSCOPIA	95,00	0,00	95,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.09.02.001	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA	18,00	224,00	242,00
02.09.03.001	HISTEROSCOPIA CIRURGICA	76,50	0,00	76,50
02.09.04.001	BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA)	36,02	82,38	118,40
02.09.04.002	LARINGOSCOPIA	47,14	0,00	47,14
02.09.04.003	TRAQUEOSCOPIA	348,59	51,41	400,00
02.09.04.004	VIDEOLARINGOSCOPIA	45,50	44,50	90,00
02.09.04.005	VIDEOTORACOSCOPIA	0,00	0,00	0,00
02.10.01.001	ANGIOGRAFIA CEREBRAL (4 VASOS)	0,00	0,00	0,00
02.10.01.002	ANGIOGRAFIA DE ARCO AORTICO	137,01	0,00	137,01
02.10.01.003	ANGIOGRAFIA DE ARCO AORTICO E TRONCOS SUPRA-AORTICOS	137,01	0,00	137,01
02.10.01.004	AORTOGRAFIA ABDOMINAL	189,73	0,00	189,73
02.10.01.005	AORTOGRAFIA TORACICA	170,44	0,00	170,44
02.10.01.006	ARTERIOGRAFIA CERVICO-TORACICA	201,01	0,00	201,01
02.10.01.007	ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO	179,46	0,00	179,46
02.10.01.008	ARTERIOGRAFIA DIGITAL (POR VIA VENOSA)	200,01	0,00	200,01
02.10.01.009	ARTERIOGRAFIA P/INVESTIGAÇÃO DE DOENÇA ARTERIOSCLEROTICA AORTO ILIACA E DISTAL	504,33	0,00	504,33
02.10.01.010	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE HEMORRAGIA CEREBRAL	504,43	0,00	504,43
02.10.01.011	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE ISQUEMIA CEREBRAL	504,43	0,00	504,43
02.10.01.012	ARTERIOGRAFIA PELVICA	170,44	0,00	170,44
02.10.01.013	ARTERIOGRAFIA SELETIVA DE CAROTIDA	190,31	0,00	190,31
02.10.01.014	ARTERIOGRAFIA SELETIVA POR CATETER (POR VASO)	201,51	0,00	201,51
02.10.01.015	ARTERIOGRAFIA SELETIVA VERTEBRAL	201,01	0,00	201,01
02.10.01.016	ESPLENOPORTOGRAFIA	182,45	0,00	182,45

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.10.01.017	FLEBOGRAFIA DE MEMBRO	145,94	0,00	145,94
02.10.01.018	FLEBOGRAFIA DE CAVA INFERIOR E/OU SUPERIOR	200,01	0,00	200,01
02.10.01.019	LINFANGIOADENOGRAFIA	199,40	0,00	199,40
02.10.01.020	PORTOGRAFIA TRANS-HEPATICA	200,01	0,00	200,01
02.10.02.001	COLANGIOGRAFIA TRANSCUTANEA	45,34	0,00	45,34
02.11.01.001	CAPILAROSCOPIA	28,42	0,00	28,42
02.11.01.002	INVESTIGACAO ULTRASSONICA (PLETISMOGRAFIA)	1,31	0,00	1,31
02.11.01.003	OSCILOMETRIA DE IMPULSO	1,31	0,00	1,31
02.11.01.004	PLETISMOGRAFIA (POR LATERALIDADE / TERRITORIO)	1,31	0,00	1,31
02.11.02.001	CATETERISMO CARDIACO	614,72	0,00	614,72
02.11.02.002	CATETERISMO CARDIACO EM PEDIATRIA	653,72	0,00	653,72
02.11.02.003	ELETROCARDIOGRAMA	5,15	46,85	52,00
02.11.02.004	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	30,00	90,00	120,00
02.11.02.005	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A)	10,07	143,93	154,00
02.11.02.006	TESTE DE ESFORCO / TESTE ERGOMETRICO	30,00	92,00	122,00
02.11.03.001	AVALIACAO CINEMATICA E DE PARAMETROS LINEARES	1,26	0,00	1,26
02.11.03.002	AVALIACAO CINETICA, CINEMATICA E DE PARAMETROS LINEARES	1,26	0,00	1,26
02.11.03.003	AVALIACAO DE EQUILIBRIO ESTATICO EM PLACA DE FORCA	1,26	0,00	1,26
02.11.03.004	AVALIACAO DE FUNCAO E MECANICA RESPIRATORIA	10,00	0,00	10,00
02.11.03.005	AVALIACAO DE FUNCAO E MECANICA RESPIRATORIA COM TRANSDUTORES MICROPROCESSADOS	10,00	0,00	10,00
02.11.03.006	AVALIACAO DE MOVIMENTO (POR IMAGEM)	1,26	0,00	1,26

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.11.03.007	AVALIACAO FUNCIONAL MUSCULAR	1,26	0,00	1,26
02.11.03.008	ELETRODIAGNOSTICO CINETICO FUNCIONAL	1,26	0,00	1,26
02.11.03.009	ELETROMIOGRAFIA DINAMICA, AVALIACAO CINETICA, CINEMATICA E DE PARAMETROS LINEARES	1,26	0,00	1,26
02.11.04.001	AMNIOSCOPIA	1,69	0,00	1,69
02.11.04.002	COLPOSCOPIA *Alteração Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	3,38	346,62	350,00
02.11.04.003	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO DO CONTEUDO CERVIC0-VAGINAL	2,80	0,00	2,80
02.11.04.004	HISTEROSCOPIA (DIAGNOSTICA)	25,00	106,15	131,15
02.11.04.005	PERSUFLACAO TUBARIA (DIAGNOSTICA)	1,69	0,00	1,69
02.11.04.006	TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO	1,69	0,00	1,69
02.11.05.002	ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO-ESTIMULO	11,34	78,66	90,00
02.11.05.003	ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG)	25,00	48,64	73,64
02.11.05.004	ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG)	25,00	98,00	123,00
02.11.05.005	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG)	25,00	55,00	80,00
02.11.05.006	ELETROMIOGRAMA (EMG)	27,00	0,00	27,00
02.11.05.007	ELETROMIOGRAMA C/ ESTUDO DE FIBRA UNICA	27,00	0,00	27,00
02.11.05.008	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) BILATERAL *Procedimento alterado pela Resolução nº 06/2024, publicada em 14 de junho de 2024.	27,00	213,00	240,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.11.05.009	EXPLORACAO DIAGNOSTICA PELO VIDEO-ELETROENCEFALOGRAMA COM OU SEM USO DE ELETRODO DE PROFUNDIDADE	0,00	0,00	0,00
02.11.05.010	POLISSONOGRAFIA	125,00	125,00	250,00
02.11.05.011	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO	4,06	0,00	4,06
02.11.05.012	POTENCIAL EVOCADO VISUAL / OCCIPTO	4,06	0,00	4,06
02.11.05.013	POTENCIAL SOSMATO-SENSITIVO	4,06	0,00	4,06
02.11.05.014	TESTE DE WADA	0,00	0,00	0,00
02.11.05.015	VIDEO-ELETROENCEFALOGRAMA C/ REGISTRO PROLONGADO	27,00	0,00	27,00
02.11.06.001	BIOMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR)	24,24	0,00	24,24
02.11.06.002	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	12,34	0,00	12,34
02.11.06.003	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRAFICO	40,00	4,32	44,32
02.11.06.005	CERATOMETRIA	3,37	0,00	3,37
02.11.06.006	CURVA DIARIA DE PRESSAO OCULAR CDPO (MINIMO 3 MEDIDAS)	10,11	55,51	65,62
02.11.06.007	ELETRO-OCULOGRAFIA	24,24	0,00	24,24
02.11.06.008	ELETRORETINOGRAFIA	24,24	0,00	24,24
02.11.06.009	ESTESIOMETRIA	3,37	0,00	3,37
02.11.06.010	FUNDOSCOPIA	3,37	0,00	3,37
02.11.06.011	GONIOSCOPIA	6,74	0,00	6,74
02.11.06.012	MAPEAMENTO DE RETINA	24,24	0,00	24,24
02.11.06.013	MEDIDA DE OFUSCAMENTO E CONTRASTE	3,37	0,00	3,37
02.11.06.015	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	3,37	0,00	3,37
02.11.06.016	POTENCIAL VISUAL EVOCADO	24,24	0,00	24,24
02.11.06.017	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	24,68	0,00	24,68
02.11.06.018	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	64,00	36,27	100,27

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.11.06.020	TESTE DE PROVOCACAO DE GLAUCOMA	6,74	0,00	6,74
02.11.06.021	TESTE DE SCHIRMER	3,37	0,00	3,37
02.11.06.022	TESTE DE VISAO DE CORES	3,37	0,00	3,37
02.11.06.023	TESTE ORTOPTICO	12,34	0,00	12,34
02.11.06.024	TESTE P/ ADAPTACAO DE LENTE DE CONTATO	12,34	0,00	12,34
02.11.06.025	TONOMETRIA	3,37	0,00	3,37
4955	ANGIOFLUERESCEINOGRAFIA RETINIANA - BINOCULAR	0,00	220,00	220,00
02.11.06.026	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CORNEA - MONOCULAR	0,00	24,24	24,24
02.11.07.004	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA) *Procedimento incluso pela Resolução nº 22/2026, publicada em 06 de agosto de 2026.	21,00	49,00	70,00
02.11.07.005	AVALIACAO AUDITIVA COMPORTAMENTAL	18,00	3,00	21,00
02.11.07.006	AVALIACAO DE LINGUAGEM ESCRITA / LEITURA	4,11	0,00	4,11
02.11.07.007	AVALIACAO DE LINGUAGEM ORAL	4,11	0,00	4,11
02.11.07.008	AVALIACAO MIOFUNCIONAL DE SISTEMA ESTOMATOGNATICO	4,11	0,00	4,11
02.11.07.009	AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DE DEFICIENCIA AUDITIVA	24,75	0,00	24,75
02.11.07.010	AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE DEFICIENCIA AUDITIVA	46,56	0,00	46,56
02.11.07.011	AVALIACAO VOCAL	4,11	0,00	4,11
02.11.07.012	ELETROCOCLEOGRAFIA	4,25	0,00	4,25
02.11.07.013	ELETROGUSTOMETRIA	1,37	0,00	1,37
02.11.07.014	EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS P/ TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINHA)	13,51	0,00	13,51

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.11.07.015	ESTUDO DE EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANSITORIAS E PRODUTOS DE DISTORCAO (EOA)	46,88	0,00	46,88
02.11.07.016	ESTUDO TOPODIAGNOSTICO DA PARALISIA FACIAL	8,10	0,00	8,10
02.11.07.017	EXAME DE ORGANIZACAO PERCEPTIVA	4,11	0,00	4,11
02.11.07.018	EXAME NEUROPSICOMOTOR EVOLUTIVO	4,11	0,00	4,11
02.11.07.019	GUSTOMETRIA	1,92	0,00	0,00
02.11.07.020	IMITANCIOMETRIA	23,00	54,00	77,00
02.11.07.021	LOGOAUDIOMETRIA (LDV-IRF-LRF)	26,25	61,75	88,00
02.11.07.022	OLFATOMETRIA	1,37	0,00	1,37
02.11.07.023	PESQUISA DE FISTULA PERILINFATICA	4,80	0,00	4,80
02.11.07.024	PESQUISA DE GANHO DE INSERCAO	12,00	0,00	12,00
02.11.07.024	PESQUISA DE GANHO DE INSERCAO	12,00	0,00	12,00
02.11.07.025	PESQUISA DE PARES CRANIANOS	1,37	0,00	1,37
02.11.07.026	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA MEDIA E LONGA LATENCIA (PEAT / BERA) *Alterado Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	46,88	253,12	300,00
02.11.07.027	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO P/ TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINHA)	13,51	0,00	13,51
02.11.07.028	PROVA DE FUNCAO TUBARIA	4,80	0,00	4,80
02.11.07.029	REAVALIACAO DIAGNOSTICA DE DEFICIENCIA AUDITIVA EM PACIENTE MAIOR DE 3 ANOS	22,55	0,00	22,55
02.11.07.030	REAVALIACAO DIAGNOSTICA DE DEFICIENCIA AUDITIVA EM PACIENTE MENOR DE 3 ANOS	44,36	0,00	44,36
02.11.07.031	SELECAO E VERIFICACAO DE BENEFICIO DO AASI	8,75	0,00	8,75
02.11.07.032	TESTES ACUMETRICOS (DIAPASAO)	1,37	0,00	1,37

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.11.07.033	TESTES AUDITIVOS SUPRALIMINARES	1,37	0,00	1,37
02.11.07.034	TESTES DE PROCESSAMENTO AUDITIVO	9,36	0,00	9,36
02.11.07.035	TESTES VESTIBULARES / OTONEUROLOGICOS (VECTOELETRONISTAGMOGRAFIA)	12,12	137,88	150,00
02.11.07.036	TRIAGEM AUDITIVA DE ESCOLARES	12,00	0,00	12,00
02.11.07.037	AVALIACAO E SELECAO PRE-CIRURGICA PARA IMPLANTE COCLEAR	46,56	0,00	46,56
02.11.07.038	MAPEAMENTO E BALANCEAMENTO DOS ELETRODOS	33,91	0,00	33,91
02.11.07.039	POTENCIAL EVOCADO ELETRICAMENTE NO SISTEMA AUDITIVO	93,76	0,00	93,76
02.11.07.040	REFLEXO ESTAPEDIANO ELICIADO ELETRICAMENTE	46,00	0,00	46,00
02.11.07.041	AVALIACAO E SELECAO PRE-CIRURGICA PARA PROTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO	46,56	0,00	46,56
02.11.08.001	ESPIROGRAFIA C/ DETERMINACAO DO VOLUME RESIDUAL	2,78	0,00	2,78
02.11.08.002	GASOMETRIA	2,78	14,07	16,85
02.11.08.003	GASOMETRIA (APOS EXERCICIO CICLO-ERGOMETRICO)	2,78	29,20	31,98
02.11.08.004	GASOMETRIA (APOS OXIGENIO A 100 DURANTE A DIFUSAO ALVEOLO-CAPILAR)	2,78	0,00	2,78
02.11.08.005	ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR	6,36	71,64	78,00
02.11.08.006	PROVA DE FUNCAO PULMONAR SIMPLES	4,28	57,99	62,27
02.11.08.007	PROVA FARMACODINAMICA	2,78	0,00	2,78
02.11.08.008	TESTE DA CAMINHADA DE 6 MINUTOS	2,78	0,00	2,78

