AVISO DE RETIFICAÇÃO, ALTERAÇÃO E ADENDO AO

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 001/2026

Processo Administrativo nº: 028/2026
Termo de Inexigibilidade nº: 010/2026
Instrumento Convocatório: Edital de Credenciamento nº 001/2026
Origem do Pedido: Comunicação Interna nº 042/2026 - GE/Controle e Avaliação

---

O **Fundo Municipal de Saúde de Indaial/SC**, inscrito no CNPJ sob o nº 11.355.483/001-63, por intermédio da Secretária Municipal de Saúde, no uso de suas atribuições legais e com fundamento na Lei Federal nº 14.133/2021 (arts. 5º, 18, 55, § 1º, 74, IV e 79), bem como na Cláusula 10.1.5 do Edital nº 001/2026 e conforme Autorização e Deliberação da Autoridade Competente expedida em 23/10/2026, torna pública a presente **RETIFICAÇÃO E ALTERAÇÃO DO EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 001/2026**, mediante as seguintes disposições:

CLÁUSULA PRIMEIRA — DA MOTIVAÇÃO E OBJETIVO

A presente retificação atende à solicitação formulada na Comunicação Interna nº 042/2026, presente nos autos do processo, visando à adequação da oferta de serviços de média e alta complexidade às necessidades assistenciais apuradas na rede pública municipal. A alteração contempla a inclusão de novas especialidades médicas e odontológica com demanda reprimida, acompanhada da readequação quantitativa de procedimentos que não registraram inscritos ou procura no credenciamento, promovendo a alocação eficiente de recursos públicos sem alteração do teto financeiro global.

CLÁUSULA SEGUNDA — DA INCLUSÃO DE NOVOS PROCEDIMENTOS (Anexo I do TR)

Fica alterada a Tabela de Serviços e Valores do Anexo I (TR) do Edital, para **INCLUIR** os seguintes procedimentos especializados:

Código SIGTAP	Descrição do Procedimento	Valor SIGTAP	Valor Complem.	Valor Unit. Total	Qtd. Mês	Qtd. Ano	Valor Total Mês	Valor Total Ano

03.01.01.007	Consulta Médica em Atenção Especializada – Cirurgia Ginecológica	R$ 10,00	R$ 90,00	R$ 100,00	30	360	R$ 3.000,00	R$ 36.000,00
03.01.01.007	Consulta Médica em Atenção Especializada – Cirurgia Pediátrica	R$ 10,00	R$ 340,00	R$ 350,00	30	360	R$ 10.500,00	R$ 126.000,00
03.01.01.004	Consulta de Profissional de Nível Superior – Cirurgião-Dentista Bucomaxilofacial	R$ 6,30	R$ 83,70	R$ 90,00	20	240	R$ 1.800,00	R$ 21.600,00
SUBTOTAL INCLUSÕES					**80**	**960**	**R$ 15.300,00**	**R$ 183.600,00**

CLÁUSULA TERCEIRA — DA READEQUAÇÃO QUANTITATIVA DE PROCEDIMENTOS (Anexo I do TR)

Ficam **READEQUADOS (REDUZIDOS)** os quantitativos mensais e anuais dos procedimentos abaixo relacionados no Anexo I (Termo de Referência):

Código SIGTAP	Descrição do Procedimento	Valor Unit. Total	Qtd. Mês (Atual)	Qtd. Mês (Proposta)	Valor Total Mês (Atual)	Valor Total Mês (Proposto)	Valor Total Ano (Atual)	Valor Total Ano (Proposto)
02.11.07.015	Estudo de emissões otoacústicas evocadas transitórias e produtos de distorção (EOA)	R$ 105,00	10	9	R$ 1.050,00	R$ 945,00	R$ 12.600,00	R$ 11.340,00
04.05.05.022	Reconstituição de fórnix conjuntival	R$ 436,44	25	7	R$ 10.911,00	R$ 3.055,08	R$ 130.932,00	R$ 36.660,96
04.05.05.002	Capsulotomia a YAG laser (monocular)	R$ 112,77	50	45	R$ 5.638,50	R$ 5.074,65	R$ 67.662,00	R$ 60.895,80
04.05.05.037	Facoemulsificação com implante de lente	R$ 771,60	70	64	R$ 54.012,00	R$ 49.382,40	R$ 648.144,00	R$ 592.588,80