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.11.09.001	AVALIACAO URODINAMICA COMPLETA	7,62	330,90	338,52
02.11.09.002	CATETERISMO DE URETRA	8,82	0,00	8,82
02.11.09.003	CISTOMETRIA C/ CISTOMETRO	8,82	0,00	8,82
02.11.09.004	CISTOMETRIA SIMPLES	8,82	0,00	8,82
02.11.09.005	DETERMINACAO DE PRESSAO INTRA-ABDOMINAL	8,82	0,00	8,82
02.11.09.006	PERFIL DE PRESSAO URETRAL	8,82	0,00	8,82
02.11.09.007	UROFLUXOMETRIA	8,82	91,68	100,50
02.11.10.001	APLICACAO DE TESTE P/ PSICODIAGNOSTICO	2,74	0,00	2,74
02.12.01.001	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS EM DOADOR DE SANGUE	15,00	0,00	15,00
02.12.01.002	EXAMES PRE-TRANSFUSIONAIS I	17,04	0,00	17,04
02.12.01.003	EXAMES PRE-TRANSFUSIONAIS II	17,04	0,00	17,04
02.12.01.004	FENOTIPAGEM K, FYA, FYB, JKA, JKB EM GEL	10,00	0,00	10,00
02.12.01.005	SOROLOGIA DE DOADOR DE SANGUE	75,00	0,00	75,00
02.12.01.006	TESTE DO ACIDO NUCLEICO (NAT) EM AMOSTRAS DE SANGUE DO DOADOR DE SANGUE.	9,34	0,00	9,34
02.12.02.001	DELEUCOCITACAO DE CONCENTRADO DE HEMACIAS	45,00	0,00	45,00
02.12.02.002	DELEUCOCITACAO DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS	70,00	0,00	70,00
02.12.02.003	IRRADIACAO DE SANGUE E COMPONENTES DESTINADOS A TRANSFUSAO	13,61	0,00	13,61
02.12.02.004	PREPARO DE COMPONENTES ALIQUOTADOS	5,00	0,00	5,00
02.12.02.005	PREPARO DE COMPONENTES LAVADOS	5,00	0,00	5,00
02.12.02.006	PROCESSAMENTO DE SANGUE	10,15	0,00	10,15
02.13.01.001	DETERMINACAO DE CARGA VIRAL DO HIV POR RT-PCR	0,00	0,00	0,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.13.01.002	ENSAIO IMUNOENZIMATICO -TESTE DE ELISA P/ IDENTIFICACAO DE LEPTOSPIRAS (LEPTOSPIROSE)	0,00	0,00	0,00
02.13.01.003	ENSAIO IMUNOENZIMATICO-ELISA P/ IDENTIFICACAO DO VIRUS DA FEBRE DO NILO OCIDENTAL	0,00	0,00	0,00
02.13.01.005	EXAME PARASITOLOGICO DIRETO P/ LEISHMANIAS (LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA)	0,00	0,00	0,00
02.13.01.006	EXAME PARASITOLOGICO DIRETO P/ LEISHMANIA CHAGAS1 (LEISHMANIOSE VISCERAL CANINA)	0,00	0,00	0,00
02.13.01.007	EXAME PARASITOLOGICO DIRETO P/ LEISHMANIA CHAGASI (LEISHMANIOSE VISCERAL HUMANA)	0,00	0,00	0,00
02.13.01.008	FAGOTIPAGEM P/ IDENTIFICACAO DA SALMONELA TYPHI (FEBRE TIFOIDE)	0,00	0,00	0,00
02.13.01.009	HISTOPATOLOGIA P/ IDENTIFICACAO DA HEPATITE A	0,00	0,00	0,00
02.13.01.010	HISTOPATOLOGIA P/ IDENTIFICACAO DA HEPATITE D	0,00	0,00	0,00
02.13.01.011	HISTOPATOLOGIA P/ IDENTIFICACAO DE DENGUE	0,00	0,00	0,00
02.13.01.012	HISTOPATOLOGIA P/ IDENTIFICACAO DE FEBRE AMARELA	0,00	0,00	0,00
02.13.01.013	HISTOPATOLOGIA P/ IDENTIFICACAO DE HEPATITE B	0,00	0,00	0,00
02.13.01.014	HISTOPATOLOGIA P/ IDENTIFICACAO DE HEPATITE C	0,00	0,00	0,00
02.13.01.016	HISTOQUIMICA P/ IDENTIFICACAO DO VIRUS DA HEPATITE A	0,00	0,00	0,00
02.13.01.017	HISTOQUIMICA P/ IDENTIFICACAO DE HEPATITE C	0,00	0,00	0,00
02.13.01.018	IDENTIFICACAO DE VIRUS DA RAIVA POR RT-PCR	0,00	0,00	0,00
02.13.01.019	IDENTIFICACAO DO HANTAVIRUS POR RT-PCR (HANTAVIROSE)	0,00	0,00	0,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.13.01.020	IDENTIFICACAO DO VIRUS DA HEPATITE B POR PCR (QUANTITATIVO)	0,00	0,00	0,00
02.13.01.021	IMUNOCROMATOGRAFIA P/ IDENTIFICACAO DE PLASMODIOS (MALARIA)	0,00	0,00	0,00
02.13.01.022	IMUNOFLUORESCENCIA DIRETA P/ IDENTIFICACAO DO VIRUS DA INFLUENZA	0,00	0,00	0,00
02.13.01.023	IMUNOFLUORESCENCIA DIRETA P/ IDENTIFICACAO DO VIRUS DA RAIVA	0,00	0,00	0,00
02.13.01.024	IMUNOFLUORESCENCIA INDIRETA P/ (IDENTIFICACAO DE LEPTOSPIRAS (LEPTOSPIROSE)	0,00	0,00	0,00
02.13.01.025	IMUNOFLUORESCENCIA INDIRETA P/ IDENTIFICACAO DA RICKETTSIA RICKTTSII (FEBRE MACULOSA)	0,00	0,00	0,00
02.13.01.026	IMUNOFLUORESCENCIA INDIRETA P/ IDENTIFICACAO DE PLASMODIOS (MALARIA)	0,00	0,00	0,00
02.13.01.027	IMUNOFLUORESCENCIA INDIRETA P/ IDENTIFICACAO DO SHISTOSSOMA MANSONI	0,00	0,00	0,00
02.13.01.029	IMUNOHISTOQUIMICA P/ IDENTIFICACAO DA RICKETTISIA RICKETTSII (FEBRE MACULOSA)	0,00	0,00	0,00
02.13.01.030	IMUNOHISTOQUIMICA P/ IDENTIFICACAO DE LEPTOSPIRAS (LEPTOSPIROSE)	0,00	0,00	0,00
02.13.01.032	IMUNOHISTOQUIMICA P/ IDENTIFICACAO DO HANTAVIRUS (HANTAVIROSE)	0,00	0,00	0,00
02.13.01.033	IMUNOHISTOQUIMICA P/ IDENTIFICACAO DO VIRUS DA DENGUE	0,00	0,00	0,00
02.13.01.034	IMUNOHISTOQUIMICA P/ IDENTIFICACAO DO VIRUS DA FEBRE AMARELA	0,00	0,00	0,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.13.01.035	IMUNOHISTOQUIMICA P/ IDENTIFICACAO DO VIRUS DA HEPATITE B	0,00	0,00	0,00
02.13.01.036	IMUNOHISTOQUIMICA P/ IDENTIFICACAO DO VIRUS DA HEPATITE D	0,00	0,00	0,00
02.13.01.037	ISOLAMENTO DA RICKETTSIA RICKTTSII (FEBRE MACULOSA)	0,00	0,00	0,00
02.13.01.038	ISOLAMENTO DO VIRUS DA DENGUE	0,00	0,00	0,00
02.13.01.039	ISOLAMENTO DO VIRUS DA FEBRE DO NILO OCIDENTAL	0,00	0,00	0,00
02.13.01.040	ISOLAMENTO DO VIRUS DA INFLUENZA	0,00	0,00	0,00
02.13.01.041	ISOLAMENTO DO VIRUS DA MENINGITE VIRAL	0,00	0,00	0,00
02.13.01.042	ISOLAMENTO DO VIRUS DA POLIOMIELITE	0,00	0,00	0,00
02.13.01.043	ISOLAMENTO DO VIRUS DA RAIVA	0,00	0,00	0,00
02.13.01.044	ISOLAMENTO DO VIRUS DO SARAMPO	0,00	0,00	0,00
02.13.01.045	MICRO-AGLUTINACAO P/ IDENTIFICACAO DE LEPTOSPIRAS (LEPTOSPIROSE)	0,00	0,00	0,00
02.13.01.046	PESQUISA DE TRIPANOSSOMAS (NO BARBEIRO)	0,00	0,00	0,00
02.13.01.047	PROVA BIOLOGICA P/ IDENTIFICACAO DO VIRUS DA RAIVA	0,00	0,00	0,00
02.13.01.048	PROVA CONTRA-IMUNOELETROFORESE P/ MENINGOCOCOS (MENINGITE BACTERIANA)	0,00	0,00	0,00
02.13.01.049	PROVA DE TOXIGENICIDADE P/ BACILO DIFTERICO (IN VITRO)	0,00	0,00	0,00
02.13.01.050	QUANTIFICACAO DA CARGA VIRAL DO HIV (RNA)	0,00	0,00	0,00
02.13.01.051	SEQUENCIAMENTO P/ IDENTIFICACAO DO VIRUS DA MENINGITE VIRAL	0,00	0,00	0,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.13.01.052	SEQUENCIAMENTO P/ IDENTIFICACAO DO VIRUS DA POLIOMIELITE	0,00	0,00	0,00
02.13.01.053	SEQUENCIAMENTO P/ IDENTIFICACAO DO VIRUS DO SARAMPO	0,00	0,00	0,00
02.13.01.054	GENOTIPAGEM DO HCV	0,00	0,00	0,00
02.13.01.055	SOROLOGIA P/ IDENTIFICACAO DO VIBRIO CHOLERAE	0,00	0,00	0,00
02.13.01.056	TESTE DE ELISA IGG P/ IDENTIFICACAO DE PARVOVIRUS (PARVOVIROSE)	0,00	0,00	0,00
02.13.01.057	TESTE DE ELISA IGG P/ IDENTIFICACAO DO TOXOPLASMA GONDII (TOXOPLASMOSE)	0,00	0,00	0,00
02.13.01.058	TESTE DE ELISA IGG P/ IDENTIFICACAO DO VIRUS DO SARAMPO	0,00	0,00	0,00
02.13.01.060	TESTE DE ELISA IGM P/ IDENTIFICACAO DO PARVOVIRUS (PARVOVIROSE)	0,00	0,00	0,00
02.13.01.061	TESTE DE ELISA IGM P/ IDENTIFICACAO DO VIRUS DO SARAMPO	0,00	0,00	0,00
02.13.01.062	TESTE DE ELISA P/ IDENTIFICACAO DO VIRUS DA FEBRE AMARELA (ENSAIO IMUNOENZIMATICO)	0,00	0,00	0,00
02.13.01.063	TESTE DE HEMAGLUTINACAO INDIRETA P/ IDENTIFICACAO DO VIRUS DA INFLUENZA	0,00	0,00	0,00
02.13.01.064	TESTE DE HEMAGLUTINACAO P/ IDENTIFICACAO DA PASTEURELLA PESTIS (PESTE BUBONICA)	0,00	0,00	0,00
02.13.01.065	TESTE DE HEMAGLUTINACAO P/ IDENTIFICACAO DO VIRUS DA FEBRE AMARELA	0,00	0,00	0,00
02.13.01.066	TESTE DE HEMAGLUTINACAO P/ IDENTIFICACAO DO VIRUS DA FEBRE DO NILO OCIDENTAL	0,00	0,00	0,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.13.01.067	TESTE DE HIBRIDIZACAO IN SITU P/ IDENTIFICACAO DO VIRUS DA DENGUE	0,00	0,00	0,00
02.13.01.068	TESTE DE NEUTRALIZACAO P/ IDENTIFICACAO DO VIRUS DA FEBRE AMARELA	0,00	0,00	0,00
02.13.01.069	TESTE DE SENSIBILIDADE A DROGAS CONTRA A TUBERCULOSE	0,00	0,00	0,00
02.13.01.070	TESTE DE SORONEUTRALIZACAO P/ IDENTIFICACAO DO VIRUS DA RAIVA	0,00	0,00	0,00
02.13.02.001	ANALISE DE BACTERIAS PATOGENICAS EM AGUA	0,00	0,00	0,00
02.13.02.002	ANALISE DE BACTERIAS PATOGENICAS EM SOLO	0,00	0,00	0,00
02.13.02.003	ANALISE DE COLIFORMES E BACTERIAS HETEROTROFICAS EM ÁGUA	0,00	0,00	0,00
02.13.02.004	ANALISE DE METAIS PESADOS	0,00	0,00	0,00
02.13.02.005	ANALISE DE RESIDUOS DE PESTICIDAS	0,00	0,00	0,00
02.13.02.006	ANALISE FISICO-QUIMICA DE ÁGUA	0,00	0,00	0,00
02.13.02.007	CULTURA P/ IDENTIFICACAO DO VIBRIO CHOLERAE EM ANALISE DE ÁGUA	0,00	0,00	0,00
02.13.02.008	CULTURA P/ IDENTIFICACAO DO VIBRIO CHOLERAE EM ANALISE DE ALIMENTOS	0,00	0,00	0,00
02.14.01.001	GLICEMIA CAPILAR	0,00	0,00	0,00
02.14.01.002	PESQUISA DE CORPOS CETONICOS NA URINA	0,00	0,00	0,00
02.14.01.003	PESQUISA DE GLICOSE NA URINA	0,00	0,00	0,00
02.14.01.004	TESTE RAPIDO PARA DETECCAO DE HIV NA GESTANTE OU PAI/PARCEIRO	1,00	0,00	1,00
02.14.01.005	TESTE RAPIDO PARA DETECCAO DE INFECCAO PELO HIV	1,00	0,00	1,00
02.14.01.006	TESTE RAPIDO DE GRAVIDEZ	0,00	0,00	0,00
02.14.01.007	TESTE RAPIDO PARA SIFILIS	1,00	0,00	0,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
02.14.01.008	TESTE RAPIDO PARA SIFILIS NA GESTANTE OU PAI/PARCEIRO	0,00	0,00	0,00
02.14.01.009	TESTE RAPIDO PARA DETECCAO DE HEPATITE C	0,00	0,00	0,00
02.14.01.010	TESTE RAPIDO PARA DETECCAO DE INFECCAO PELO HBV	0,00	0,00	0,00
03.01.01.004	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENCAO ESPECIALIZADA (EXCETO MEDICO)	6,30	0,00	0,00
03.01.01.005	CONSULTA MEDICA EM SAUDE DO TRABALHADOR	10,00	0,00	0,00
03.01.01.007	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	10,00	0,00	10,00
03.01.01.007	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA – CIRURGIA GERAL * Procedimento incluído pela Resolução nº 01/2024, publicada aos 17 de janeiro de 2024.	10,00	80,00	90,00
03.01.01.007	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA – CIRURGIA GERAL INFANTIL * Procedimento incluído pela Resolução nº 01/2024, publicada aos 17 de janeiro de 2024.	10,00	80,00	90,00
03.01.01.013	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR	0,00	0,00	0,00
03.01.01.015	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLOGICA PROGRAMATICA	0,00	0,00	0,00
03.01.01.019	AVALIACAO CLINICA PARA DIAGNOSTICO DE DOENCAS RARAS - EIXO I: 1-ANOMAILIAS CONGENITAS OU DE MANIFESTACAO TARDIA	800,00	0,00	800,00
03.01.01.020	AVALIACAO CLINICA PARA DIAGNOSTICO DE DOENCAS RARAS - EIXO I: 2- DEFICIENCIA INTELECTUAL	800,00	0,00	800,00
03.01.01.021	AVALIACAO CLINICA DE DIAGNOSTICO DE DOENCAS RARAS EIXO I: 3 - ERROS INATOS DE METABOLISSMO	600,00	0,00	600,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
03.01.01.022	ACONSELHAMENTO GENETICO	100,00	0,00	100,00
03.01.02.003	EMISSAO DE PARECER SOBRE NEXO CAUSAL	7,26	0,00	7,26
03.01.07.001	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE C/ IMPLANTE COCLEAR	58,62	0,00	58,62
03.01.07.002	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO EM COMUNICACAO ALTERNATIVA	17,67	0,00	17,67
03.01.07.003	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE P/ ADAPTACAO DE APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) UNI / BILATERAL	21,68	0,00	21,68
03.01.07.004	ACOMPANHAMENTO NEUROPSICOLOGICO DE PACIENTE EM REABILITACAO (TERAPEUTA OCUPACIONAL, MUSICOTERAPEUTA, PEDAGOGO, PSICOPEDAGOGO, PSICÓLOGO). PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO AUTISTA *Alterado Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	17,67	32,33	50,00
03.01.07.005	ACOMPANHAMENTO PSICOPEDAGOGICO DE PACIENTE EM REABILITACAO (TERAPEUTA OCUPACIONAL, MUSICOTERAPEUTA, PEDAGOGO, PSICOPEDAGOGO, PSICÓLOGO). PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO AUTISTA *Alterado Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	17,67	32,33	50,00
03.01.07.006	ATENDIMENTO / ACOMPANHAMENTO EM REABILITACAO NAS MULTIPLAS DEFICIENCIAS (TERAPEUTA OCUPACIONAL, MUSICOTERAPEUTA, PEDAGOGO, PSICOPEDAGOGO, PSICÓLOGO). PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO AUTISTA *Alterado Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	7,71	42,29	50,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
03.01.07.007	ATENDIMENTO / ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR (TERAPEUTA OCUPACIONAL, MUSICOTERAPEUTA, PEDAGOGO, PSICOPEDAGOGO, PSICÓLOGO). PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO AUTISTA *Alterado Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	17,67	32,33	50,00
03.01.07.008	ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I PARA PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS (POR OFICINA)	6,66	0,00	6,66
03.01.07.009	ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA II PARA PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS (POR OFICINA)	25,24	0,00	25,24
03.01.07.010	ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO INTENSIVO DE PACIENTE EM REABILITACAO FISICA (1 TURNO PACIENTE-DIA - 15 ATENDIMENTOS-MES)	17,55	0,00	17,55
03.01.07.011	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INDIVIDUAL *Alterado Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	10,90	39,10	50,00
03.01.08.017-8	ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA *Alterado Conforme Resolução nº 08 de 27 de junho de 2024.	2,55	47,45	50,00
03.01.10.015	RETIRADA DE PONTOS DE CIRURGIAS BASICAS (POR PACIENTE)	0,00	0,00	0,00
03.02.01.001	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE NO PRE/POS CIRURGIAS UROGINECOLOGICAS *Alterado Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	6,35	18,65	25,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
03.02.01.002	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNCOES UROGINECOLOGICAS *Alterado Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	4,67	20,33	25,00
03.02.01.003	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE NEONATO *Alterado Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	0,00	25,00	25,00
03.02.02.001	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS *Alterado Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	6,35	18,65	25,00
03.02.02.002	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE ONCOLOGICO CLINICO *Alterado Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	4,67	20,33	25,00
03.02.02.003	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE NO PRE E POS CIRURGIA ONCOLOGICA *Alterado Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	6,35	18,65	25,00
03.02.03.001	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM ALTERACOES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTEMICO *Alterado Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	6,35	18,65	25,00
03.02.03.002	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM ALTERACOES OCULOMOTORAS PERIFERICAS *Alterado Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	4,67	20,33	25,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
03.02.04.001	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATORIO COM COMPLICACOES SISTEMICAS *Alterado Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	6,35	18,65	25,00
03.02.04.002	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATORIO SEM COMPLICACOES SISTEMICAS *Alterado Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	4,67	20,33	25,00
03.02.04.003	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLINICO CARDIOVASCULAR *Alterado Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	4,67	20,33	25,00
03.02.04.004	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE PRE/POS CIRURGIA CARDIOVASCULAR *Alterado Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	6,35	18,65	25,00
03.02.04.005	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO NAS DISFUNCOES VASCULARES PERIFERICAS *Alterado Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	4,67	20,33	25,00
03.02.05.001	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES NO PRE E POS-OPERATORIO NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELETICAS *Alterado Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	6,35	18,65	25,00
03.02.05.002	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO NAS ALTERACOES MOTORAS *Alterado Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	4,67	20,33	25,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
03.02.05.003	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES NO PRE E POS-OPERATORIO NAS DISFUNCOES MUSCULO- ESQUELETICAS C/ COMPLICACOES *Alterado Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	6,35	18,65	25,00
03.02.06.001	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTURBIOS NEURO-CINETICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICACOES SISTEMICAS *Alterado Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	4,67	20,33	25,00
03.02.06.002	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTURBIOS NEURO-CINETICO-FUNCIONAIS COM COMPLICACOES SISTEMICAS. *Alterado Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	6,35	18,65	25,00
03.02.06.003	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR *Alterado Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	4,67	20,33	25,00
03.02.06.004	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO *Alterado Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	6,35	18,65	25,00
03.02.06.005	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE NO PRE/POS-OPERATORIO DE NEUROCIRURGIA *Alterado Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	6,35	18,65	25,00
03.02.07.001	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE MEDIO QUEIMADO *Alterado Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	4,67	20,33	25,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
03.02.07.002	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO *Alterado conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	0,00	25,00	25,00
03.02.07.003	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM SEQUELAS POR QUEIMADURAS (MEDIO E GRANDE QUEIMADOS) *Alterado conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	4,67	20,33	25,00
03.03.07.004	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESOFAGO	49,50	0,00	49,50
03.03.07.005	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESTOMAGO / DUODENO	47,25	0,00	47,25
03.03.07.013	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIA CLINICA POS-CIRURGIA BARIATRICA	0,00	0,00	0,00
03.03.08.001	CAUTERIZACAO QUIMICA DE PEQUENAS LESOES	1,48	0,00	0,00
03.03.09.001	ARTROCENTESE DE GRANDES ARTICULACOES	30,69	0,00	0,00
03.03.09.002	ARTROCENTESE DE PEQUENAS ARTICULACOES	0,00	0,00	0,00
03.03.09.003	INFILTRACAO DE SUBSTANCIAS EM CAVIDADE SINOVIAL (ARTICULACAO, BAINHA TENDINOSA)	5,63	0,00	0,00
03.03.09.004	INSTALACAO DE TRACAO CUTANEA	0,00	0,00	0,00
03.07.01.001	CAPEAMENTO PULPAR	0,00	11,90	11,90
03.07.01.002	RESTAURACAO DE DENTE DECIDUO	0,00	0,00	0,00
03.07.01.003	RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR	0,00	0,00	0,00
03.07.01.004	RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR	0,00	0,00	0,00
03.07.01.005	TRATAMENTO DE NEVRALGIAS FACIAIS	10,82	0,00	10,82
03.07.02.001	ACESSO A POLPA DENTARIA E MEDICACAO (POR DENTE)	0,00	0,00	0,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
03.07.02.002	CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECANICO	0,00	44,20	44,20
03.07.02.003	OBTURACAO DE DENTE DECIDUO	5,59	0,00	5,59
03.07.02.004	OBTURACAO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR	5,71	0,00	5,71
03.07.02.005	OBTURACAO EM DENTE PERMANENTE COM TRES OU MAIS RAIZES	6,95	0,00	6,95
03.07.02.006	OBTURACAO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	4,41	0,00	4,41
03.07.02.007	PULPOTOMIA DENTARIA	0,00	57,80	57,80
03.07.02.008	RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR	5,71	317,29	323,00
03.07.02.009	RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE COM 3 OU MAIS RAIZES	6,95	435,05	442,00
03.07.02.010	RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR	4,41	199,59	204,00
03.07.02.011	SELAMENTO DE PERFURACAO RADICULAR	2,56	0,00	2,56
03.07.03.002	RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	0,00	42,50	42,50
03.07.03.003	RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE)	1,24	0,00	1,24
03.07.03.005	RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	0,00	9,52	9,52
03.07.04.001	COLOCACAO DE PLACA DE MORDIDA	1,59	112,03	113,62
03.07.04.006	MANUTENCAO PERIODICA DE PROTESE BUCO-MAXILO-FACIAL	1,16	0,00	1,16
03.07.04.007	MOLDAGEM DENTO-GENGIVAL P/ CONSTRUCAO DE PROTESE DENTARIA	0,00	0,00	0,00
03.07.04.010	INSTALACAO DE PROTESE EM PACIENTES COM ANOMALIAS CRANIO E BUCOMAXILOFACIAL	22,33	0,00	22,33

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
03.07.04.011	INSTALACAO DE APARELHO ORTODONTICO/ORTOPEDICO FIXO	67,00	38,88	105,88
03.07.04.012	MANUTENCAO/CONSERTO DE APARELHO ORTODONTICO/ORTOPEDICO	34,00	18,85	52,85
03.07.04.013	CIMENTACAO DE PROTESE DENTARIA	0,00	0,00	0,00
03.07.04.014	ADAPTACAO DE PROTESE DENTARIA	0,00	0,00	0,00
03.07.04.016	INSTALACAO DE PROTESE DENTARIA	0,00	0,00	0,00
03.08.01.001	TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA	0,00	0,00	0,00
03.09.03.003	CAUTERIZACAO QUIMICA DE BEXIGA	3,40	0,00	3,40
03.09.03.004	CRIOCAUTERIZACAO / ELETROCOAGULACAO DE COLO DE UTERO	11,26	0,00	11,26
03.09.03.005	DILATACAO DE URETRA (POR SESSAO)	1,52	0,00	1,52
03.09.03.006	DILATACAO ENDOSCOPICA UNI / BILATERAL	31,26	0,00	31,26
03.09.03.007	HIDROTUBACAO (POR TRATAMENTO COMPLETO)	11,26	0,00	11,26
03.09.03.008	INSTILACAO DE BEXIGA	1,52	0,00	1,52
03.09.03.009	INSTILACAO DE URETRA E BEXIGA	0,00	0,00	0,00
03.09.03.010	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (ONDA DE CHOQUE - TRATATAMENTO SUBSEQUENTE EM 1 REGIAO RENAL)	172,00	258,00	430,00
03.09.03.011	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (ONDA DE CHOQUE - TRATATAMENTO SUBSEQUENTE EM 2 REGIOES RENAIS)	150,50	526,75	677,25
03.09.03.012	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (ONDA DE CHOQUE PARCIAL / COMPLETA EM 1 REGIAO RENAL)	172,00	344,00	516,00
03.09.03.013	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (ONDA DE CHOQUE PARCIAL / COMPLETA EM 2 REGIOES RENAIS)	150,50	526,75	677,25

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
03.09.03.014	MASSAGEM DE PROSTATA (POR SESSAO)	1,52	0,00	1,52
03.09.03.015	PERSUFLACAO P/ DESOBSTRUCAO TUBARIA (POR TRATAMENTO COMPLETO)	11,26	0,00	11,26
03.09.04.001	AVALIACAO DE MARCAPASSO	0,00	0,00	0,00
03.09.05.003	SESSAO DE ELETROESTIMULACAO	0,77	0,00	0,77
03.09.06.001	INSTALACAO DE CATETER DUPLO LUMEN POR PUNCAO	0,00	0,00	0,00
03.09.06.003	INSTALACAO DE CATETER MONO LUMEN POR PUNCAO	0,00	0,00	0,00
03.09.07.001	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NAO ESTETICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	300,78	0,00	300,78
4938	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NAO ESTETICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES UNILATERAL (COMPLETO)	300,78	599,22	900,00
04.01.01.001	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	32,40	0,00	32,40
04.01.01.002	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	0,00	0,00	0,00
04.01.01.003	DRENAGEM DE ABSCESSO	0,00	0,00	0,00
04.01.01.004	ELETROCOAGULACAO DE LESAO CUTANEA	11,84	0,00	11,84
04.01.01.005	EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	23,16	0,00	23,16
04.01.01.006	EXCISAO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESOES / FERIMENTOS DE PELE / ANEXOS E MUCOSA	0,00	0,00	0,00
04.01.01.007	EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA	12,46	0,00	12,46
04.01.01.008	FRENECTOMIA	0,00	0,00	0,00
04.01.01.009	FULGURACAO / CAUTERIZACAO QUIMICA DE LESOES CUTANEAS	11,84	0,00	11,84

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
04.01.01.010	INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO	11,84	0,00	11,84
04.01.01.011	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTANEO	11,84	0,00	11,84
04.01.01.012	RETIRADA DE LESAO POR SHAVING	19,79	0,00	19,79
04.01.01.013	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA DO PESCOCO (POR APROXIMACAO)	29,86	0,00	29,86
04.01.02.001	ENXERTO COMPOSTO	0,00	0,00	0,00
04.01.02.002	ENXERTO DERMO-EPIDERMICO	0,00	0,00	0,00
04.01.02.003	ENXERTO LIVRE DE PELE TOTAL	0,00	0,00	0,00
04.01.02.004	EXCISAO E ENXERTO DE PELE (HEMANGIOMA, NEVUS OU TUMOR)	0,00	0,00	0,00
04.01.02.005	EXCISAO E SUTURA DE LESAO NA PELE C/ PLASTICA EM Z OU ROTACAO DE RETALHO	0,00	0,00	0,00
04.01.02.006	EXERESE DE CISTO BRANQUIAL	0,00	0,00	0,00
04.01.02.007	EXERESE DE CISTO DERMOIDE	0,00	0,00	0,00
04.01.02.008	EXERESE DE CISTO SACRO-COCCIGEO	29,86	0,00	29,86
04.01.02.009	EXERESE DE CISTO TIREOGLOSSO	0,00	0,00	0,00
04.01.02.010	EXTIRPACAO E SUPRESSAO DE LESAO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTANEO	0,00	0,00	0,00
04.01.02.011	HOMOENXERTIA (ATO CIRURGICO PRE E POS-OPERATORIO)	0,00	0,00	0,00
04.01.02.012	TRATAMENTO CIRURGICO DE ESCALPO PARCIAL	0,00	0,00	0,00
04.01.02.013	TRATAMENTO CIRURGICO DE ESCALPO TOTAL	0,00	0,00	0,00
04.01.02.014	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIPERCERATOSE PLANTAR (C/ CORRECAO PLASTICA)	0,00	0,00	0,00
04.01.02.015	TRATAMENTO CIRURGICO DO SINUS PRE-AURICULAR	56,88	0,00	56,88
04.01.02.016	TRATAMENTO EM ESTAGIOS SUBSEQUENTES DE ENXERTIA	0,00	0,00	0,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
04.01.02.017	CIRURGIA DE UNHA (CANTOPLASTIA)	0,00	0,00	0,00
04.04.01.030	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CAVIDADE AUDITIVA E NASAL	0,00	0,00	0,00
04.04.01.031	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO / FARINGE / LARINGE / NARIZ	26,42	53,58	80,00
04.04.02.065	TRATAMENTO CIRURGICO DE OSTEOMA, ODONTOMA /OUTRAS LESOES ESPECIFICADAS	341,20	29,40	370,60
04.05.01.004	DRENAGEM DE ABSCESSO DE PALPEBRA	22,93	0,00	22,93
04.05.01.005	EPILACAO A LASER	45,00	0,00	45,00
04.05.01.006	EPILACAO DE CILIOS	22,93	0,00	22,93
04.05.01.007	EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESOES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS	78,75	0,00	78,75
04.05.01.008	EXTIRPACAO DE GLANDULA LACRIMAL	0,00	0,00	0,00
04.05.01.010	OCLUSAO DE PONTO LACRIMAL	19,14	0,00	19,14
04.05.01.011	RECONSTITUICAO DE CANAL LACRIMAL	689,66	0,00	389,64
04.05.01.012	RECONSTITUICAO PARCIAL DE PALPEBRA COM TARSORRAFIA	311,04	0,00	259,20
04.05.01.013	RECONSTITUICAO TOTAL DE PALPEBRA	0,00	650,66	650,66
04.05.01.014	SIMBLEFAROPLASTIA	203,74	0,00	203,74
04.05.01.015	SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL	0,00	0,00	0,00
04.05.01.016	SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS	22,93	0,00	22,93
04.05.01.017	SUTURA DE PALPEBRAS	143,99	0,00	143,99
04.05.01.018	TRATAMENTO CIRURGICO DE BLEFAROCALASE	95,42	0,00	95,42
04.05.01.019	TRATAMENTO CIRURGICO DE TRIQUIASE C/ OU S/ ENXERTO	278,90	0,00	278,90
04.05.01.020	PUNCTOPLASTIA	19,14	0,00	19,14

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
04.05.02.001	CORRECAO CIRURGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MUSCULOS)	1160,45	0,00	1160,45
04.05.02.002	CORRECAO CIRURGICA DO ESTRABISMO (ATE 2 MUSCULOS)	815,42	0,00	815,42
04.05.03.001	APLICACAO DE PLACA RADIOATIVA EPISCLERAL	0,00	0,00	0,00
04.05.03.002	BIOPSIA DE TUMOR INTRA OCULAR	75,60	0,00	75,60
04.05.03.003	CRIOTERAPIA OCULAR	116,00	0,00	116,00
04.05.03.004	FOTOCOAGULACAO A LASER - BINOCULAR	107,61	0,00	107,61
04.05.03.005	INJECAO INTRA-VITREO	82,28	0,00	82,28
04.05.03.007	RETINOPEXIA C/ INTROFLEXAO ESCLERAL	1074,86	0,00	1074,86
04.05.03.009	SUTURA DE ESCLERA	161,19	0,00	161,19
04.05.03.010	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEISCENCIA DE SUTURA DE ESCLERA	159,37	0,00	159,37
04.05.03.011	TRATAMENTO CIRURGICO DE MIIASE PALPEBRAL	22,93	0,00	22,93
04.05.03.012	TRATAMENTO CIRURGICO DE NEOPLASIA DE ESCLERA	259,20	0,00	259,20
04.05.03.013	VITRECTOMIA ANTERIOR	381,08	0,00	381,08
04.05.03.014	VITRECTOMIA POSTERIOR	0,00	0,00	0,00
04.05.03.015	VITRIOLISE A YAG LASER	54,00	0,00	54,00
04.05.03.016	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSAO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER	0,00	0,00	0,00
04.05.03.017	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSAO DE PERFLUOCARBONO/OLEO DE SILICONE/ENDOLASER	3283,41	0,00	3283,41
04.05.03.018	TERMOTERAPIA TRANSPUPILAR	0,00	0,00	0,00
04.05.03.019	PAN-FOTOCOAGULACAO DE RETINA A LASER	300,60	0,00	300,60
04.05.03.020	DRENAGEM DE HEMORRAGIA DE COROIDE	0,00	0,00	0,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
04.05.03.021	RETINOPEXIA PNEUMATICA	389,64	0,00	389,64
04.05.03.022	REMOCAO DE OLEO DE SILICONE	468,60	0,00	468,60
04.05.03.023	REMOCAO DE IMPLANTE EPISCLERAL	389,64	0,00	389,64
04.05.04.001	CORRECAO CIRURGICA DE LAGOFTALMO	282,08	0,00	282,08
04.05.04.002	CRIOTERAPIA DE TUMORES INTRA-OCULARES	0,00	619,17	619,17
04.05.04.004	DESCOMPRESSAO DE NERVO OPTICO	0,00	0,00	0,00
04.05.04.005	DESCOMPRESSAO DE ORBITA	0,00	0,00	0,00
04.05.04.006	ENUCLEACAO DE GLOBO OCULAR	415,57	0,00	415,57
04.05.04.007	EVISCERACAO DE GLOBO OCULAR	587,51	0,00	335,72
04.05.04.008	EXENTERACAO DE ORBITA	0,00	0,00	0,00
04.05.04.009	EXERESE DE TUMOR MALIGNO INTRA-OCULAR	0,00	0,00	0,00
04.05.04.010	EXPLANTE DE LENTE INTRA OCULAR	846,19	0,00	846,19
04.05.04.013	INJECAO RETROBULBAR / PERIBULBAR	22,93	0,00	22,93
04.05.04.014	ORBITOTOMIA	0,00	0,00	0,00
04.05.04.015	RECONSTITUICAO DE CAVIDADE ORBITARIA	0,00	0,00	0,00
04.05.04.016	RECONSTITUICAO DE PAREDE DA ORBITA	0,00	0,00	0,00
04.05.04.018	TRANSPLANTE DE PERIOSTEO EM ESCLEROMALACIA	0,00	0,00	0,00
04.05.04.019	TRATAMENTO CIRURGICO DE XANTELASMA	116,42	0,00	116,42
04.05.04.020	TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL	449,44	0,00	449,44
04.05.04.021	REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRAOCULAR	453,60	0,00	453,60
04.05.05.001	CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRURGICA	180,45	0,00	180,45
04.05.05.002	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	78,75	0,00	78,75
04.05.05.003	CAUTERIZACAO DE CORNEA	19,14	0,00	19,14

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
04.05.05.004	CICLOCRIOCOAGULACAO / DIATERMIA	587,51	0,00	587,51
04.05.05.005	CICLODIALISE	453,41	0,00	453,41
04.05.05.006	CORRECAO DE ASTIGMATISMO SECUNDARIO	19,14	0,00	19,14
04.05.05.007	CORRECAO CIRURGICA DE HERNIA DE IRIS	259,20	0,00	259,20
04.05.05.008	EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA	82,28	0,00	82,28
04.05.05.009	FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	531,60	0,00	531,60
04.05.05.010	FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	483,60	0,00	483,60
04.05.05.011	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA	651,60	0,00	651,60
04.05.05.012	FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER	45,00	0,00	45,00
04.05.05.013	IMPLANTE DE PROTESE ANTI-GLAUCOMATOSA	873,61	0,00	873,61
04.05.05.014	IMPLANTE INTRA-ESTROMAL	902,95	0,00	902,95
04.05.05.015	IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTE INTRA-OCULAR - LIO	1112,83	0,00	1112,83
04.05.05.016	INJECAO SUBCONJUTIVAL / SUBTENONIANA	8,24	0,00	8,24
04.05.05.017	IRIDECTOMIA CIRURGICA	297,46	0,00	297,46
04.05.05.018	IRIDOCICLECTOMIA	0,00	0,00	0,00
04.05.05.019	IRIDOTOMIA A LASER	45,00	0,00	45,00
04.05.05.020	PARACENTESE DE CAMARA ANTERIOR	82,28	0,00	82,28
04.05.05.021	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	172,27	0,00	172,27
04.05.05.022	RECONSTITUICAO DE FORNIX CONJUNTIVAL	436,44	0,00	436,44
04.05.05.023	RECONSTRUCAO DE CAMARA ANTERIOR DO OLHO	0,00	794,89	794,89
04.05.05.024	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CAMARA ANTERIOR DO OLHO	335,72	0,00	335,72
04.05.05.025	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CORNEA	25,00	0,00	25,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
04.05.05.026	SINEQUIOLISE A YAG LASER	45,00	0,00	45,00
04.05.05.028	SUBSTITUICAO DE LENTE INTRA-OCULAR	544,88	0,00	544,88
04.05.05.029	SUTURA DE CONJUNTIVA	82,28	0,00	82,28
04.05.05.030	SUTURA DE CORNEA	164,08	0,00	164,08
04.05.05.031	TOPOPLASTIA DO TRANSPLANTE	0,00	0,00	0,00
04.05.05.032	TRABECULECTOMIA	898,35	0,00	898,35
04.05.05.035	TRATAMENTO CIRURGICO DE GLAUCOMA CONGENITO	0,00	0,00	0,00
04.05.05.036	TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO	209,55	0,00	209,55
04.05.05.037	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	771,60	0,00	771,60
04.05.05.038	CIRURGIA DE CATARATA CONGENITA	0,00	0,00	0,00
04.05.05.039	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEISCENCIA DE SUTURA DE CORNEA	172,12	0,00	172,12
04.07.01.024	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA	31,26	0,00	31,26
04.07.01.025	RETIRADA DE POLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA	29,84	120,00	149,84
04.07.01.026	TAMPONAMENTO DE LESOES HEMORRAGICAS DO APARELHO DIGESTIVO	0,00	0,00	0,00
04.07.01.030	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES ESOFAGICAS	0,00	0,00	0,00
04.07.01.031	TRATAMENTO ESCLEROSANTE / LIGADURA ELASTICA DE LESAO HEMORRAGICA DO APARELHO DIGESTIVO (Ligadura elástica de varizes esofágicas, inclui EDA)	51,75	1.548,25	1.600,00
04.07.01.032	TRATAMENTO ESCLEROSANTE DE LESOES NAO HEMORRAGICAS DO APARELHO DIGESTIVO INCLUINDO LIGADURA ELASTICA	51,75	0,00	51,75
04.07.02.005	CERCLAGEM DE ANUS	13,06	0,00	13,06

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
04.07.02.012	DILATACAO DIGITAL / INSTRUMENTAL DO ANUS E/OU RETO	13,06	0,00	13,06
04.07.02.013	DRENAGEM DE ABSCESSO ANU-RETAL	22,72	0,00	22,72
04.07.02.014	DRENAGEM DE ABSCESSO ISQUIORRETAL	22,72	0,00	22,72
04.07.02.015	DRENAGEM DE HEMATOMA / ABSCESSO RETRO-RETAL	0,00	968,38	968,38
04.07.02.016	ELETROCAUTERIZACAO DE LESAO TRANSPARIETAL DE ANUS	13,06	0,00	0,00
04.07.02.022	EXCISAO DE LESAO / TUMOR ANU-RETAL	21,68	813,67	835,35
04.07.02.023	EXCISAO DE LESAO INTESTINAL / MESENTERICA LOCALIZADA	0,00	0,00	0,00
04.07.02.024	FECHAMENTO DE ENTEROSTOMIA (QUALQUER SEGMENTO)	0,00	0,00	0,00
04.07.02.025	FECHAMENTO DE FISTULA DE COLON	0,00	0,00	0,00
04.07.02.026	FECHAMENTO DE FISTULA DE RETO	0,00	874,14	874,14
04.07.02.027	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	0,00	763,90	763,90
04.07.02.028	HEMORROIDECTOMIA	0,00	715,94	715,94
04.07.02.029	HERNIORRAFIA C/ RESSECCAO INTESTINAL (HERNIA ESTRANGULADA)	0,00	0,00	0,00
04.07.02.030	JEJUNOSTOMIA / ILEOSTOMIA	0,00	0,00	0,00
04.07.02.031	LIGADURA ELASTICA DE HEMORROIDAS (SESSAO)	14,77	0,00	14,77
04.07.02.032	PLASTICA ANAL EXTERNA / ESFINCTEROPLASTIA ANAL	0,00	678,24	678,24
04.07.02.033	PROCTOCOLECTOMIA TOTAL C/ RESERVATORIO ILEAL	0,00	0,00	0,00
04.07.02.034	PROCTOPEXIA ABDOMINAL POR PROCIDENCIA DO RETO	0,00	0,00	0,00
04.07.02.035	PROCTOPLASTIA E PROCTORRAFIA POR VIA PERINEAL	0,00	0,00	0,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
04.07.02.036	REDUCAO CIRURGICA DE VOLVO POR LAPAROTOMIA	0,00	0,00	0,00
04.07.02.037	REDUCAO MANUAL DE PROCIDENCIA DE RETO	0,00	0,00	0,00
04.07.02.038	REMOCAO CIRURGICA DE FECALOMA	0,00	0,00	0,00
04.07.02.039	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO / POLIPOS DO RETO / COLO SIGMOIDE – Inclui valor da alça	13,63	120,00	133,63
04.07.02.047	TRATAMENTO CIRURGICO DE PROLAPSO ANAL	0,00	683,64	683,64
04.07.02.048	TRATAMENTO CIRURGICO DE PRURIDO ANAL	22,62	0,00	22,62
04.07.02.049	TRATAMENTO ESCLEROSANTE DE HEMORROIDAS (POR SESSAO)	13,63	0,00	13,63
04.07.04.007	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA VIDEOLAPAROSCOPICA	0,00	861,54	861,54
04.07.04.013	HERNIORRAFIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCOPICA	0,00	876,95	876,95
04.07.04.014	HERNIORRAFIA S/ RESSECCAO INTESTINAL (HERNIA ESTRANGULADA)	0,00	0,00	0,00
04.07.04.015	HERNIORRAFIA UMBILICAL VIDEOLAPAROSCOPICA	0,00	860,66	860,66
04.07.04.017	LAPAROTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA PARA DRENAGEM E/OU BIOPSIA	0,00	1106,15	1106,15
04.08.06.071	VIDEOARTROSCOPIA	0,00	300,00	300,00
04.09.01.010	COLOCACAO PERCUTANEA DE CATETER PIELO-URETERO-VESICAL UNILATERAL	80,47	0,00	80,47
04.09.01.011	DILATACAO PERCUTANEA DE ESTENOSES URETERAIS E JUNCAO URETERO-VESICAL	88,91	0,00	88,91
04.09.01.013	DRENAGEM DE ABSCESSO RENAL / PERI-RENAL	0,00	0,00	0,00
04.09.01.014	EXTRACAO ENDOSCOPICA DE CALCULO EM PELVE RENAL	0,00	0,00	0,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
04.09.01.015	EXTRACAO ENDOSCOPICA DE CORPO ESTRANHO / CALCULO EM URETER	29,84	0,00	29,84
04.09.01.016	IMPLANTE DE CATETER URETERAL POR TECNICA CISTOSCOPICA	19,79	0,00	19,79
04.09.01.017	INSTALACAO ENDOSCOPICA DE CATETER DUPLO J	129,60	0,00	129,60
4765	RETIRADA DE CATETER DUPLO J	0,00	0,00	350,00
04.09.01.018	LITOTRIPSIA	0,00	554,00	554,00
04.09.01.035	PUNCAO / ASPIRACAO DA BEXIGA	12,97	0,00	12,97
04.09.01.037	RESSECCAO ENDOSCOPICA DA EXTREMIDADE DISTAL DO URETER	0,00	0,00	0,00
04.09.01.038	RESSECCAO ENDOSCOPICA DE LESAO VESICAL	32,68	0,00	32,68
04.09.01.039	RETIRADA PERCUTANEA DE CALCULO URETERAL C/ CATETER	0,00	0,00	0,00
04.09.04.006	EXERESE DE CISTO DE BOLSA ESCROTAL	12,97	0,00	12,97
04.09.04.007	EXERESE DE CISTO DE EPIDIDIMO	34,10	0,00	34,10
04.09.04.024	VASECTOMIA	306,47	382,40	688,87
04.09.05.005	LIBERACAO / PLASTIA DE PREPUCIO	13,54	0,00	13,54
04.09.05.006	PLASTICA DE FREIO BALANO-PREPUCIAL	34,10	0,00	34,10
04.09.05.007	PLASTICA TOTAL DO PENIS	0,00	0,00	0,00
04.09.05.008	POSTECTOMIA	219,12	0,00	219,12
04.09.06.009	EXERESE DE POLIPO DE UTERO	22,62	0,00	22,62
04.09.06.017	HISTEROSCOPIA CIRURGICA C/ RESSECTOSCOPIO	74,75	0,00	74,75
04.09.06.018	LAQUEADURA TUBARIA	0,00	0,00	0,00
04.09.06.029	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA BILATERAL E COLPECTOMIA SOB PROCESSO TRANSEXUALIZADOR	0,00	0,00	0,00
04.09.07.010	COLPOTOMIA	21,68	0,00	21,68
04.09.07.012	DRENAGEM DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE	12,97	0,00	12,97
04.09.07.014	EXERESE DE CISTO VAGINAL	22,62	0,00	22,62

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
04.09.07.015	EXERESE DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE	21,68	703,00	724,68
04.09.07.016	EXTIRPACAO DE LESAO DE VULVA / PERINEO (POR ELETROCOAGULACAO OU FULGURACAO)	13,54	0,00	13,54
04.09.07.017	EXTRACAO DE CORPO ESTRANHO DA VAGINA	13,54	0,00	13,54
04.09.07.018	HIMENOTOMIA	21,68	0,00	21,68
04.09.07.019	MARSUPIALIZACAO DE GLANDULA DE BARTOLIN	0,00	0,00	0,00
04.10.01.001	DRENAGEM DE ABSCESSO DE MAMA	20,74	0,00	20,74
04.10.01.002	ESVAZIAMENTO PERCUTANEO DE CISTO MAMARIO	20,74	0,00	20,74
04.10.01.003	EXERESE DE MAMA SUPRANUMERARIA	20,74	0,00	20,74
04.10.01.004	EXERESE DE MAMILO	20,74	0,00	20,74
04.12.01.006	PUNCAO DE TRAQUEIA C/ ASPIRACAO	15,79	0,00	15,79
04.14.01.037	TRATAMENTO CIRURGICO DE DENTE INCLUSO EM PACIENTE COM ANOMALIA CRANIO E BUCOMAXILOFACIAL	126,00	0,00	126,00
04.14.01.038	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA INTRA / EXTRAORAL	19,18	0,00	19,18
04.14.02.012	EXODONTIA DE DENTE DECIDUO	0,00	102,00	102,00
04.14.02.013	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	0,00	102,00	102,00
04.14.02.015	GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE)	15,02	0,00	15,02
04.14.02.015	GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE)	15,02	239,98	255,00
04.14.02.016	GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE)	12,98	242,02	255,00
04.14.02.017	GLOSSORRAFIA	0,00	0,00	0,00
04.14.02.021	ODONTOSECCAO / RADILECTOMIA / TUNELIZACAO	19,18	35,22	54,40
04.14.02.027	REMOCAO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO)	22,72	283,28	306,00
04.14.02.029	REMOCAO DE TORUS E EXOSTOSES	11,36	483,34	494,70