	intraocular dobrável							
04.09.04.024	Vasectomia	R$ 438,87	20	**15**	R$ 8.777,40	R$ 6.583,05	R$ 105.328,80	R$ 78.996,60
SUBTOTAL READEQUAÇÕES			**175**	**140**	**R$ 80.388,90**	**R$ 65.040,18**	**R$ 964.666,80**	**R$ 780.482,16**

CLÁUSULA QUARTA — DO IMPACTO FINANCEIRO E DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

1. O encontro de contas entre a inclusão dos novos procedimentos (+ R$ 15.300,00/mês) e a redução quantitativa dos itens readequados (- R$ 15.348,72/mês) resulta em uma redução líquida de R$ 48,72 mensais (R$ 584,64 anuais) em favor da Administração Pública.

2. Em razão do ajuste, fica RETIFICADO o valor máximo global estimado para o credenciamento, fixando-o em R$ 16.789.196,28 (dezesseis milhões, setecentos e oitenta e nove mil, cento e noventa e seis reais e vinte e oito centavos), RATIFICANDO-SE integralmente a dotação orçamentária no Código Reduzido 417, Órgão 20, Unidade 4, Ação 2522, Subelemento 3.3.90.39.50.

CLÁUSULA QUINTA — DOS ANEXOS E DOCUMENTOS INTEGRANTES

Fazem parte integrante e indissociável deste Aviso de Retificação e Adendo, sendo disponibilizados em conjunto para consulta e instrução dos interessados:

1. Texto consolidada do Edital de Credenciamento nº 001/2026 com as alterações incorporadas;

2. Anexo I do Termo de Referência (Tabela de Procedimentos Atualizada);

3. Anexo II do Edital Original (Modelo de Declaração);

4. Anexos II, III, IV, V, VI do TR pertinentes aos requisitos obrigatórios de Habilitação.

CLÁUSULA SEXTA — DA RATIFICAÇÃO E DIVULGAÇÃO

1. Permanecem inalteradas e ratificadas todas as demais cláusulas, condições e anexos do Edital de Credenciamento nº 001/2026 que não foram expressamente modificados por este instrumento.

2. Este Adendo entra em vigor na data de sua publicação no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP), no Diário Oficial dos Municípios (DOM/SC) e no sítio oficial do Município de Indaial.

Indaial/SC, 23 de outubro de 2026.

HELENA CRISTINA BRASSIANI ODELLI:99096404904
Assinado de forma digital por HELENA CRISTINA BRASSIANI ODELLI:99096404904
Dados: 2026.10.23 12:20:49 -03'00'

Helena Cristina Brassiani Odelli

Agente de Contratação Direta

JAQUELINE MOCELIN:93969503000
Assinado de forma digital por JAQUELINE MOCELIN:93969503000
Dados: 2026.10.23 13:16:54 -03'00'

Jaqueline Mocelin

Secretária Municipal de Saúde

Fundo Municipal de Saúde de Indaial/SC

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 028/2026

TERMO DE INEXIGIBILIDADE Nº 010/2026

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 001/2026

1. PREÂMBULO

Este Edital está em conformidade com o Termo de Referência (Anexo I do Edital), o Estudo Técnico Preliminar (ETP) e demais anexos que integram o presente processo.

1.2. OBJETO

Contratação de pessoas jurídicas especializadas na prestação de serviços de média e alta complexidade à população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) do Município de Indaial, em conformidade com os procedimentos constantes do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP em vigência.
Além dos procedimentos previstos na SIGTAP, foram incorporados os procedimentos deliberados pela Comissão Intergestores Regional do Médio Vale do Itajaí – CIR (Colegiado de Saúde), em razão da relevância assistencial desses procedimentos no processo terapêutico dos pacientes e da demanda devidamente identificada.

1.3. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

O presente credenciamento fundamenta-se na hipótese do art. 79 da Lei nº 14.133/2021:

> I - Paralela e não excludente - caso em que é viável e vantajosa para a administração a realização de contratações simultâneas em condições padronizadas;

O presente Edital de Credenciamento terá vigência até 31 de dezembro de 2028, contada da data de sua publicação, permanecendo aberto para o ingresso de novos interessados durante todo esse período, desde que atendidas as exigências nele estabelecidas.

Em atendimento ao art. 33 do Decreto Municipal nº 1.225/2025, o presente edital será divulgado pelo prazo mínimo de 8 (oito) dias úteis antes do início do recebimento dos requerimentos de credenciamento.

A Administração poderá prorrogar a vigência deste edital, mediante decisão motivada e fundamentada no interesse público.

2. DO OBJETO DO CREDENCIAMENTO

2.1 ESCOPOS E ABRANGÊNCIA

A saúde constitui direito fundamental assegurado pela Constituição Federal de 1988, intrinsecamente vinculado à proteção e promoção da dignidade da pessoa humana. Nesse contexto, a organização da atenção à saúde deve pautar-se na busca contínua da qualidade assistencial, assegurando atendimento baseado em acolhimento, resolutividade e humanização.

Como dever constitucional e legal do Município de garantir o acesso universal e integral à saúde, com base, inclusive, na Lei nº 8.080/1990, art. 2º, para alcançar tais objetivos, é indispensável a adequada disponibilização de recursos humanos e tecnológicos compatíveis com a complexidade da assistência requerida e alinhados à capacidade operacional instalada. Essa condição é essencial para garantir a efetividade e a pertinência dos serviços prestados, de modo que a população tenha acesso a cuidados proporcionais às suas necessidades, em conformidade com os princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

As demandas em saúde possuem natureza imediata, e eventuais atrasos no atendimento podem comprometer gravemente o estado clínico dos usuários, representando, inclusive, risco de morte. Nesse cenário, destaca-se a relevância do fortalecimento das ações de prevenção e promoção da saúde, especialmente no âmbito da Atenção Primária.

Dessa forma, evidencia-se a importância de intervenções ágeis e efetivas, viabilizadas por meio da oferta abrangente e integrada dos serviços de saúde. Tal eficiência depende, sobretudo, da descentralização dos atendimentos, medida fundamental para o aprimoramento e fortalecimento da rede assistencial existente.

A insuficiência na capacidade de oferta de serviços especializados pelo SUS, sob responsabilidade compartilhada entre União, Estado e Município, tem gerado demanda reprimida e aumento do tempo de espera por atendimento. Para mitigar esse cenário e garantir o acesso oportuno à assistência, torna-se imperativa a contratação dos serviços, em caráter complementar à rede pública.

O presente processo visa assegurar o atendimento integral e adequado às necessidades da população, prevenindo o agravamento dos quadros clínicos e promovendo a recuperação da saúde dos usuários. Assim, a contratação de prestadores especializados possibilitará a ampliação da oferta de serviços, contribuindo para a redução de deficiências estruturais e o fortalecimento da rede de atenção municipal.

Adicionalmente, deve-se considerar o crescimento populacional e o consequente aumento da demanda pelos serviços do SUS, o que reforça a necessidade de ampliar e diversificar a rede de prestadores habilitados. Os serviços a serem contratados, definidos conforme os procedimentos constantes no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (SIGTAP), requerem estrutura tecnológica adequada e equipes qualificadas, capazes de assegurar qualidade, segurança e resolutividade na atenção prestada.

A expansão dos serviços permitirá maior abrangência das ações preventivas, diagnósticas e terapêuticas, fortalecendo a capacidade da Secretaria Municipal de Saúde em responder de forma eficiente às demandas atuais e futuras, decorrentes do crescimento e envelhecimento populacional. Ademais, essa ampliação proporcionará redução de deslocamentos, diminuição de custos e agilidade no atendimento, além de favorecer a detecção precoce de agravos e o fortalecimento das políticas de promoção da saúde.