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
04.14.02.035	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL	0,00	0,00	0,00
04.14.02.036	TRATAMENTO CIRURGICO PARA TRACIONAMENTO DENTAL	22,72	0,00	22,72
04.14.02.037	TRATAMENTO CIRURGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE)	12,98	0,00	12,98
04.14.02.038	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	0,00	0,00	0,00
04.14.02.040	ULOTOMIA/ULECTOMIA	0,00	81,60	81,60
04.14.02.041	TRATAMENTO ODONTOLOGICO PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	0,00	0,00	0,00
04.14.02.042	IMPLANTE DENTARIO OSTEOINTEGRADO	260,10	0,00	260,10
04.17.01.005	ANESTESIA REGIONAL	22,27	0,00	22,27
04.17.01.006	SEDACAO	15,15	0,00	15,15
4955	ANGIOFLUERESCEINOGRAFIA RETINIANA - BINOCULAR	0,00	220,00	220,00
02.11.06.026	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CORNEA - MONOCULAR	0,00	24,24	24,24
4696	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE ABDOMEM SUPERIOR	0,00	551,28	551,28
4958	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR (BILATERAL)	0,00	633,12	633,12
4697	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PELVE	0,00	551,28	551,28
4959	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PESCOÇO	0,00	551,28	551,28
4956	TOMOGRAFIA DE COERENCIA OPTICA - MONOCULAR	0,00	200,00	200,00
4957	APLICACAO DE CONTRASTE EM PROCEDIMENTOS DE DIAGNOSTICO POR RESSONANCIA MAGNETICA OU TOMOGRAFIA	0,00	130,00	130,00
4960	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE TORAX	0,00	551,28	551,28

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
4619	ECODOPPLER/DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ILIACAS (ARTÉRIAS ABDOMINAIS) *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	450,00	450,00
4912	DOPPLER COLORIDO DE ARTERIAS PENIANAS (SEM FARMACO INDUCAO) *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	195,23	195,23
4913	DOPPLER COLORIDO DE ARTERIAS VISCERAIS (MESENTERICAS SUPERIOR E INFERIOR E TRONCO CELIACO) *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	195,23	195,23
4694	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL	0,00	551,28	551,28
4695	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORACICA	0,00	551,28	551,28
4919	DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS VENOSOS BILATERAL (SUBCLAVIAS E JUGULARES) *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	240,00	240,00
4920	DOPPLER COLORIDO DE VEIA CAVA SUPERIOR OU INFERIOR *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	195,24	195,24
4961	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE CRANIO	0,00	551,28	551,28
4924	DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR – UNILATERAL *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	240,00	240,00
4925	DOPPLER TRANSCRANIANO *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	218,10	218,10

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
4962	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR (BILATERAL)	0,00	633,10	633,10
4963	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA PULMONAR	0,00	551,28	551,28
4692	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE CRANIO	0,00	551,28	551,28
4622	DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTERIAS RENAIS *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	375,00	375,00
4964	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR (BILATERAL)	0,00	551,28	551,28
5203	IGE ESP (A310) - D. PTERONYSSINUS	0,00	18,00	18,00
5204	ALATOP - PAINEL DE INALANTES	0,00	18,00	18,00
5205	IGE ESP (D1) - ÁCAROS - D. PTERONYSSINUS	0,00	18,00	18,00
4693	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL PULMONAR	0,00	551,28	551,28
5206	IGE ESP (D2) - ÁCAROS - D. FARINAE	0,00	18,00	18,00
4911	DOPPLER COLORIDO DE ARTERIA RENAL *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	375,00	375,00
4965	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE ABDOME SUPERIOR	0,00	551,28	551,28
5207	IGE ESP (D201) - ÁCAROS - BLOMIA TROPICALIS	0,00	18,00	18,00
4966	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE MEMBRO INFERIOR (BILATERAL)	0,00	633,12	633,12
5208	IGE ESP (D70) - ÁCAROS - ACARUS SIRO	0,00	18,00	18,00
4967	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PELVE	0,00	551,28	551,28
4968	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PESCOÇO	0,00	413,33	551,28
4969	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE TORAX	0,00	551,28	551,28

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
5209	IGE ESP (E1) - EPITÉLIOS - CASPA DE GATO	0,00	18,00	18,00
5201	ARTRO-TC (ESTERNOCLAVICULAR OU OMBRO OU COTOVELO OU PUNHO OU SACROILÍACAS OU COXO FEMORAL OU JOELHO OU TORNOZELO) - UNIL	0,00	456,23	456,23
5202	ARTRO-RM (INCLUIR A PUNÇÃO ARTICULAR) - POR ARTICULAÇÃO (CBHPM)	0,00	781,91	781,91
02.05.01.004.0	DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATE 3 VASOS) *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	195,00	195,00
4970	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO TRIDIMENSIONAL	0,00	117,02	117,02
5210	IGE ESP (E2) - EPITÉLIOS - PÊLO DE CÃO	0,00	18,00	18,00
5211	IGE ESP (E5) - EPITÉLIOS - CASPA DE CACHORRO	0,00	18,00	18,00
4915	DOPPLER COLORIDO DE HEMANGIOMA *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	195,23	195,23
4922	DOPPLER COLORIDO TRANSFONTANELA *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	170,43	170,43
5212	IGE PAINEL (EX1) - ANIMAIS	0,00	18,00	18,00
5213	IGE PAINEL (EX2) - EPITÉLIOS ANIMAIS	0,00	18,00	18,00
4971	ANGIORESSONANCIA VENOSA PULMONAR	0,00	551,28	551,28
4972	ANGIORESSONANCIA VENOSA DE PESCOCO	0,00	551,28	551,28
4973	ANGIORESSONANCIA VENOSA DE PELVE	0,00	551,28	551,28

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
4974	ANGIORESSONANCIA VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	0,00	551,28	551,28
4975	ANGIORESSONANCIA VENOSA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	0,00	551,28	551,28
4976	ANGIORESSONANCIA VENOSA DE CRANIO	0,00	551,28	551,28
4977	ANGIORESSONANCIA VENOSA DE ABDOMEN SUPERIOR	0,00	551,28	551,28
4978	ANGIORESSONANCIA DE AORTA TORACICA	0,00	551,28	551,28
4979	ANGIORESSONANCIA DE AORTA ABDOMINAL	0,00	551,28	551,28
4980	ANGIORESSONANCIA ARTERIAL PULMONAR	0,00	551,28	551,28
4981	ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE PESCOCO	0,00	551,28	551,28
4982	ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE PELVE	0,00	551,28	551,28
4983	ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	0,00	551,28	551,28
4984	ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	0,00	551,28	551,28
4985	ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE CRANIO	0,00	551,28	551,28
4986	ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE ABDOME SUPERIOR	0,00	551,28	551,28
4921	DOPPLER COLORIDO PENIANO COM FARMACO-INDUCAO *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	287,25	287,25
4987	IGE ESP (F1) - ALIMENTOS - CLARA DE OVO	0,00	18,00	18,00
4988	IGE ESP (F13) - ALIMENTOS - AMENDOIM	0,00	18,00	18,00
4989	IGE ESP (F14) - ALIMENTOS - SOJA	0,00	18,00	18,00
4990	IGE ESP (F2) - ALIMENTOS - LEITE	0,00	18,00	18,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
4991	IGE ESP (F24) - ALIMENTOS - CAMARÃO	0,00	18,00	18,00
4992	IGE ESP (F245) - ALIMENTOS - OVO	0,00	18,00	18,00
4993	IGE ESP (F25) - ALIMENTOS - TOMATE	0,00	18,00	18,00
5148	IGE ESP (F26) - ALIMENTOS - CARNE DE PORCO	0,00	18,00	18,00
5149	IGE ESP (F4) - ALIMENTOS - TRIGO	0,00	18,00	18,00
5150	IGE ESP (F75) - ALIMENTOS - GEMA DE OVO	0,00	18,00	18,00
5151	IGE ESP (F76)- ALIMENTOS - ALFA LACTOALBUMINA	0,00	18,00	18,00
5152	IGE ESP (F77)- ALIMENTOS - BETA LACTOGLOBULINA	0,00	18,00	18,00
5153	IGE ESP (F78)- ALIMENTOS - CASEÍNA	0,00	18,00	18,00
5154	IGE ESP (F79)- ALIMENTOS - GLÚTEN	0,00	18,00	18,00
5155	IGE ESP (F93) - ALIMENTOS - CACAU	0,00	18,00	18,00
5156	IGE PAINEL (FX1) - ALIMENTOS	0,00	18,00	18,00
5157	IGE PAINEL (FX2) - ALIMENTOS	0,00	18,00	18,00
5158	IGE PAINEL (FX3) - ALIMENTOS	0,00	18,00	18,00
5159	IGE PAINEL (FX5) - ALIMENTOS	0,00	18,00	18,00
5160	IGE PAINEL (GX1) - GRAMÍNEAS	0,00	18,00	18,00
5161	IGE PAINEL (GX2) - GRAMÍNEAS	0,00	18,00	18,00
5162	IGE ESP (H2) - PÓ CASEIRO - HOLLISTER STIER	0,00	18,00	18,00
5163	IGE PAINEL (HX2) - PÓ DE CASA	0,00	18,00	18,00
5164	IGE ESP (I6) - INSETOS - BARATA	0,00	18,00	18,00
5165	IGE ESP (I70) - INSETOS - FORMIGA DE FOGO	0,00	18,00	18,00
5166	IGE ESP (I71) -INSETOS-MOSQUITO COMUM -PERNILONGO	0,00	18,00	18,00
5167	IGE ESP (K82) - OCUPACIONAIS - LÁTEX	0,00	18,00	18,00
5168	IGE PAINEL (MP1) - FUNGOS	0,00	18,00	18,00
5169	IGE PAINEL (TX7) - ÁRVORES	0,00	18,00	18,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
5170	IGE ESP (C1) - DROGAS - PENICILINA G	0,00	18,00	18,00
5172	IGE ESP (C2) - DROGAS - PENICILINA V	0,00	18,00	18,00
5173	IGE ESP (C204) - DROGAS - AMOXILINA	0,00	18,00	18,00
4995	AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL	0,00	80,00	80,00
4994	ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA	0,00	558,79	558,79
4930	ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM AVALIACAO DO SINCRONISMO CARDIACO *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	823,94	823,94
4931	ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM CONTRASTE INTRACAVITARIO *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	376,44	376,44
4932	ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM CONTRASTE PARA PERFUSÃO MIOCÁRDICA EM REPOUSO *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	884,93	884,93
4933	ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM ESTRESSE FARMACOLÓGICO *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	666,20	666,20
5214	IGE ESP (C312) - PROTEÍNAS DO LEITE	0,00	18,00	18,00
4700	TOMOGRAFIA DE COERENCIA OPTICA - BINOCULAR	0,00	200,00	200,00
4996	OXIMETRIA (NÃO INVASIVA)	0,00	24,75	24,75
4974	TESTE CUTÂNEO (ALÉRGICO)	0,00	27,00	27,00
4609	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE COM DOPPLER *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	165,00	165,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
4998	VIDEONASOFIBROSCOPIA FLEXÍVEL *Alterado pela Resolução nº 021/2025, publicada em 04 de dezembro de 2025.	0,00	150,00	150,00
5043	IGE ESP (C5) - DROGAS - AMPICILINA	0,00	18,00	18,00
5044	IGE ESP (D202) - D. PTERONYSSINUS	0,00	18,00	18,00
5046	IGE ESP (D3) - ÁCAROS - D. MICROCERAS	0,00	18,00	18,00
5047	IGE ESP (D71) - ÁCARO - L. DESTRUCTOR	0,00	18,00	18,00
5048	IGE ESP (D73) - ÁCAROS - G. DOMESTICUS	0,00	18,00	18,00
5049	IGE ESP (D74) - ÁCAROS - E. MAYNEI	0,00	18,00	18,00
5050	IGE PAINEL (DX1) - ÁCAROS / PARTÍCULAS	0,00	18,00	18,00
5051	IGE ESP (E201) - EPITÉLIOS - PENA DE CANÁRIO	0,00	18,00	18,00
5052	IGE ESP (E3) - EPITÉLIOS - CASPA DE CAVALO	0,00	18,00	18,00
5053	IGE ESP (E4) - EPITÉLIOS - CASPA DE BOI	0,00	18,00	18,00
5054	IGE ESP (E85) - EPITÉLIOS - PENA DE GALINHA	0,00	18,00	18,00
5055	IGE PAINEL (EP70) - ANIMAIS	0,00	18,00	18,00
5056	IGE PAINEL (EP71) - ANIMAIS	0,00	18,00	18,00
5057	IGE PAINEL (EP72) - ANIMAIS	0,00	18,00	18,00
5058	ERITROPOETINA	0,00	18,00	18,00
5059	IGE PAINEL (EX72) - PENAS	0,00	18,00	18,00
5060	IGE ESP (F10) - ALIMENTOS - GERGELIM	0,00	18,00	18,00
5061	IGE ESP (F105) - ALIMENTOS - CHOCOLATE	0,00	18,00	18,00
5062	IGE ESP (F11) - ALIMENTOS - TRIGO SARRACENO	0,00	18,00	18,00
5063	IGE ESP (F12) - ALIMENTOS - ERVILHA	0,00	18,00	18,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
5064	IGE ESP (F15) - ALIMENTOS - FEIJÃO BRANCO	0,00	18,00	18,00
5066	IGE ESP (F17) - ALIMENTOS - AVELÃ	0,00	18,00	18,00
5067	IGE ESP (F18) - ALIMENTOS - CASTANHA DO PARÁ	0,00	18,00	18,00
5068	IGE ESP (F20) - ALIMENTOS - AMÊNDOA	0,00	18,00	18,00
5069	IGE ESP (F202) - ALIMENTOS - CAJU	0,00	18,00	18,00
5070	IGE ESP (F208) - ALIMENTOS - LIMÃO SICILIANO	0,00	18,00	18,00
5071	IGE ESP (F210) - ALIMENTOS - ABACAXI	0,00	18,00	18,00
5072	IGE ESP (F218) - ALIMENTOS - PÁPRICA	0,00	18,00	18,00
5073	IGE ESP (F221) - ALIMENTOS - CAFÉ	0,00	18,00	18,00
5074	IGE ESP (F23) - ALIMENTOS - CARANGUEJO - SIRI	0,00	18,00	18,00
5075	IGE ESP (F231) - ALIMENTOS - LEITE FERVIDO	0,00	18,00	18,00
5076	IGE ESP (F232) - ALIMENTOS - OVO ALBUMINA	0,00	18,00	18,00
5077	IGE ESP (F233) - ALIMENTOS - OVOMUCÓIDE	0,00	18,00	18,00
5078	IGE ESP (F234) - ALIMENTOS - BAUNILHA	0,00	18,00	18,00
5079	IGE ESP (F256) - ALIMENTOS - NOZES	0,00	18,00	18,00
5080	IGE ESP (F258) - ALIMENTOS - LULA	0,00	18,00	18,00
5081	IGE ESP (F259) - ALIMENTOS - UVA	0,00	18,00	18,00
5082	IGE ESP (F263) - ALIMENTOS - PIMENTA VERDE	0,00	18,00	18,00
5083	IGE ESP (F27) - ALIMENTOS - CARNE DE BOI	0,00	18,00	18,00
5084	IGE ESP (F279) - ALIMENTOS - PIMENTA CHILI	0,00	18,00	18,00
5085	IGE ESP (F280) - ALIMENTOS - PIMENTA PRETA	0,00	18,00	18,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
5086	IGE ESP (F287) - ALIMENTOS - FEIJÃO VERMELHO	0,00	18,00	18,00
5087	IGE ESP (F293) - ALIMENTOS - MAMÃO PAPAIA	0,00	18,00	18,00
5088	IGE ESP (F299) - ALIMENTOS - CASTANHA	0,00	18,00	18,00
5089	IGE ESP (F3) - ALIMENTOS - PEIXE - BACALHAU	0,00	18,00	18,00
5090	IGE ESP (F31) - ALIMENTOS - CENOURA	0,00	18,00	18,00
5091	IGE ESP (F33) - ALIMENTOS - LARANJA	0,00	18,00	18,00
5092	IGE ESP (F36) - ALIMENTOS - COCO	0,00	18,00	18,00
5093	IGE ESP (F37) - ALIMENTOS - MEXILHÃO AZUL	0,00	18,00	18,00
5094	IGE ESP (F40) - ALIMENTOS - PEIXE - ATUM	0,00	18,00	18,00
5095	IGE ESP (F41) - ALIMENTOS - SALMÃO	0,00	18,00	18,00
4999	RESSONANCIA MAGNETICA DE MAMA BILATERAL PARA AVALIACAO DE POSSIVEIS COMPLICACOES DE IMPLANTE DE PROTESE	0,00	268,75	268,75
5000	ULTRASSONOGRAFIA VASCULAR DOPPLER COLORIDO *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	195,00	195,00
4857	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINALCOM DOPPLER *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	165,00	165,00
4713	SEDACAO PARA RESSONANCIA MAGNETICA OU ANGIORRADIOLOGIA (PARA UM (1) CÓDIGO DE EXAME) *procedimento alterado pela Resolução nº 02/2024, publicada aos 22 de março de 2024.	0,00	530,00	530,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
5269	SEDAÇÃO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA OU ANGIORRADIOLOGIA (PARA DOIS (2) CÓDIGOS DE EXAME) *Procedimentos inclusos conforme Resolução nº 02/2024, publicada aos 22 de março de 2024. Art. 2°:	0,00	740,00	740,00
5270	SEDAÇÃO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA OU ANGIORRADIOLOGIA (PARA TRÊS (3) CÓDIGOS DE EXAME) *Procedimentos inclusos conforme Resolução nº 02/2024, publicada aos 22 de março de 2024. Art. 2°:	0,00	950,00	950,00
5001	SEDACAO PARA TOMOGRAFIA OU ULTRASSONOGRAFIA (PARA UM (1) CÓDIGO DE EXAME) *Procedimento alterado pela Resolução nº 07/2024, publicada em 17 de junho de 2024.	0,00	530,00	530,00
5271	SEDAÇÃO PARA TOMOGRAFIA OU ULTRASSONOGRAFIA (PARA DOIS (2) CÓDIGOS DE EXAME) *Procedimentos alterado pela Resolução nº 07/2024, publicada em 17 de junho de 2024.	0,00	740,00	740,00
5272	SEDAÇÃO PARA TOMOGRAFIA OU ULTRASSONOGRAFIA (PARA TRÊS (3) CÓDIGOS DE EXAME) *Procedimento alterado pela Resolução nº 07/2024, publicada em 17 de junho de 2024.	0,00	950,00	950,00
5280	SEDAÇÃO PARA ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA *Procedimento alterado pela Resolução nº 07/2024, publicada em 17 de junho de 2024.	0,00	530,00	530,00
4810	ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	75,00	75,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
4918	DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS BILATERAL (CAROTIDAS E VERTEBRAIS) *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	240,00	240,00
5002	ECODOPPLERCARDIOGRAMA MORFOLÓGICO FETAL COM MAPEAMENTO DE FLUXO EM CORES - POR FETO *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	350,25	350,25
4944	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR – UNILATERAL *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	240,00	240,00
4908	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR – UNILATERAL *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	240,00	240,00
4910	DOPPLER COLORIDO DE AORTA E VASOS ILIACOS *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	345,00	345,00
4914	DOPPLER COLORIDO DE CAROTIDAS *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	240,00	240,00
4620	ECODOPPLER COLORIDO DE CARÓTIDAS (BILATERAL) *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	240,00	240,00
4906	DOPPLER COLORIDO DE ORGAO OU ESTRUTURA ISOLADA *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	240,00	240,00
4923	DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO INFERIOR – UNILATERAL *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	240,00	240,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
5096	IGE ESP (F44) - ALIMENTOS - MORANGO	0,00	18,00	18,00
5097	IGE ESP (F45) - ALIMENTOS - LEVEDURA - FERMENTO	0,00	18,00	18,00
5098	IGE ESP (F48) - ALIMENTOS - CEBOLA	0,00	18,00	18,00
5099	IGE ESP (F49) - ALIMENTOS - MAÇÃ	0,00	18,00	18,00
5100	IGE ESP (F5) - ALIMENTOS - CENTEIO	0,00	18,00	18,00
5101	IGE ESP (F55)- ALIMENTOS - MILHO COMUM	0,00	18,00	18,00
5102	IGE ESP (F6) - ALIMENTOS - CEVADA	0,00	18,00	18,00
5103	IGE ESP (F7) - ALIMENTOS - AVEIA	0,00	18,00	18,00
5104	IGE PAINEL (F76 E F77) - ALIMENTOS	0,00	18,00	18,00
5105	IGE ESP (F8) - ALIMENTOS - MILHO	0,00	18,00	18,00
5106	IGE ESP (F80) - ALIMENTOS - LAGOSTA	0,00	18,00	18,00
5107	IGE ESP (F82) - ALIMENTOS - QUEIJO GORGONZOLA	0,00	18,00	18,00
5108	IGE ESP (F83) - ALIMENTOS - CARNE DE FRANGO	0,00	18,00	18,00
5109	IGE ESP (F84) - ALIMENTOS - KIWI	0,00	18,00	18,00
5110	IGE ESP (F9) - ALIMENTOS - ARROZ	0,00	18,00	18,00
5112	IGE ESP (F91) - ALIMENTOS - MANGA	0,00	18,00	18,00
5113	IGE ESP (F92) - ALIMENTOS - BANANA	0,00	18,00	18,00
4936	ULTRASSONOGRAFIA CERVICAL COM DOPPLER *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	210,00	210,00
5114	IGE ESP (F94) - ALIMENTOS - PÊRA	0,00	18,00	18,00
5115	IGE ESP (F96) - ALIMENTOS - ABACATE	0,00	18,00	18,00
5116	IGE PAINEL (FP1) - ALIMENTOS	0,00	18,00	18,00
5117	IGE PAINEL (FP2) - ALIMENTOS	0,00	18,00	18,00
5118	IGE PAINEL (FP3) - ALIMENTOS	0,00	18,00	18,00
5119	IGE PAINEL (FP5) - ALIMENTOS	0,00	18,00	18,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
5120	IGE PAINEL (FP6) - ALIMENTOS	0,00	18,00	18,00
5121	IGE PAINEL (FP7) - ALIMENTOS	0,00	18,00	18,00
5122	IGE PAINEL (FP73) - ALIMENTOS	0,00	18,00	18,00
5123	IGE ESP (G2)- GRAMÍNEAS - GRAMA DAS BERMUDAS	0,00	18,00	18,00
5124	IGE ESP (G202)- GRAMÍNEAS - MILHO CULTIVADO	0,00	18,00	18,00
5125	IGE ESP (G5) - GRAMÍNEAS - CENTEIO PERENE	0,00	18,00	18,00
5126	IGE PAINEL (GP2) - GRAMÍNEAS	0,00	18,00	18,00
5127	IGE PAINEL (GX3) - GRAMÍNEASIGE	0,00	18,00	18,00
5128	IGE ESP (H1) - PÓ CASEIRO - GREER LABORATORIES	0,00	18,00	18,00
5129	HELICOBACTER PYLORI - ANTICORPOS IGG	0,00	18,00	18,00
5130	IGE PAINEL (HX1) - POEIRA	0,00	18,00	18,00
5131	IGE ESP (I1) - INSETOS - ABELHA	0,00	18,00	18,00
5132	IGE ESP (I204) - MOSCA DE CAVALO	0,00	18,00	18,00
5133	IGE ESP (I3) - INSETOS - VESPA CAPA AMARELA	0,00	18,00	18,00
5134	IGE ESP (I4) - INSETOS - MARIMBONDO	0,00	18,00	18,00
5135	IMUNOGLOBULINA E - IGE	0,00	18,00	18,00
5136	IGE PAINEL (IX6) - INALANTES	0,00	18,00	18,00
5137	IGE ESP (K20) - OCUPACIONAIS - LÃ	0,00	18,00	18,00
5138	FULGURACAO / CAUTERIZACAO QUIMICA DE LESOES CUTANEAS	0,00	60,00	60,00
5139	IGE ESP (M1) - FUNGOS - PENICILLIUM NOTATUM	0,00	18,00	18,00
5140	IGE ESP (M2) - FUNGOS - C. HERBARUM	0,00	18,00	18,00
5141	IGE ESP (M207) - FUNGOS - ASPERGILLUS NIGER	0,00	18,00	18,00
5142	IGE ESP (M3) - FUNGOS - A. FUMIGATUS	0,00	18,00	18,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
5143	IGE ESP (M5) - FUNGOS - CANDIDA ALBICANS	0,00	18,00	18,00
5144	IGE ESP (M6) - FUNGOS - ALTERNARIA ALTERNATA	0,00	18,00	18,00
5145	IGE ESP (M8) - FUNGOS - H. HALODES	0,00	18,00	18,00
5146	IGE ESP (O1) - ALGODÃO	0,00	18,00	18,00
5147	IGE ESP (O201) - TABACO	0,00	18,00	18,00
4801	ULTRASSONOGRAFIA DE ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL, AXILAS, MÚSCULO OU TENDÃO OU ESTRUTURA ISOLADA) *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	75,00	75,00
4806	ULTRASSONOGRAFIA DE ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL, AXILAS, MÚSCULO OU TENDÃO OU ESTRUTURA ISOLADA) COM DOPPLER *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	108,00	108,00
5003	AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA	0,00	72,00	72,00
4941	CURATIVO DE OUVIDO – UNILATERAL	0,00	14,13	14,13
4942	REMOCAO DE CERUME - UNILATERAL	0,00	29,51	29,51
5004	VIDEO-LARINGO - ESTROBOSCOPIA COM EDOSCOPIO FLEXIVEL	0,00	0,00	0,00
5005	VIDEO-LARINGO - ESTROBOSCOPIA COM EDOSCOPIO RiGIDO	0,00	0,00	0,00
5006	AJUSTE OCLUSAL POR ACRESCIMO	0,00	0,00	0,00
5007	AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO	0,00	0,00	0,00
5008	REEMBASAMENTO DE COROA PROVISORIA	0,00	0,00	0,00
5009	SERVICO DE ANESTESIA OU SEDACAO- COMPLEMENTAR AO PROCEDIMENTO PRIMARIO	0,00	0,00	0,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
4832	CORONAVÍRUS 2019 DETECÇÃO POR PCR (COVID19)	0,00	140,00	140,00
4608	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	108,00	108,00
5010	CONSULTA ODONTOLOGICA	0,00	22,10	22,10
5011	CONSULTA ODONTOLOGICA DE URGENCIA	0,00	44,20	44,20
5012	COLAGEM DE FRAGMENTOS DENTARIOS	0,00	44,20	44,20
5013	IMOBILIZACAO DENTARIA EM DENTES DECIDUOS	0,00	44,20	44,20
5014	IMOBILIZACAO DENTARIA EM DENTES PERMANENTES	0,00	44,20	44,20
5015	INCISAO E DRENAGEM INTRA ORAL DE ABCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMAO DA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	0,00	44,20	44,20
85016	REIMPLANTE DENTARIO COM CONTENCAO	0,00	154,70	154,70
85017	TRATAMENTO DE ODONTALGIA AGUDA	0,00	44,20	44,20
5018	TRATAMENTO DE PERICORONARITE	0,00	44,20	44,20
5019	CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA	0,00	44,20	44,20
5020	CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	0,00	44,20	44,20
5021	ESTABILIZACAO DE PACIENTE POR MEIO DE CONTENCAO FISICA E OU MECANICA	0,00	44,20	44,20
5022	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	0,00	15,30	15,30
5023	APLICACAO DE SELANTE DE FOSSULAS E FISSURAS - POR ELEMENTO	0,00	20,40	20,40

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
5024	COROA DE ACETATO EM DENTE DECIDUO	0,00	309,40	309,40
5025	APLICACAO TOPICA DE VERNIZ FLUORETADO	0,00	8,50	8,50
5026	COROA DE ACO EM DENTE DECIDUO	0,00	98,60	98,60
5027	RESTAURACAO EM IONOMERO DE VIDRO - 4 FACES	0,00	37,40	37,40
5028	RESTAURAÇAO EM IONOMERO DE VIDRO - 2 FACES	0,00	37,40	37,40
5029	RESTAURACAO EM IONOMERO DE VIDRO - 3 FACES	0,00	37,40	37,40
5030	TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE DECIDUO	0,00	102,00	102,00
5031	ADEQUAÇAO DO MEIO BUCAL	0,00	22,10	22,10
5032	TRATAMENTO ENDODONTICO BIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES	0,00	272,00	272,00
5033	TRATAMENTO ENDODONTICO DE DENTE COM RIZOGENESE INCOMPLETA	0,00	102,00	102,00
5034	TRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES	0,00	380,80	380,80
5035	TRATAMENTO ENDODONTICO UNIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES	0,00	170,00	170,00
5036	AUMENTO DE COROA CLINICA	0,00	255,00	255,00
5037	CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO - POR SEGMENTO	0,00	255,00	255,00
5038	CUNHA PROXIMAL	0,00	170,00	170,00
5039	DESSENSSIBILIZACAO DENTARIA	0,00	8,50	8,50
5040	ALVEOLOPLASTIA - POR SEGMENTO	0,00	129,20	129,20
5174	APICECTOMIA COM OBTURACAO RETROGRADA	0,00	323,00	323,00
5175	APICECTOMIA SEM OBTURACAO RETROGRADA	0,00	306,00	306,00
5176	BIOPSIA DE BOCA	0,00	130,90	130,90

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
5177	BIOPSIA DE LABIO	0,00	130,90	130,90
5178	BIOPSIA DE LINGUA	0,00	130,90	130,90
5179	CIRURGIA PARA EXOSTOSE MAXILAR	0,00	494,70	494,70
5180	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR - BILATERAL	0,00	255,00	255,00
5181	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR - UNILATERAL	0,00	255,00	255,00
5182	EXERESE DE LIPOMA NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	0,00	306,00	306,00
5183	EXERESE OU EXCISAO DE MUCOCELE	0,00	306,00	306,00
5184	EXERESE OU EXCISAO DE RANULA	0,00	306,00	306,00
5185	EXODONTIA A RETALHO	0,00	170,00	170,00
5186	EXODONTIA DE PERMANENTE POR IDINCACAO ORTODONTICA/PROTETICA	0,00	102,00	102,00
5187	EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL	0,00	102,00	102,00
5188	FRENULECTOMIA LINGUAL	0,00	64,60	64,60
5189	FRENULECTOMIA LABIAL	0,00	64,60	64,60
5190	FRENULOTOMIA LINGUAL	0,00	64,60	64,60
5191	FRENULOTOMIA LABIAL	0,00	64,60	64,60
5192	REMOCAO DE DENTE SEMI-INCLUSOS / IMPACTADOS	0,00	204,00	204,00
5193	REMOCAO DOS FATORES DE RETENCAO DO BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA)	0,00	22,10	22,10
5199	PREPARO PARA SEDAÇÃO DE TOMOGRAFIA – RESSONÂNCIA MAGNÉTICA – ANGIOTOMOGRAFIA – ANGIORESSONÂNCIA – COMPLEMENTAR AO PROCEDIMENTO PRIMÁRIO	0,00	0,00	0,00
4957	APLICAÇÃO DE CONTRASTE EM PROCEDIMENTOS DE DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA – RESSONÂNCIA MAGNÉTICA – ANGIOTOMOGRAFIA – ANGIORESSONÂNCIA	0,00	130,00	130,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
5194	CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL COM ECD	0,00	0,00	0,00
5195	CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL COM TÁLIO	0,00	0,00	0,00
5196	CICLOFOTOCOAGULAÇÃO TRANSESCLERAL (TSCPC)	0,00	0,00	0,00
5197	RESSONANCIA MAGNETICA DE MAMA BILATERAL	268,75	0,00	268,75
4770	ELASTOGRAFIA HEPÁTICA *Alterado Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	0,00	500,00	500,00
5198	MANOMETRIA ANORETAL *Alterado Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	0,00	480,00	480,00
4769	MANOMETRIA GASTROESOFÁGICA (Alta Resolução) *Alterado Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	0,00	650,00	650,00
4613	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA GEMELAR *Alterado pela Resolução nº 10/2025, publicada em 27 de junho de 2025.	0,00	450,00	450,00
07.01.07.012	PROTESE TOTAL REMOVÍVEL MANDIBULAR: CONFECÇÃO E ADAPTAÇÃO DE PRÓTESES DENTÁRIAS (TOTAIS E PARCIAIS, CONSISTINDO TAIS PRÓTESES, CONFORME PORTARIA Nº 1825/2012 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.	225,00	35,00	260,00
07.01.07.013	PROTESE TOTAL MAXILAR: CONFECÇÃO E ADAPTAÇÃO DE PRÓTESES DENTÁRIAS (TOTAIS E PARCIAIS, CONSISTINDO TAIS PRÓTESES, CONFORME PORTARIA Nº 1825/2012 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.	225,00	35,00	260,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
07.01.07.009	PRÓTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVÍVEL: CONFECÇÃO E ADAPTAÇÃO DE PRÓTESES DENTÁRIAS (TOTAIS E PARCIAIS, CONSISTINDO TAIS PRÓTESES, CONFORME PORTARIA Nº 1825/2012 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.	225,00	95,00	320,00
07.01.07.010	PRÓTESE PARCIAL MAXILAR REMOVÍVEL: CONFECÇÃO E ADAPTAÇÃO DE PRÓTESES DENTÁRIAS (TOTAIS E PARCIAIS, CONSISTINDO TAIS PRÓTESES, CONFORME PORTARIA Nº 1825/2012 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.	225,00	95,00	320,00
5275	PRÓTESE TOTAL REMOVÍVEL MANDIBULAR E MAXILAR: CONFECÇÃO E ADAPTAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA (TOTAIS E PARCIAIS, CONSISTINDO TAIS PRÓTESES, CONFORME PORTARIA Nº 1825/2012 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Procedimento incluso Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	0,00	520,00	520,00
5276	PRÓTESE PARCIAL MANDIBULAR E MAXILAR: REMOVIVEL: CONFECÇÃO E ADAPTAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA (TOTAIS E PARCIAIS, CONSISTINDO TAIS PRÓTESES, CONFORME PORTARIA Nº 1825/2012 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Procedimento incluso Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	0,00	640,00	640,00
07.01.07.014	PRÓTESE CORONÁRIAS/INTRARRADICULARES FIXAS/ADESIVAS (POR ELEMENTO)	0,00	0,00	0,00
03.07.04.008	REEMBASAMENTO E CONSERTO DE PROTESE DENTARIA – CONTEMPLADO NO VALOR DA PRÓTESE	0,00	0,00	0,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
03.01.01.004.1	CONSULTA DE PROFISSIONAL DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) – FISIOTERAPIA *Alterado Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	6,30	63,70	70,00
03.01.01.004.2	CONSULTA DE PROFISSIONAL DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) - FONOAUDIOLOGIA	6,30	63,70	70,00
03.01.01.004.3	CONSULTA DE PROFISSIONAL DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) - NUTRIÇÃO	6,30	63,70	70,00
03.01.01.004.4	CONSULTA DE PROFISSIONAL DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) – PSICOLOGIA	6,30	63,70	70,00
3.01.01.007.2.1	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA	10,00	110,00	120,00
3.01.01.007.2.2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ALERGOLOGIA INFANTIL	10,00	110,00	120,00
3.01.01.007.2.3	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ANESTESIOLOGIA	10,00	80,00	90,00
3.01.01.007.2.4	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ANGIOLOGIA	10,00	80,00	90,00
3.01.01.007.2.5	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CARDIOLOGIA	10,00	80,00	90,00
3.01.01.007.2.6	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA – CARDIOLOGIA INFANTIL	10,00	80,00	90,00
3.01.01.007.2.7	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CIRURGIA VASCULAR	10,00	80,00	90,00
3.01.01.007.2.8	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CLINICA MEDICA	10,00	80,00	90,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
3.01.01.007.2.9	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - DERMATOLOGIA	10,00	80,00	90,00
01.01.007.2.10	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - DERMATOLOGIA INFANTIL	10,00	80,00	90,00
01.01.007.2.11	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ENDOCRINOLOGIA	10,00	80,00	90,00
01.01.007.2.12	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA – ENDOCRINOLOGIA INFANTIL	10,00	80,00	90,00
01.01.007.2.13	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - GASTROENTEROLOGIA	10,00	80,00	90,00
01.01.007.2.14	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - GASTROENTEROLOGIA INFANTIL	10,00	80,00	90,00
01.01.007.2.15	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - GENETICA	10,00	80,00	90,00
01.01.007.2.16	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - GERIATRIA	10,00	80,00	90,00
01.01.007.2.17	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - GINECOLOGIA/OBSTETRICIA	10,00	80,00	90,00
01.01.007.2.18	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - HEMATOLOGIA	10,00	80,00	90,00
01.01.007.2.19	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA – HEMATOLOGIA INFANTIL	10,00	80,00	90,00
01.01.007.2.20	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA – INFECTOLOGIA	10,00	80,00	90,00
01.01.007.2.21	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - MASTOLOGIA	10,00	80,00	90,00
L01.01.007.2.22	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - NEUROCIRURGIA	10,00	110,00	120,00
01.01.007.2.23	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - NEUROCIRURGIA INFANTIL	10,00	140,00	150,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
01.01.007.2.24	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA - NEUROLOGIA	10,00	110,00	120,00
01.01.007.2.25	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA – NEUROLOGIA INFANTIL *Procedimento alterado pela Resolução nº 15/2025, publicada em 27 de agosto de 2025	10,00	285,00	295,00
01.01.007.2.26	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - OFTALMOLOGIA	10,00	80,00	90,00
01.01.007.2.27	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ORTOPEDIA	10,00	80,00	90,00
01.01.007.2.28	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA – ORTOPEDIA INFANTIL	10,00	80,00	90,00
01.01.007.2.29	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - OTORRINOLARINGOLOGIA	10,00	80,00	90,00
01.01.007.2.30	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - OTORRINOLARINGOLOGIA INFANTIL	10,00	80,00	90,00
01.01.007.2.31	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PEDIATRIA	10,00	80,00	90,00
01.01.007.2.32	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PNEUMOLOGIA	10,00	80,00	90,00
01.01.007.2.33	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PNEUMOLOGIA INFANTIL	10,00	80,00	90,00
01.01.007.2.34	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PROCTOLOGIA	10,00	80,00	90,00
01.01.007.2.35	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PROCTOLOGIA INFANTIL	10,00	80,00	90,00
01.01.007.2.36	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PSIQUIATRIA *Procedimento alterado conforme Resolução nº 14/2024, publicada em 08 de outubro de 2024.	10,00	170,00	180,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
01.01.007.2.37	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PSIQUIATRIA INFANTIL *Procedimento alterado conforme Resolução nº 14/2024, publicada em 08 de outubro de 2024.	10,00	170,00	180,00
01.01.007.2.38	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - REUMATOLOGIA	10,00	110,00	120,00
01.01.007.2.39	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA – REUMATOLOGIA INFANTIL	10,00	110,00	120,00
01.01.007.2.40	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - UROLOGIA GERAL	10,00	80,00	90,00
01.01.007.2.41	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - UROLOGIA INFANTIL	10,00	80,00	90,00
01.01.007.2.42	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - NEFROLOGIA *Procedimento alterado conforme Resolução nº 09/2024, publicada em 11 de julho de 2024.	10,00	110,00	120,00
01.01.007.2.43	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - NEFROLOGIA INFANTIL *Procedimento alterado conforme Resolução nº 09/2024, publicada em 11 de julho de 2024.	10,00	110,00	120,00
4881	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA – CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO	10,00	110,00	120,00
01.01.00.724.4	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA – CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO INFANTIL	10,00	110,00	120,00
4884	DENGUE POR RT-PCR (acima de 12 amostras por rotina)	0,00	130,00	130,00
4883	DENGUE POR RT-PCR	0,00	200,00	200,00
4885	ARBOVIROSES POR RT-PCR (Dengue + ZiKa + Chikungunya + F. Nilo)	0,00	300,00	300,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
5277	Mucosectomia (honorários médicos + material) *Procedimento incluso Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	00,00	2.500,00	2.500,00
03.09.05.017	Ozonioterapia (Sessão) *Procedimento incluso Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	0,00	80,00	80,00
5278	Laserterapia (Sessão) *Procedimento incluso Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	0,00	80,00	80,00
5279	Avaliação Neuropsocológica para emissão de laudo (por atendimento) *Procedimento incluso Conforme Resolução nº 03 de 03 de junho de 2024.	0,00	250,00	250,00
5281	POLISSONOGRAFIA COM TITULAÇÃO DE PEEP	0,00	550,00	550,00
3541	Tomografia Cone Beam de 1 Hemiarco. *Procedimento incluso pela Resolução nº 14/2026, publicada em 27 de abril de 2026.	0,00	120,00	120,00
3542	Tomografia Cone de Maxila ou Mandíbula. *Procedimento incluso pela Resolução nº 14/2026, publicada em 27 de abril de 2026.	0,00	140,00	140,00
3543	Tomografia Cone Beam Volume 1 (de 1 a 3 elementos). *Procedimento incluso pela Resolução nº 14/2026, publicada em 27 de abril de 2026.	0,00	160,00	160,00
07.01.03.005-4	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AUTICULAR TIPO C *Procedimento incluso pela Resolução nº 22/2026, publicada em 06 de agosto de 2026.	1.100,00		1.100,00
07.01.03.014-3	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO RETRO-AUTICULAR TIPO C *Procedimento incluso pela Resolução nº 22/2026, publicada em 06 de agosto de 2026.	1.100,00		1.100,00
02.11.07.009-2	AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DE DEFICIENCIA AUDITIVA *Procedimento incluso pela Resolução nº 22/2026, publicada em 06 de agosto de 2026	24,75	4,95	29,70