O instrumento contratual ora proposto foi estruturado para ampliar o escopo dos serviços especializados disponibilizados ao SUS municipal. A ampliação do escopo contempla procedimentos, que demandam equipes especializadas, infraestrutura física e tecnológica específica e, em alguns casos, insumos próprios para sua execução.

Dessa forma busca-se a contratação de pessoas jurídicas especializadas na prestação de serviços de média e alta complexidade à população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) do Município de Indaial, em conformidade com os procedimentos constantes do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP em vigência, acrescidos de procedimentos deliberados pela Comissão Intergestores Regional do Médio Vale do Itajaí – CIR (Colegiado de Saúde), e em conformidade com a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017.

Portanto, mostra-se imprescindível a contratação de entidades públicas, filantrópicas e/ou privadas, com vistas a complementar a Rede SUS, ampliar a cobertura assistencial e assegurar isonomia, transparência e eficiência na seleção dos prestadores. A medida, que possui respaldo previsto na Lei nº 14.133/2021, contribui para o fortalecimento da atenção especializada, garantindo a efetividade das políticas públicas de saúde e o atendimento integral, universal e equânime à população de Indaial.

A presente contratação tem por objetivo assegurar a prestação contínua, eficiente e integral de serviços assistenciais de média e alta complexidade à população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) no Município de Indaial, mediante a contratação de pessoa jurídica especializada, dotada de infraestrutura física, tecnológica e de recursos humanos adequados, devidamente registrados junto aos respectivos conselhos profissionais e em conformidade com as normas sanitárias e de vigilância em saúde.

Considerando as limitações operacionais e estruturais próprias, que impossibilitam o atendimento de forma integral à totalidade dos procedimentos demandados diariamente pela Rede de Saúde, a adoção da Modalidade de Credenciamento apresenta-se como medida necessária e estratégica.

2.1 DOS ITENS, QUANTITATIVOS E DO VALOR

2.1.1. DO VALOR

O valor estimado para a presente contratação decorre da natureza e da complexidade dos procedimentos incluídos no escopo, associados ao volume global estimado de aproximadamente 182 mil procedimentos previstos para toda a vigência contratual.

O valor estimado é de R$ de R$ 16.789.196,28 (dezesseis milhões, setecentos e oitenta e nove mil, cento e noventa e seis reais e vinte e oito centavos).

Conforme levantamento técnico e mercadológico constante nos documentos anexados ao processo pelo setor requisitante, a composição dos valores unitários seguiu critérios objetivos de mercado e diretrizes do Sistema Único de Saúde, considerando as seguintes referências:

- Tabela SIGTAP/SUS (http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp): Utilizada como referência base para os valores unitários dos procedimentos;

- Tabela CISAMVI / Deliberações da CIR (https://cisamve.sc.gov.br/uploads/sites/561/2025/08/EDITAL-DE-CREDENCIAMENTO-No-1_2025-SERVICOS-DE-MEDIA-E-ALTA-COMPLEXIDADE-A-POPULACAO-USUARIA-DO-SISTEMA-UNICO-DE-SAUDE-%E2%80%93-SUS.pdf): Utilizada como parâmetro para a

Previsão de complementação/incremento financeiro por recursos próprios do Fundo Municipal de Saúde, aprovada pelo Colegiado de Saúde (Comissão Intergestores Regional do Médio Vale do Itajaí – CIR), em razão da relevância assistencial e complexidade técnica dos serviços.

Verifica-se que a adoção de preços previamente fixados pela Administração Pública com base na Tabela SIGTAP/SUS e no complemento municipal alinha-se perfeitamente às exigências do art. 79 da Lei nº 14.133/2021, mostrando-se significativamente vantajosa ao interesse público e compatível com os valores praticados no mercado regional para a execução de serviços especializados dessa natureza.

Ainda, destaca-se que o montante estimado constitui limite financeiro máximo (teto) para a execução global dos contratos, sendo que a remuneração efetiva dos prestadores credenciados ficará estritamente condicionada à produção assistencial executada e à prévia