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
03.01.07.003-2	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE P/ ADAPTACAO DE APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) UNI / BILATERAL *Procedimento incluso pela Resolução nº 22/2026, publicada em 06 de agosto de 2026	21,68	4,32	26,00
02.11.07.031-9	SELECAO E VERIFICACAO DE BENEFICIO DO AASI *Procedimento incluso pela Resolução nº 22/2026, publicada em 06 de agosto de 2026	8,75	3,25	12,00
02.11.07.024-6	PESQUISA DE GANHO DE INSERÇÃO *Procedimento incluso pela Resolução nº 22/2026, publicada em 06 de agosto de 2026	12,00	17,00	29,00
02.11.07.003-3	AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE - PARA APARELHO AUDITIVO *Procedimento incluso pela Resolução nº 22/2026, publicada em 06 de agosto de 2026.	20,30	28,70	49,00
3551	VERIFICAÇÃO/REGULAGEM DE APARELHO AUDITIVO *Procedimento incluso pela Resolução nº 22/2026, publicada em 06 de agosto de 2026.	0,00	160,00	160,00
02.02.01060-7	Puncao Aspirativa de Mama por agulha Grossa(PAAF)+ doppler colorido de órgãos ou Estruturas sem incluir analise patologica *Procedimento incluso pela Resolução nº 39/2026 publicada em 25 de setembro de 2026.	R$140,00	R$ 540,00	R$ 680,00
03.04.09.002-6	IODOTERAPIA 30mCI (Serviço Hospitalar + Serviço Medico) *Procedimento incluso pela Resolução nº 39/2026 publicada em 25 de setembro de 2026.	R$1.071,90	R$ 2.288,10	R$3.360,00
03.04.09.002-6	IODOTERAPIA 100mCI (Serviço Hospitalar + Serviço Medico) *Procedimento incluso pela Resolução nº 39/2026 publicada em 25 de setembro de 2026.	R$1.071,90	R$ 3.308,10	R$4.380,00

Classificação	Descrição	Valor SUS	Complemento	Valor CIS-AMFRI
03.04.09.001-8	IODOTERAPIA 150mCI (Serviço Hospitalar + Serviço Medico) *Procedimento incluso pela Resolução nº 39/2026 publicada em 25 de setembro de 2026.	R$1.289,90	R$ 3.510,10	R$4.800,00
03.04.09.004-2	IODOTERAPIA 200mCI (Serviço Hospitalar + Serviço Medico) *Procedimento incluso pela Resolução nº 39/2026 publicada em 25 de setembro de 2026.	R$1.810,32	R$ 3.589,68	R$5.400,00
03.04.09.004-2	IODOTERAPIA 250mCI (Serviço Hospitalar + Serviço Medico) *Procedimento incluso pela Resolução nº 39/2026 publicada em 25 de setembro de 2026.	R$1.810,32	R$ 4.689,68	R$6.500,00

O rol de procedimentos descrito não possui quantitativo estimado, pois a demanda será diluída entre os prestadores credenciados, sem gerar compromisso de escolha entre município e prestado.

Para fins de contratação, será utilizado a informação da "Capacidade Instalada" fornecida pelo próprio prestador de serviço.

2. DA JUSTIFICATIVA

2.1. Visando garantir o atendimento aos usuários da rede municipal de saúde dos Municípios consorciados ao CIS-AMFRI, que somam uma população de aproximadamente 747 mil habitantes, para Credenciamento de entidades públicas, filantrópicas e/ou privadas, prestadoras de serviços de saúde para realização de consultas e procedimentos com finalidade diagnostica ou cirúrgica, ambulatorial, de média ou alta complexidade, conforme procedimentos do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP; a necessidade de contratação se justifica a fim de garantir a assistência especializada de alta e média complexidade a população dos municípios consorciados;

2.2. A impossibilidade de os municípios disponibilizarem todos os exames descritos nos grupos de diagnósticos pela rede própria, além, da garantia de maior agilidade no agendamento, de forma que não prejudique os usuários do sistema público de saúde na conclusão e/ou encaminhamento de diagnóstico para tratamento e/ou reabilitação do seu estado de saúde.

2.3. O Sistema Único de Saúde (SUS) é a denominação do sistema público de saúde brasileiro, foi instituído pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, como forma de efetivar o mandamento constitucional do direito à saúde como um "direito de todos" e "dever do Estado" e está regulado pela Lei nº. 8.080/1990, a qual operacionaliza o atendimento público da saúde.

2.4. É dever de o Estado assegurar a todos os cidadãos, indistintamente, o direito à saúde, oferecendo aos que não possam arcar com o seu tratamento os meios necessários para tanto, conforme disciplinado pela Lei n°.8.080/1990, a saber:

Art. 2º "A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício."

§ 1º "O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação".

2.5. Contratar e manter mão-de-obra especializada, gerenciar estoques e acompanhar as constantes inovações tecnológicas são alguns dos desafios que enfrentam hoje os gestores dos serviços públicos.

2.6. Nessa ordem de justificativas, tanto a Constituição Federal, como a Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal Nº 8.080, de 19/09/1990), permitem que o poder público ofereça serviço de saúde a população, mediante a participação de terceiros (art. 199, § 1º, da CRFB/88 e art. 24 da Lei orgânica da Saúde). E não poderia ser de outro modo, pois a Rede Pública não conta com estrutura suficiente para atendimento dos usuários dos serviços públicos, precisando contratar serviços complementares do setor privado.

2.7. A composição do valor de referência se baseia nos valores SIGTAP, valores praticados na região, outros consórcios e em tabela vigente.

2.8. A deliberação CIR/FOZ nº. 11/2023, de 28 de fevereiro de 2023, dispõe sobre Credenciamento de entidades públicas, filantrópicas e/ou privadas, prestadoras de serviços de saúde para realização de consultas e procedimentos com finalidade diagnostica ou cirúrgica, ambulatorial, de média ou alta complexidade, conforme procedimentos do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - SIGTAP, na região desta CIR.

2.9. A tabela de serviços e valores passará por revisão da Comissão Intergestora Regional da Região da Foz do Rio Itajaí, enquanto este edital se mantiver aberto, ou sempre que necessário incluir um novo procedimento ou revisão valores.

2.10. O protocolo mínimo de Serviços para Credenciamento indica o rol mínimo de serviços a ser credenciado, garantindo o atendimento integral do paciente, evitando morosidade em seu diagnóstico e deslocamentos desnecessários.

2.10.1. Na impossibilidade do credenciamento do rol mínimo previsto no protocolo, o prestador deverá justificar formalmente.

2.11 O protocolo mínimo de Serviços para Credenciamento poderá ser revisado e alterado sempre que necessário justificadamente pela Comissão Intergestora Regional de Região da Foz do Rio Itajaí.

3. DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. Ao credenciado competirá:

3.1.1. Atender à solicitação do fornecimento do serviço, que será solicitado ao e-mail do credenciado, ou telefone informado no formulário de solicitação de credenciamento, com retorno no prazo de 5 (cinco) dias úteis para agendamento;

3.1.2. No retorno do agendamento, o credenciado deve informar data, horários e nome do profissional escalado para o atendimento solicitado, bem como o número de registro profissional no órgão de classe em Santa Catarina;

3.1.3. Garantir que o profissional designado esteja devidamente apto e registrado no Conselho de classe de Santa Catarina (CRO/SC, CRM/SC, COREN/SC ou outro);

3.1.4. Manter a Relação de Profissionais que compõem a equipe técnica atualizada junto ao CIS-AMFRI e ao CNES;

3.1.5. Fornecer o equipamento necessário ao atendimento da sua especialidade e insumos inerentes ao atendimento

3.1.6. Executar os serviços nas condições estipuladas, observando-se os parâmetros de boa técnica e resolutividade, bem como as normas legais aplicáveis;

3.1.7. Prestar atendimento adequado aos usuários e fornecer as informações ao Município e/ou ao CIS-AMFRI sobre os serviços prestados de maneira adequada;

3.1.8. Responsabilizar-se integralmente pela qualidade, responsabilidade técnica e plena execução dos serviços contratados;

3.1.9. Prestar prontamente todos os esclarecimentos que forem solicitados, e atender e/ou responder as reclamações/ouvidorias relativas aos serviços prestados;

3.1.10. Executar diretamente os serviços contratados, sem transferência de responsabilidade;

3.1.11. Comunicar ao CIS-AMFRI, por escrito e com antecedência mínima de 03 (três) dias úteis, os motivos de ordem técnica que impossibilitem a execução dos serviços ou quando verificar condições inadequadas ou a iminência de fatos que possam prejudicar a perfeita prestação dos serviços;

3.1.11.1. No que se refere o item 3.1.13, o credenciado realizará o comunicado, já informando o prazo de normalização de atendimento, que será no máximo 15 dias úteis para normalização;

3.1.12. O atendimento ao usuário do SUS deverá ser humanizado, de acordo com a Política Nacional de Humanização – PNH (Ministério da Saúde, 2004) e a Carta de Direitos do Usuário do SUS (Ministério da Saúde, 2011), conforme o item III do terceiro princípio que assegura ao cidadão atendimento acolhedor e livre de discriminação, visando à igualdade de tratamento e a uma relação mais pessoal e saudável.

3.1.13. Encaminhar para faturamento:

3.1.13.1. O relatório de Guias de Autorização produção por município gerado no sistema CIS-AMFRI, assinado pelo profissional responsável legal da Credenciada;

3.1.13.2. As Guias de Autorização do Sistema CIS-AMFRI, assinadas pelo paciente e profissional responsável pelo atendimento;

3.1.14. Após aprovação do faturamento, apresentar documento fiscal dos serviços prestados no mês anterior.

3.1.15. Manter todas as condições de habilitação exigidas para o credenciamento durante todo o período em que se mantiver credenciado;

3.1.16. Fornecer vaga de retorno aos pacientes atendidos no prazo de 30 (trinta) dias, quando pelo mesmo motivo da consulta inicial;

3.2. Ao CIS-AMFRI competirá:

3.2.1. Efetuar controle interno dos procedimentos realizados em que foram necessários à prestação do serviço da CONTRATADA

3.2.2. Executar o faturamento da produção, com base nas informações e documentos fornecidos pela CONTRATADA, e pelo controle dos responsáveis pelos setores, que deverão fornecer os dados por escrito conforme previamente estipulado pela CONTRATANTE

3.2.3. Efetuar o pagamento ao credenciado em função dos serviços prestados de acordo com os quantitativos autorizados pelo município.

3.2.4. Efetuar conferência técnica e administrativa das faturas e relações de serviços apresentados e informar ao prestador o valor autorizado, e se houver, o motivo das glosas efetuadas, possibilitando o questionamento e correção, se possível;

3.2.5. Fiscalizar o cumprimento das disposições deste Termo e a prestação dos serviços, bem como esclarecer eventuais dúvidas;

3.3. Ao Município competirá:

3.3.1. Solicitar o fornecimento do serviço por e-mail e telefone ao Credenciado;

3.3.1.2. Gerar as Guias de Autorização no Sistema CIS-AMFRI, conforme orientações e fornecer ao prestador dentro do período de execução do serviço no município;

3.3.1.3. Realizar agendamento, comunicando aos pacientes seus atendimentos, horário, local e preparo, se necessário;

3.3.2. Realizar agendamento e gerar guias de pacientes regulados, conforme classificação de risco, disponibilidade financeira e em conformidade ao encaminhamento profissional;

3.3.3. Acompanhar e apoiar, sistematicamente, a execução dos serviços, comunicando ao CIS-AMFRI e ao Credenciado, quaisquer irregularidades ou pendências de ordem técnica ou legal;

3.3.4. Fornecer toda assistência e informações necessárias para o atendimento dos usuários;

3.3.5. Acompanhar e apoiar, sistematicamente, a execução dos serviços, comunicando ao CIS-AMFRI e o Prestador, quaisquer irregularidades ou pendências de ordem técnica ou legal.

4. DO PREÇO, FATURAMENTO E PAGAMENTO:

4.1. A remuneração pela prestação e/ou fornecimento de serviços será de acordo com as Tabelas de Valores constante neste Termo de Referência, estando inclusos taxas de administração, taxas de sala, custos diretos e indiretos, mão-de-obra, impostos, tarifas, encargos e outros dispêndios necessários para a realização dos serviços;

4.1.1. A tabela de procedimentos e valores, constante no Anexo I, poderá ser revista, sempre por interesse dos Secretários Municipais de Saúde, dos municípios consorciados, à quem caberá a decisão sobre valores pagos e reajustes na tabela, com base em Deliberação Colegiada, registrando a fonte dos valores base.

4.1.2. As alterações na tabela de procedimentos e valores será objeto de republicação deste edital, com destaque aos novos procedimentos ou valores, e na sequência, serão notificados os credenciados regulares, sobre as alterações.

4.1.3. Havendo exclusão, inclusão ou alteração em valor de procedimento já contratado, caberá ao Credenciado a escolha da manutenção do contrato de Credenciamento, a partir da emissão de termo aditivo, registrando a alteração contratual, ou não, por meio de distrato do contrato vigente.

4.1.4. Os serviços de saúde prestados pelos credenciados serão remunerados por cada procedimento realizado.

4.2. Todos os Credenciados deverão manter atualizadas as informações no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde – CNES;

4.2.1. Os serviços, CBO profissional, equipamentos e profissionais credenciados deverão constar na base de dados do CNES;

4.2.2. Quando o processamento da produção, for glosada pela desatualização do CNES do credenciado conforme relatório gerado, caberá a autoridade competente realizar a retenção do pagamento dos valores glosados, até que comprovada a atualização do cadastro do credenciado e a produção reprocessada.

4.2.3. Todos os credenciados deverão manter cadastro atualizado, bem como alimentar a informação dos atendimentos oriundos deste credenciamento no Sistema de Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA) do DATASUS, disponível em http://ciha.datasus.gov.br/CIHA/index.php?area=04

4.3. Para o faturamento, a competência da produção mensal compreende o volume ou quantidade atendida entre o dia 1 ao dia 30 do mês.

4.4. Para faturamento dos atendimentos mensais, o credenciado enviará a produção do dia 01 até o dia 05 de cada mês;

4.4.1. O não cumprimento do prazo, acarretará na prorrogação do faturamento da produção para a competência subsequente, bem como do pagamento desta produção;

4.5. A documentação física a ser enviada pelo credenciado para faturamento, deverá ser entregue na sede do consórcio em conformidade com a Lei Federal n° 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados:

4.5.1. Enviados em pacote ou envelope opaco fechado, com identificação expressa do destinatário – "SETOR DE FATURAMENTO DO CIS-AMFRI", além da expressão "DOCUMENTO SENSÍVEL – ACESSO RESTRITO AO DESTINATÁRIO";

4.5.2. A produção encaminhada divergente ao que trata a Lei Federal n° 13.709/2018, não serão recebidas para faturamento.

4.5.3. Para fins de auditoria, a documentação deverá ser encaminhada na sequência a seguir, agrupado por município, em ordem alfabética, sempre com a requisição do CIS-AMFRI fixada na frente de todos os documentos adicionais:

a) Relatório gerado no sistema de gestão do CIS-AMFRI;
b) Guia de Autorização gerada em conformidade com o encaminhamento profissional, pelo município no sistema de gestão do CIS-AMFRI, devidamente assinada pelo paciente e profissional responsável pelo atendimento;
c) Encaminhamento médico ou requisição do atendimento profissional;
d) Laudos ou relatórios previstos neste TR para fins de comprovação de execução, devidamente assinados pelo responsável pela emissão;

4.5.4. A produção encaminhada fora do padrão orientado no item anterior, poderão ser devolvidas para adequação, prorrogando o faturamento, bem como o pagamento para a competência subsequente.

4.5.5. As não conformidades encontradas na auditoria, serão glosadas e informadas por e-mail ao credenciado para adequação. Caso apresentada defesa adequada, o pagamento das não conformidades, constarão na produção subsequente.

4.5.6. O relatório citado na alínea "a" do item 4.5., deverá ser gerado no sistema de gestão do CIS-AMFRI acessado pelo credenciado, partir do faturamento da requisição, por parte do credenciado, executada em sistema "on-line", disponibilizado pelo CIS-AMFRI, por meio do código de barras impresso na requisição (substitui o preenchimento de informações da produção BPA, SAI/SUS e BPA-I).

4.5.6.1. A recepção das Guias de Autorização é obrigatória para a geração do relatório de produção;

4.5.6.2. Relatório de sistema próprio do credenciado, não serão utilizados para fins de auditoria, sendo desnecessário seu envio, sendo descartado.

4.7. A sequência de faturamento da produção mensal, obedecerá a ordem cronológica de recebimento da produção na sede do consórcio.

4.8. Finalizada a auditoria, o credenciado será informado pelo setor de faturamento o valor aprovado para pagamento para emissão da Nota Fiscal;

4.8.1. A Nota Fiscal deverá ser encaminhada ao e-mail, pelo qual foi recebida a solicitação de emissão.

4.8.1.1. O CIS-AMFRI, não considerará as NF enviadas pelos sistemas automáticos de emissão de NF;

4.8.1.2. Todas as Notas Fiscais deverão ser encaminhadas acompanhadas das CNDs fiscais.

4.8.2. O pagamento da produção ocorrerá até 30 dias após a emissão da Nota Fiscal.

4.8.3. O pagamento da Nota Fiscal, obedecerá a ordem cronológica de emissão.

4.8.4. Por mês de competência, haverá o pagamento de apenas uma NF.

4.9. Havendo divergência ou erros entre serviços contratados e os serviços prestados, fica assegurado ao CIS-AMFRI a realização de auditoria para aferição correta dos serviços executados, devendo o credenciado emitir nota fiscal conforme o valor aferido.

4.10. O CIS-AMFRI fará a retenção de tributos na fonte quando a lei assim o determinar.

4.11. É vedada a cobrança de nova consulta nos casos de retorno médico, quando o mesmo paciente retornar ao consultório no prazo de 30 (trinta) dias contados a partir da data da consulta anterior.

4.12. É vedado ao credenciado cobrar ou receber qualquer outra importância a título de honorários pelos serviços prestados, seja do CIS-AMFRI, do usuário, paciente ou terceiro.

4.13. Fica ao encargo do credenciado todas as despesas e custos relativos à aluguel, mão-de-obra, encargos sociais, fiscais e outros que porventura forem necessárias à prestação dos serviços.

4.14. O credenciado deverá apresentar comprovação do recolhimento das obrigações trabalhistas, fiscais e securitárias decorrente da relação de emprego com seus profissionais, relativamente às competências em que prestar serviços.

4.15. Os atendimentos realizados não poderão ser referenciados para atendimento de forma particular ou solicitação de complementação de valores para procedimentos e/ou cirurgias.

4.16. Toda necessidade de serviços complementares e/ou procedimentos e/ou cirurgias deverá ser encaminhado seguindo o fluxo estabelecido na unidade de saúde.

4.17. Os encaminhamentos deverão conter OBRIGATORIAMENTE:

a) Nome Completo do Paciente
b) Data de Nascimento do Paciente
c) Dados Clínicos do Paciente
d) Nomenclatura do Procedimento ou Especialidade encaminhada
e) Justificativa para a solicitação
f) CID
g) Carimbo e assinatura do médico solicitante
h) Data

4.18. O não cumprimento do item 4.17 acarretam na não inserção do paciente à fila de espera para regulação, portanto, ensejará no não pagamento da guia de atendimento do referido paciente ou desconto na produção subsequente, até que providenciado;

4.19. Após a prestação do serviço, o Credenciado terá 30 (trinta) dias para faturar a “Guia de Autorização” do serviço executado, diretamente no sistema “on-line” disponibilizado pelo CIS-AMFRI.

4.20. O descumprimento dos prazos estipulados no item anterior ensejará no cancelamento da respectiva “Guia de Autorização” e consequentemente na avaliação da responsabilidade sobre o corrido, para fins de pagamento ou não.

4.21. Em caso de atraso na entrega das informações pelo credenciado, o pagamento será retardado proporcionalmente.

5. DO PRAZO DE VALIDADE DO CREDENCIAMENTO

5.1. O presente credenciamento entrará em vigor a partir da data da sua publicação e tem validade por 60 (sessenta) meses. Os contratos oriundos terão prazo de 12 (doze) meses e poderão ser prorrogados mediante assinatura aditivo entre as partes, por até 60 (sessenta) meses.

6. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

6.1. As despesas decorrentes das contratações realizadas correrão por conta da dotação orçamentária própria do Orçamento-Programa Anual do CIS-AMFRI (3390 – Manutenção das Atividades de Procedimento Médico Hospitalar) – R$ 3.580.000,00 (Três milhões quinhentos e oitenta mil reais)

7. DAS VISTORIAS TÉCNICAS

7.1. A EXECUÇÃO dos serviços será objeto de acompanhamento, controle, fiscalização e avaliação por representante da Administração da CONTRATANTE, com atribuições específicas, devidamente designadas pela autoridade competente. (Artigo 67 da Lei Federal n.o 8.666/93).

7.2. O CIS-AMFRI poderá compor comissão especial que realizará visitas técnicas nas instalações de qualquer interessado, independente de prévio agendamento, para verificação da capacidade instalada e das reais condições de atendimento às necessidades deste Consórcio.

8. DA DISTRIBUIÇÃO DO TETO FÍSICO/FINANCEIRO PARA REALIZAÇÃO DE CONSULTAS, ATENDIMENTOS E PROCEDIMENTOS

8.1. As despesas inerentes à execução do objeto da presente contratação, correrá por conta da dotação Orçamentária de cada ente consorciado.

8.2. Identificada a necessidade da prestação do serviço de saúde constante neste Edital, o município solicitará ao Credenciado a disponibilização de agendamento dos serviços para o atendimento da demanda.

8.3. Quando a oferta do serviço for inferior a demanda dos municípios, se adotará o sistema de cotas, conforme o percentual populacional de cada consorciado ao total de oferta por item.

Itajaí, 20 de maio de 2023.

MÔNICA MÁRCIA CAMPOS DE MENEZES SILVA

Diretora Administrativa

EDITAL DE CREDENCIAMENTO

Nº 03.2023 - CHAMADA PÚBLICA

ANEXO II

REQUERIMENTO PARA INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO

"Encaminhar preenchido"

Ao CIS-AMFRI

Setor de Licitações e Contratos

Itajaí – SC

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE ENTIDADES PÚBLICAS, FILANTRÓPICAS E/OU PRIVADAS, PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA REALIZAÇÃO DE CONSULTAS E PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNOSTICA OU CIRÚRGICA, AMBULATORIAL, DE MÉDIA OU ALTA COMPLEXIDADE, CONFORME PROCEDIMENTOS DO SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E OPM DO SUS - SIGTAP , divulgado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região da Foz do Rio Itajaí, nos termos do Edital 03.2023.

Nome/Razão Social:

Telefone:

E-mail (Gestão de Contratos):

E-mail (Faturamento):

E-mail (Agendamento):

Endereço Comercial:

CEP: Cidade:

Estado: Santa Catarina

C.N.P.J: Inscrição Estadual:

Inscrição Municipal:

Dados Bancários:

Banco: Ag: C/C:

Responsável Técnico pelos Serviços Prestados:

N° do conselho da categoria do profissional técnico:

Para tanto, DECLARA, sob as penas da lei, que:

- Concordamos em nos submeter a todas as disposições constantes no Edital de Credenciamento nº. 03.2023 e seus Anexos;

- Possuímos estrutura, materiais, equipamentos, profissionais e outros itens considerados essenciais para o cumprimento dos serviços constantes desta ficha de inscrição;

- Conhecemos e estamos de acordo em aceitar e prestar os serviços pelos valores constantes na tabela do edital 03.2023.

Ademais, requer o credenciamento para prestar os exames conforme declaração de capacidade de instalação e disponibilidade ao SUS, apresentada juntamente com a documentação (Anexo III).

Cidade, Dia, Mês, Ano

Assinatura do Responsável legal pelo CNPJ

EDITAL DE CREDENCIAMENTO

Nº 03/2023 - CHAMADA PÚBLICA

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE INSTALADA E DISPONIBILIDADE AO SUS

"Encaminhar preenchido"

Nome/Razão Social:

C.N.P.J:

Telefone:

E-mail:

O interessado acima qualificado, em atenção ao EDITAL DE CREDENCIAMENTO N° 03.2023, vem declarar que possui capacidade instalada e disponibilizada para execução do objeto, conforme segue:

Classificação	Descrição	Capacidade Instalada Total	Capacidade Disponibilizada ao SUS

Cidade, Dia, Mês, Ano

Assinatura do Responsável legal pelo CNPJ

EDITAL DE CREDENCIAMENTO
Nº 03.2023 - CHAMADA PÚBLICA

ANEXO IV
DECLARAÇÃO

"Encaminhar preenchido"

_____, inscrita no CNPJ sob o n° _____, sediada à_____, por seu representante legal, DECLARA, sob as penas da lei, que:

- Não foi declarada inidônea e nem está suspensa do direito de licitar por nenhum órgão federal, estadual ou municipal, tampouco pelo CIS-AMFRI, e que não existem fatos impeditivos para sua habilitação no Edital de Credenciamento – Chamada Pública n° 03/2023, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores;

- Concorda com os termos do Edital e dará pleno cumprimento às obrigações constantes da Ata de Registro de Preços, caso sagre-se vencedora de itens/lotes do certame;

- Não possui servidor público do CIS-AMFRI, dos municípios consorciados, ou outras esferas públicas, na condição de representante legal, membro da sua diretoria, Sócio Administrador e/ou proprietário;

- Em atendimento ao artigo 27, V da Lei nº 8.666/93 e artigo 7°, inciso XXXIII, da Constituição Federal, não emprega menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e não emprega menor de 16 (dezesseis) anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos.

(Local e data)

_____
Carimbo/CNPJ e assinatura do Representante Legal da Empresa

EDITAL DE CREDENCIAMENTO

Nº 03.2023 - CHAMADA PÚBLICA

ANEXO V

PROTOCOLO - ROL MÍNIMO DE CREDENCIAMENTO

1. **BIOPSIAS, PUNÇÕES, INCLUI:**

ANESTESIA LOCAL

DISPOSITIVO GUIADO – USG, TOMOGRAFIA, RM, MAMOGRAFIA OU OUTRO.

2. **PEQUENAS CIRURGIAS – ROL MÍNIMO:**

CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO

CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO

DRENAGEM DE ABSCESSO

ELETROCOAGULACAO DE LESAO CUTANEA

EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA

EXCISAO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESOES/ FERIMENTOS DE PELE / ANEXOS E MUCOSA

EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO /LIPOMA

FRENECTOMIA

FULGURACAO / CAUTERIZACAO QUIMICA DE LESOES CUTANEAS

INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO

RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTANEO

RETIRADA DE LESAO POR SHAVING

CIRURGIA DE UNHA (CANTOPLASTIA)

3. **OFTALMOLOGIA – ROL MÍNIMO PARA CONSULTA**

CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - OFTALMOLOGIA

MAPEAMENTO DE RETINA (UNILATERAL)

TONOMETRIA (BILATERAL)

*O valor da consulta nesta especialidade contempla a execução dos exames citados

4. **OFTALMOLOGIA – ROL MÍNIMO PARA EXAMES**

BIOMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR)

BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO

CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRAFICO

CERATOMETRIA

CURVA DIARIA DE PRESSAO OCULAR CDPO (MINIMO 3 MEDIDAS)

ELETRO-OCULOGRAFIA

ELETRORETINOGRAFIA

ESTESIOMETRIA

FUNDOSCOPIA

GONIOSCOPIA

MAPEAMENTO DE RETINA

MEDIDA DE OFUSCAMENTO E CONTRASTE

POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL

POTENCIAL VISUAL EVOCADO

RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR

RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR

TESTE DE PROVOCACAO DE GLAUCOMA

TESTE DE SCHIRMER

TESTE DE VISAO DE CORES

TESTE ORTOPTICO

TONOMETRIA

5. OFTALMOLOGIA CIRURGICA – ROL MÍNIMO PARA PROCEDIMENTOS

DRENAGEM DE ABSCESSO DE PALPEBRA

EPILACAO A LASER

EPILACAO DE CILIOS

EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESOES DA PALPEBRA E SUPERCILIO

EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESOES DA PALPEBRA E SUPERCILIO

EXTIRPACAO DE GLANDULA LACRIMAL

OCLUSAO DE PONTO LACRIMAL

RECONSTITUICAO DE CANAL LACRIMAL

RECONSTITUICAO PARCIAL DE PALPEBRA COM TARSORRAFIA

RECONSTITUICAO TOTAL DE PALPEBRA

SIMBLEFAROPLASTIA

SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL

SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS

SUTURA DE PALPEBRAS

TRATAMENTO CIRURGICO DE BLEFAROCALASE

TRATAMENTO CIRURGICO DE TRIQUIASE C/ OU S/ ENXERTO

PUNCTOPLASTIA

CORRECAO CIRURGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MUSCULOS)

CORRECAO CIRURGICA DO ESTRABISMO (ATE 2 MUSCULOS)

APLICACAO DE PLACA RADIOATIVA EPISCLERAL

BIOPSIA DE TUMOR INTRA OCULAR

CRIOTERAPIA OCULAR

FOTOCOAGULACAO A LASER

INJECAO INTRA-VITREO

RETINOPEXIA C/ INTROFLEXAO ESCLERAL

SUTURA DE ESCLERA

TRATAMENTO CIRURGICO DE DEISCENCIA DE SUTURA DE ESCLERA

TRATAMENTO CIRURGICO DE MIIASE PALPEBRAL

TRATAMENTO CIRURGICO DE NEOPLASIA DE ESCLERA

VITRECTOMIA ANTERIOR

VITRECTOMIA POSTERIOR

VITRIOLISE A YAG LASER

VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSAO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER

VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSAO DE PERFLUOCARBONO/OLEO DE SILICONE/ENDOLASER

TERMOTERAPIA TRANSPUPILAR

PAN-FOTOCOAGULACAO DE RETINA A LASER

DRENAGEM DE HEMORRAGIA DE COROIDE

RETINOPEXIA PNEUMATICA

REMOCAO DE OLEO DE SILICONE

REMOCAO DE IMPLANTE EPISCLERAL

CORRECAO CIRURGICA DE LAGOFTALMO

CRIOTERAPIA DE TUMORES INTRA-OCULARES

DESCOMPRESSAO DE NERVO OPTICO

DESCOMPRESSAO DE ORBITA

ENUCLEACAO DE GLOBO OCULAR

EVISCERACAO DE GLOBO OCULAR

EXENTERACAO DE ORBITA

EXERESE DE TUMOR MALIGNO INTRA-OCULAR

EXPLANTE DE LENTE INTRA OCULAR

INJECAO RETROBULBAR / PERIBULBAR

ORBITOTOMIA
RECONSTITUICAO DE CAVIDADE ORBITARIA
RECONSTITUICAO DE PAREDE DA ORBITA
TRANSPLANTE DE PERIOSTEO EM ESCLEROMALACIA
TRATAMENTO CIRURGICO DE XANTELASMA
TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL
REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRAOCULAR
CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRURGICA
CAPSULOTOMIA A YAG LASER
CAUTERIZACAO DE CORNEA
CICLOCRIOCOAGULACAO / DIATERMIA
CICLODIALISE
CORRECAO DE ASTIGMATISMO SECUNDARIO
CORRECAO CIRURGICA DE HERNIA DE IRIS
EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA
FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR
FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR 483,6
FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA
FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER
IMPLANTE DE PROTESE ANTI-GLAUCOMATOSA
IMPLANTE INTRA-ESTROMAL
IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTE INTRA-OCULAR - LIO
INJECAO SUBCONJUTIVAL / SUBTENONIANA
IRIDECTOMIA CIRURGICA
IRIDOCICLECTOMIA
IRIDOTOMIA A LASER
PARACENTESE DE CAMARA ANTERIOR
RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL
RECONSTITUICAO DE FORNIX CONJUNTIVAL
RECONSTRUCAO DE CAMARA ANTERIOR DO OLHO
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CAMARA ANTERIOR DO OLHO
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CORNEA
SINEQUIOLISE A YAG LASER
SUBSTITUICAO DE LENTE INTRA-OCULAR
SUTURA DE CONJUNTIVA
SUTURA DE CORNEA

TOPOPLASTIA DO TRANSPLANT

TRABECULECTOMIA

TRATAMENTO CIRURGICO DE GLAUCOMA CONGENITO

TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO

FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL

CIRURGIA DE CATARATA CONGENITA

TRATAMENTO CIRURGICO DE DEISCENCIA DE SUTURA DE CORNEA

6. GASTROENTEROLOGIA – ROL MÍNIMO PARA EXAMES

6.1 ENDOSCOPIA

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA – o valor inclui:

a) PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI

b) BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES

6.1.1 RETIRADA DE POLIPO DO TUBO DIGESTIVO (O valor do procedimento inclui a alça)

O pagamento do item supracitado está vinculado a apresentação do laudo constando o execução do mesmo.

6.2 COLONOSCOPIA

COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) – o valor inclui:

a) BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES

b) RETOSSIGMOIDOSCOPIA

c) RETIRADA DE CORPO ESTRANHO / POLIPOS DO RETO / COLO SIGMÓIDE - * Independente do número de pólipos – Inclui utilização de alça de polipectomia

7. ESPECIALIDADE: CARDIOLOGIA

MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HORAS (03 CANAIS)

MONITORAMENTO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL (MAPA TESTE DE ESFORÇO OU TESTE ERGOMÉTRICO

ELETROCARDIOGRAMA

ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE

ECOCARDIOGRAFIA FETAL

ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA

ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA

8. FONOAUDIOLOGIA

CONSULTA EM FONOAUDIOLOGIA

LOGOAUDIOMETRIA (AUDIOMETRIA INFANTIL) BILATERAL

AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE BILATERAL

AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA) BILATERAL

IMITANCIOMETRIA BILATERAL

POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO (BERA) BILATERAL

TESTES VESTIBULARES/ OTONEUROLÓGICOS (VECTROELETRONISTAGMOGRAFIA) BILATERAL

AVALIAÇÃO AUDITIVA COMPORTAMENTAL BILATERAL

9. **MASTOLOGIA**

CONSULTA EM MASTOLOGIA

PUNÇÃO POR AGULHA GROSSA (CORE BIOPSY)

PUNCAO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA (PAAF)

BIÓPSIA/EXERESE DE NÓDULO DE MAMA

ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL

10. **ESPECIALIDADE: OTORRINOLARINGOLOGIA**

CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA

VIDEOLARINGOSCOPIA

RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO / FARINGE / LARINGE

LAVAGEM OTOLÓGICA

BIÓPSIA DE FARINGE

CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES/EPISTAXE

11. **ESPECIALIDADE: PNEUMOLOGIA**

CONSULTA MÉDICA EM PNEUMOLOGIA

PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR SIMPLES (ESPIROMETRIA

PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR

PLETISMOGRAFIA (POR LATERALIDADE / TERRITÓRIO)

POLISSONOGRAFIA

POLISSONOGRAFIA COM CPAP

OXIMETRIA DE PULSO

BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA)

12. **ESPECIALIDADE: UROLOGIA**

CONSULTA EM UROLOGIA

AVALIAÇÃO URODINÂMICA COMPLETA

BIÓPSIA DE BEXIGA

BIÓPSIA DE PÊNIS

BIÓPSIA DE PROSTATA

CATETERISMO DE URETRA

CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA

DILATAÇÃO DE URETRA (POR SESSÃO)

PLÁSTICA DE FREIO BALANO -PREPUCIAL (FRENOPLASTIA)

POSTECTOMIA

CATETER DUPLO J

UROFLUXOMETRIA

EXERESE DE CISTO DE BOLSA ESCROTAL

ESTUDO RENAL DINAMICO COM OU SEM DIURÉTICO

VASECTOMIA

13. **PROCTOLOGIA**

CONSULTA EM PROCTOLOGIA

COLONOSCOPIA

RETIRADA DE POLIPO DO TUBO DIGESTIVO (O valor do procedimento inclui o valor da alça)

LIGADURA ELÁSTICA DE HEMORRÓIDAS (SESSÃO)

BIÓPSIA DE ANUS E CANAL ANAL

ELETROCAUTERIZAÇÃO DE LESÃO TRANSPARIETAL DE ÂNUS

RETOSSIGMOIDOSCOPIA

14. **TOMOGRAFIA**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA

TOMOGRAFIA POR EMISSAO DE POSITRONS (PET-CT)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRACO, MAO, COXA, PERNA, PE)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX

TOMOGRAFIA DE HEMITORAX, PULMAO OU DO MEDIASTINO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR

15. ANGIOTOMOGRAFIA

ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE ABDOME SUPERIOR

ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR (BILATERAL)

ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PELVE

ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PESCOÇO

ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE TORAX

ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL

ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORACICA

ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR (BILATERAL)

ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA PULMONAR

ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE CRANIO

ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE CRANIO

ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR (BILATERAL)

ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL PULMONAR

ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE ABDOME SUPERIOR

ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE MEMBRO INFERIOR (BILATERAL)

ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PELVE

ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PESCOÇO

ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE TORAX

ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA

16. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)

RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOCO

RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA

RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA

RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO

RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA

RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE

RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)

RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX

RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR

RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR

RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)

RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/ COLANGIORRESSONANCIA

RESSONANCIA MAGNETICA DE MAMA BILATERAL

RESSONANCIA MAGNETICA DE MAMA BILATERAL PARA AVALIACAO DE POSSIVEIS COMPLICACOES DE IMPLANTE DE PROTESE

17. ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA

ANGIORESSONANCIA CEREBRAL

ANGIORESSONANCIA VENOSA PULMONAR

ANGIORESSONANCIA VENOSA DE PESCOCO

ANGIORESSONANCIA VENOSA DE PELVE

ANGIORESSONANCIA VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)

ANGIORESSONANCIA VENOSA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)

ANGIORESSONANCIA VENOSA DE CRANIO

ANGIORESSONANCIA VENOSA DE ABDOMEN SUPERIOR

ANGIORESSONANCIA DE AORTA TORACICA

ANGIORESSONANCIA DE AORTA ABDOMINAL

ANGIORESSONANCIA ARTERIAL PULMONAR

ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE PESCOCO

ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE PELVE

ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)

ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)

ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE CRANIO

ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE ABDOME SUPERIOR

18. CONTRASTE

APLICACAO DE CONTRASTE EM PROCEDIMENTOS DE DIAGNOSTICO POR RESSONANCIA MAGNETICA OU TOMOGRAFIA (PRE-AUTORIZADO OBRIGATORIAMENTE EM TODOS OS EXAMES DESTE SEGMENTO)

19. PROTESE ODONTOLÓGICA

PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR

PRÓTESE TOTAL MAXILAR

PRÓTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVÍVEL

PRÓTESE PARCIAL MAXILAR REMOVÍVEL

PRÓTESE CORONÁRIAS/INTRARRADICULARES FIXAS/ADESIVAS (POR ELEMENTO)

REEMBASAMENTO E CONSERTO DE PROTESE DENTARIA – CONTEMPLADO NO VALOR DA PRÓTESE

20. SESSÕES DE FISIOTERAPIA E OUTRAS TERAPIAS

Atendimentos sequenciais autorizados em guia única, requer assinatura do paciente, datada referente a cada assinatura.

21. TRATAMENTO ESCLEROSANTE DE VARIZES UNILATERAL – COMPLETO

O valor do procedimento inclui:

1. CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (Avaliação)
2. ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS
3. TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL), INCLUI DISPOSITIVO GUIADO (EXAME ULTRASSONOGRÁFICO)
4. CURATIVO SIMPLES INCLUI ADJUVANTE COMPRESSIVO (Meia Compressiva)
5. SESSÃO DE MASSOTERAPIA – Conforme indicação
6. CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (Retorno)

Retorno obrigatório entre 1 a 2 semanas;

Retornos subsequentes ou outras intercorrências, se necessário;

Para fins de registro e informação de produção, na realização do item 5, será autorizado separadamente dos demais procedimentos (coleta de assinatura e identificação do profissional executante), conforme solicitação;

Os pacientes serão agendados para avaliação e realização do procedimento na mesma data e guia.

Caso seja agendado para data separada da avaliação a guia deverá ser gerada constando os itens 3, 4 e 6.

Caso o procedimento seja contraindicado ou desnecessário – O município será responsável pelo pagamento dos itens 1 e 2.

EDITAL DE CREDENCIAMENTO
Nº 03.2023 - CHAMADA PÚBLICA

ANEXO VI
RELAÇÃO DA EQUIPE TÉCNICA

"Encaminhar preenchido"

Nome/Razão Social:

C.N.P.J:

Telefone:

E-mail:

O interessado acima qualificado, em atenção ao EDITAL DE CREDENCIAMENTO N° 03.2023, informa que os serviços credenciados serão prestados pelos seguintes profissionais:

Nome	CPF	Especialidade	CRM-SC	RQE

Cidade, Dia, Mês, Ano

Assinatura do Responsável legal pelo CNPJ

EDITAL DE CREDENCIAMENTO

Nº 03.2023 - CHAMADA PÚBLICA

ANEXO VII

MINUTA DO CONTRATO DE CREDENCIAMENTO

"Não preencher. Será enviado pelo CIS-AMFRI"

CONTRATO DE CREDENCIAMENTO N° 0XX/202X.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NA ÁREA DA SAÚDE QUE ENTRE SI CELEBRAM O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DA FOZ DO RIO ITAJAÍ – CIS-AMFRI E (CREDENCIADO).

As partes, de um lado o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DA FOZ DO RIO ITAJAÍ – CIS-AMFRI**, com sede na Rua Luíz Lopes Gonzaga, nº 1655, Bairro São Vicente, no município de Itajaí - SC, CEP 88309-421, inscrito no CNPJ sob o nº 07.510.376/0001-95, neste ato representado pela sua Diretora Administrativa, Sra. **Mônica Márcia Campos de Menezes Silva**, inscrito no CPF sob o n° 012.902.577 - 10, doravante denominado **CIS-AMFRI** e, de outro lado, XXXXXXXXXXX, pessoa jurídica de direito privado, com sede na XXXXX, XXXX - XXXXX, XXXXXX - SC, XXXXX, inscrita no CNPJ n°. XXXXXXX, neste ato representado por seu sócio XXXXXXXXX, inscrito no CPF nº. XXXXXX, doravante denominado **CREDENCIADO**, tem entre si justo acordado o presente Contrato de Prestação de Serviços, nos termos do Edital de Chamamento Público nº 03.2023, Processo de Inexigibilidade de Licitação n° 003.2023, na melhor forma de direito e de acordo com a Lei n° 8.666, de 21 de junho de 1993 e alterações, combinada com as demais normas de direito aplicáveis à espécie, mediante as condições constantes das seguintes cláusulas, que ambas as partes aceitam, ratificam e outorgam, por si e seus sucessores:

1. CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O CREDENCIADO prestará aos usuários da rede municipal de saúde dos Municípios consorciados ao CIS-AMFRI, SERVIÇOS EM SAÚDE DE ALTA E MÉDIA COMPLEXIDADE, na quantidade, forma e valor descrito a seguir:

Classificação	Descrição	Capacidade Disponibilizada ao SUS	Valor (R$)

1.2. Os procedimentos solicitados serão prestados em estabelecimento de saúde de responsabilidade do CREDENCIADO à população dos municípios consorciados ao CIS-AMFRI.

1.3. Os quantitativos propostos são estimados, portanto, não obrigada a contratante a adquirir toda ou qualquer quantidade indicada no presente contrato, de modo que somente serão pagos ao contratado os serviços efetivamente autorizados e executados.

2. CLÁUSULA SEGUNDA - DA VALIDADE DO CREDENCIAMENTO E DA VIGÊNCIA CONTRATUAL

2.1. Este contrato terá sua vigência a contar da data da sua assinatura, pelo período de 12 (doze) meses, e poderá ter a sua duração prorrogada por iguais e sucessivos períodos, por ato do CIS-AMFRI, pelo prazo máximo de 60 (sessenta) meses, nos termos do artigo 57, II, da Lei n° 8.666/93.

2.1.1. No que se refere a prorrogação do contrato, fica condicionada a contratada a manutenção dos requisitos de habilitação, bem como a apresentação e manifestação de interesse na renovação.

3. CLÁUSULA TERCEIRA - DO PREÇO E QUANTITATIVO

3.1. Os serviços de saúde prestados pelo CREDENCIADO serão remunerados por item autorizado e realizado.

3.2. O preço ajustado entre as partes são os constantes neste contrato, oriundos do Edital de Chamamento Público nº 03/2023, Processo de Inexigibilidade de Licitação n° 003/2023, estando inclusos taxas de administração, custos diretos e indiretos, mão-de-obra, impostos, tarifas, encargos e outros dispêndios necessários para a realização dos serviços.

3.3. Os valores constantes na tabela do CIS-AMFRI, poderá ser revista, sempre por interesse dos Secretários Municipais de Saúde, dos municípios consorciados, à quem caberá a decisão sobre valores pagos e reajustes na tabela, com base em Deliberação Colegiada, registrando a fonte dos valores base.

3.4. A demanda de consumo dependerá única e exclusivamente da necessidade dos consorciados pelos serviços contratados.

3.5. Por se tratar de uma quantidade estimativa não está a Administração obrigada a adquirir toda ou qualquer quantidade indicada no presente credenciamento.

4. CLÁUSULA QUARTA - DO FATURAMENTO E PAGAMENTO

4.1. Para o faturamento, a competência da produção mensal compreende o volume ou quantidade atendida entre o dia 1 ao dia 30 do mês.

4.2. Para faturamento dos atendimentos mensais, o credenciado enviará a produção do dia 01 até o dia 05 de cada mês;

4.2.1. O não cumprimento do prazo, acarretará na prorrogação do faturamento da produção para a competência subsequente, bem como do pagamento desta produção;

4.3. A documentação física a ser enviada pelo credenciado para faturamento, deverá ser entregue na sede do consórcio em conformidade com a Lei Federal n° 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados:

4.3.1. Enviados em pacote ou envelope opaco fechado, com identificação expressa do destinatário – "SETOR DE FATURAMENTO DO CIS-AMFRI", além da expressão "DOCUMENTO SENSÍVEL – ACESSO RESTRITO AO DESTINATÁRIO";

4.3.2. A produção encaminhada divergente ao que trata a Lei Federal n° 13.709/2018, não serão recebidas para faturamento.

4.3.3. Para fins de auditoria, a documentação deverá ser encaminhada na sequência a seguir, agrupado por município, em ordem alfabética, sempre com a requisição do CIS-AMFRI fixada na frente de todos os documentos adicionais:

e) Relatório gerado no sistema de gestão do CIS-AMFRI;
f) Guia de Autorização gerada em conformidade com o encaminhamento profissional, pelo município no sistema de gestão do CIS-AMFRI, devidamente assinada pelo paciente e profissional responsável pelo atendimento;
g) Encaminhamento médico ou requisição do atendimento profissional;
h) Laudos ou relatórios previstos neste TR para fins de comprovação de execução, devidamente assinados pelo responsável pela emissão;

4.3.4. A produção encaminhada fora do padrão orientado no item anterior, poderão ser devolvidas para adequação, prorrogando o faturamento, bem como o pagamento para a competência subsequente.

4.3.5. As não conformidades encontradas na auditoria, serão glosadas e informadas por e-mail ao credenciado para adequação. Caso apresentada defesa adequada, o pagamento das não conformidades, constarão na produção subsequente.

4.3.6. O relatório citado na alínea "a" do item 4.3.3., deverá ser gerado no sistema de gestão do CIS-AMFRI acessado pelo credenciado, partir do faturamento da requisição, por parte do credenciado, executada em sistema "on-line", disponibilizado pelo CIS-AMFRI, por meio do código de barras impresso na requisição (substitui o preenchimento de informações da produção BPA, SAI/SUS e BPA-I).

4.3.6.1. A recepção das Guias de Autorização é obrigatória para a geração do relatório de produção;

4.3.6.2. Relatório de sistema próprio do credenciado, não serão utilizados para fins de auditoria, sendo desnecessário seu envio, sendo descartado.

4.4. A sequência de faturamento da produção mensal, obedecerá a ordem cronológica de recebimento da produção na sede do consórcio.

4.5. Finalizada a auditoria, o credenciado será informado pelo setor de faturamento o valor aprovado para pagamento para emissão da Nota Fiscal;

4.5.1. A Nota Fiscal deverá ser encaminhada ao e-mail, pelo qual foi recebida a solicitação de emissão.

4.5.1.1. O CIS-AMFRI, não considerará as NF enviadas pelos sistemas automáticos de emissão de NF;

4.5.1.2. Todas as Notas Fiscais deverão ser encaminhadas acompanhadas das CNDs fiscais.

4.5.2. O pagamento da produção ocorrerá até 30 dias após a emissão da Nota Fiscal.

4.5.3. O pagamento da Nota Fiscal, obedecerá a ordem cronológica de emissão.

4.5.4. Por mês de competência, haverá o pagamento de apenas uma NF.

4.6. Havendo divergência ou erros entre serviços contratados e os serviços prestados, fica assegurado ao CIS-AMFRI a realização de auditoria para aferição correta dos serviços executados, devendo o credenciado emitir nota fiscal conforme o valor aferido.

4.7. O CIS-AMFRI fará a retenção de tributos na fonte quando a lei assim o determinar.

4.8. É vedada a cobrança de nova consulta nos casos de retorno médico, quando o mesmo paciente retornar ao consultório no prazo de 30 (trinta) dias contados a partir da data da consulta anterior.

4.9. É vedado ao credenciado cobrar ou receber qualquer outra importância a título de honorários pelos serviços prestados, seja do CIS-AMFRI, do usuário, paciente ou terceiro.

4.10. Fica ao encargo do credenciado todas as despesas e custos relativos à aluguel, mão-de-obra, encargos sociais, fiscais e outros que porventura forem necessárias à prestação dos serviços.

4.11. O credenciado deverá apresentar comprovação do recolhimento das obrigações trabalhistas, fiscais e securitárias decorrente da relação de emprego com seus profissionais, relativamente às competências em que prestar serviços.

4.12. Os atendimentos realizados não poderão ser referenciados para atendimento de forma particular ou solicitação de complementação de valores para procedimentos e/ou cirurgias.

4.13. Toda necessidade de serviços complementares e/ou procedimentos e/ou cirurgias deverá ser encaminhado seguindo o fluxo estabelecido na unidade de saúde.

4.14. Os encaminhamentos deverão conter OBRIGATORIAMENTE:

i) Nome Completo do Paciente
j) Data de Nascimento do Paciente
k) Dados Clínicos do Paciente
l) Nomenclatura do Procedimento ou Especialidade encaminhada
m) Justificativa para a solicitação
n) CID
o) Carimbo e assinatura do médico solicitante
p) Data

4.15. O não cumprimento do item 4.14 acarretam na não inserção do paciente à fila de espera para regulação, portanto, ensejará no não pagamento da guia de atendimento do referido paciente ou desconto na produção subsequente, até que providenciado;

4.16. Após a prestação do serviço, o Credenciado terá 30 (trinta) dias para faturar a "Guia de Autorização" do serviço executado, diretamente no sistema "on-line" disponibilizado pelo CIS-AMFRI.

4.17. O descumprimento dos prazos estipulados no item anterior ensejará no cancelamento da respectiva "Guia de Autorização" e consequentemente na avaliação da responsabilidade sobre o corrido, para fins de pagamento ou não.

4.18. Em caso de atraso na entrega das informações pelo credenciado, o pagamento será retardado proporcionalmente.

5. CLÁUSULA QUINTA - DAS OBRIGAÇÕES DO CIS-AMFRI

5.1. Ao CIS-AMFRI competirá:

5.1.1. Efetuar controle interno dos procedimentos realizados em que foram necessários à prestação do serviço da CONTRATADA

5.1.2. Executar o faturamento da produção, com base nas informações e documentos fornecidos pela CONTRATADA, e pelo controle dos responsáveis pelos setores, que deverão fornecer os dados por escrito conforme previamente estipulado pela CONTRATANTE

5.1.3. Efetuar o pagamento ao credenciado em função dos serviços prestados de acordo com os quantitativos autorizados pelo município.

5.1.4. Efetuar conferência técnica e administrativa das faturas e relações de serviços apresentados e informar ao prestador o valor autorizado, e se houver, o motivo das glosas efetuadas, possibilitando o questionamento e correção, se possível;

5.1.5. Fiscalizar o cumprimento das disposições deste Termo e a prestação dos serviços, bem como esclarecer eventuais dúvidas.

6. CLÁUSULA SEXTA - DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO

6.1. Ao credenciado competirá:

6.1.1. Atender à solicitação do fornecimento do serviço, que será solicitado ao e-mail do credenciado ou telefone, informado no formulário de solicitação de credenciamento, com retorno no prazo de 5 (cinco) dias úteis para agendamento;

6.1.2. No retorno do agendamento, o credenciado deve informar data, horários e nome do profissional escalado para o atendimento solicitado, bem como o número de registro profissional no órgão de classe em Santa Catarina;

6.1.3. Garantir que o profissional designado esteja devidamente apto e registrado no Conselho de classe de Santa Catarina (CRO/SC, CRM/SC, COREN/SC ou outro);

6.1.4. Manter a Relação de Profissionais que compõem a equipe técnica atualizada junto ao CIS-AMFRI e ao CNES;

6.1.5. Fornecer o equipamento necessário ao atendimento da sua especialidade e insumos inerentes ao atendimento

6.1.6. Executar os serviços nas condições estipuladas, observando-se os parâmetros de boa técnica e resolutividade, bem como as normas legais aplicáveis;

6.1.7. Prestar atendimento adequado aos usuários e fornecer as informações ao Município e/ou ao CIS-AMFRI sobre os serviços prestados de maneira adequada;

6.1.8. Responsabilizar-se integralmente pela qualidade, responsabilidade técnica e plena execução dos serviços contratados;

6.1.9. Prestar prontamente todos os esclarecimentos que forem solicitados, e atender e/ou responder as reclamações relativas aos serviços prestados;

6.1.10. Executar diretamente os serviços contratados, sem transferência de responsabilidade;

6.1.11. Comunicar ao CIS-AMFRI, por escrito e com antecedência mínima de 03 (três) dias úteis, os motivos de ordem técnica que impossibilitem a execução dos serviços ou quando verificar condições inadequadas ou a iminência de fatos que possam prejudicar a perfeita prestação dos serviços;

6.1.11.1. No que se refere ao item 6.1.13, o credenciado realizará o comunicado, já informando o prazo para normalização de atendimento, que será, no máximo de 15 (quinze) dias úteis para normalização.

6.1.12. O atendimento ao usuário do SUS deverá ser humanizado, de acordo com a Política Nacional de Humanização – PNH (Ministério da Saúde, 2004) e a Carta de Direitos do Usuário do SUS (Ministério da Saúde, 2011), conforme o item III do terceiro princípio que assegura ao cidadão atendimento acolhedor e livre de discriminação, visando à igualdade de tratamento e a uma relação mais pessoal e saudável.

6.1.13. Encaminhar para faturamento:

6.1.13.1. O relatório de Guias de Autorização produção por município gerado no sistema CIS-AMFRI, assinado pelo profissional responsável legal da Credenciada;

6.1.13.2. As Guias de Autorização do Sistema CIS-AMFRI, assinadas pelo paciente e profissional responsável pelo atendimento;

6.1.14. Após aprovação do faturamento, apresentar documento fiscal dos serviços prestados no mês anterior.

6.1.15. Manter todas as condições de habilitação exigidas para o credenciamento durante todo o período em que se mantiver credenciado;

6.1.16. Fornecer vaga de retorno aos pacientes atendidos no prazo de 30 dias, se pelo mesmo motivo da consulta inicial.

7. CLÁUSULA SÉTIMA - DO DESCREDENCIAMENTO

7.1. Constituem motivo para o descredenciamento:

7.1.1. Deixar de atender a requisição para prestação do serviço e/ou a atualização dos documentos de habilitação e de regularidade fiscal;

7.1.2. Apuração de fatos supervenientes que importem no comprometimento da capacidade jurídica, técnica e/ou fiscal do Credenciado;

7.1.3. Conduta profissional que fira o padrão ético ou operacional exigido para a prestação dos serviços;

7.1.4. As hipóteses previstas no artigo 78 da Lei n° 8.666/93.

7.2. O Credenciado poderá descredenciar-se voluntariamente, mediante requerimento por escrito com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, e desde que não prejudique os serviços já agendados, ou que venham a ser agendados antes de decorrido o prazo de 60 (sessenta) dias. Decorrido o prazo mencionado, será lavrado o termo de descredenciamento e/ou rescisão contratual, quando cessará as obrigações para ambas as partes.

7.3. O descredenciamento não exime a aplicação das sanções previstas no artigo 87 da Lei Federal n° 8.666/93, se for o caso.

8. CLÁUSULA OITAVA – DAS PENALIDADES

8.1. Quando o Credenciado não cumprir com as obrigações assumidas ou com os preceitos legais serão aplicadas as seguintes penalidades, cumulativas ou não, conforme o caso:

8.1.1. Advertência.

8.1.2. Multa de 2 % (dois por cento) sobre o valor contratual quando:

8.1.2.1. Os serviços estiverem em desacordo com as especificações contidas no contrato ou em descumprimento com uma das cláusulas;

8.1.2.2. Se houver rescisão por culpa ou requerimento da Contratada sem causa justificada ou amparo legal;

8.1.2.3. Se os serviços forem descontinuados, interrompidos ou na negativa de agendamento sem justificativa formal prévia;

8.2. Pela descontinuidade dos serviços, a ser cobrada por dia parado, até o limite de 10 (dez) dias.

8.3. Sem prejuízo da multa estabelecida pela Contratante, a Contratada responderá pelas perdas e danos causados, os quais serão mensurados caso a caso.

8.4. Caso a Contratada não venha a recolher a multa devida dentro do prazo determinado, a mesma será descontada do valor das parcelas de pagamento vincendas.

8.5. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a administração, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação, perante o CIS-AMFRI, que ocorrerá sempre que o faltoso ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada.

8.6. Impedimento de participar de licitações e contratar com o CIS-AMFRI e também nos municípios consorciados, por prazo não superior a 2 (dois) anos;

8.7. Além das penalidades citadas, a contratada ficará sujeita, ainda, ao cancelamento de sua inscrição no cadastro de fornecedores do CIS-AMFRI e, no que couber às demais penalidades referidas no Capítulo IV da Lei 8.666/93.

9. CLÁUSULA NONA – DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

9.1. É vedado às partes a utilização de todo e qualquer dado pessoal repassado em decorrência da execução contratual para finalidade distinta daquela do objeto da contratação, sob pena de responsabilização administrativa, civil e criminal.

9.2. As partes se comprometem a manter sigilo e confidencialidade de todas as informações – em especial os dados pessoais e os dados pessoais sensíveis – repassados em decorrência da execução contratual, em consonância com o disposto na Lei n. 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD), sendo vedado o repasse das informações, compartilhamento e comercialização a terceiros estranhos a presente relação contratual, salvo aquelas decorrentes de obrigações legais ou para viabilizar o cumprimento do instrumento contratual.

9.3. O CREDENCIADO declara que tem ciência da existência da Lei Geral de Proteção de Dados e se compromete a adequar todos os procedimentos internos ao disposto na legislação com o intuito de proteger os dados pessoais repassados pelo CIS-AMFRI e/ou obtidos em decorrência da execução do contrato.

9.4. As partes comprometem-se a prestar auxílio mútuo em caso de violação de dados e/ou ameaça a sua segurança no âmbito das atividades e responsabilidades do CREDENCIADO, a fim de garantir a proteção dos dados pessoais tratados contra acesso não autorizado, destruição, uso, modificação, divulgação ou perda acidental ou indevida.

9.5. O CREDENCIADO será integralmente responsável pelo pagamento de perdas e danos de ordem moral e/ou material, bem como pelo ressarcimento do pagamento de qualquer penalidade imposta ao CIS-AMFRI diretamente resultantes do descumprimento pelo CREDENCIADO de qualquer das cláusulas previstas neste capítulo quanto a proteção e uso dos dados pessoais.

9.6. O CREDENCIADO fica obrigada a comunicar ao CIS-AMFRI em até 24 (vinte e quatro) horas qualquer incidente de acessos não autorizados aos dados pessoais, situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito, bem como adotar as providências dispostas no art. 48 da Lei Geral de Proteção de Dados.

10. CLÁUSULA DÉCIMA - DAS CONDIÇÕES GERAIS

10.1. A remuneração recebida pelo CREDENCIADO não gerará nenhum vínculo de natureza trabalhista ou previdenciária de seus profissionais com o CIS-AMFRI.

10.2. O credenciamento de que trata o Processo de Inexigibilidade nº. 03/2023 será de caráter precário e "intuito personae", podendo ser revogado a qualquer momento, a juízo de conveniência e oportunidade do CIS-AMFRI.

10.3. Aplica-se a este contrato, as condições e preceitos contidos no Edital de Chamamento Público nº 03.2023, Processo de Inexigibilidade n° 03.2023 e na Ficha de Credenciamento firmada pelo CREDENCIADO, independentemente de transcrição.

10.4. Os casos omissos serão discutidos e analisados pelo CIS-AMFRI, sob os aspectos da legislação pertinente, visando sempre o melhor atendimento aos usuários.

10.5. As despesas decorrentes das contratações realizadas a partir deste Contrato correrão por conta da dotação orçamentária própria consignada no Orçamento Programa Anual do CIS-AMFRI (3390 – Manutenção das Atividades de Procedimento Médico Hospitalar).

11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO FORO

11.1. As partes elegem o foro da Comarca de Itajaí - SC para conhecer e dirimir quaisquer controvérsias decorrentes da execução ou interpretação deste instrumento, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem inteiramente de acordo com as condições aqui estipuladas, lavrou-se o presente Contrato em 02 (duas) vias de igual teor e para o mesmo efeito, que lido e achado conforme, vai assinado pelas partes contratantes.

Itajaí – Santa Catarina, XX de XXX de 20XX.

_____

Mônica Márcia Campos de Menezes Silva

Diretora Administrativa – CIS-AMFRI

_____

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXX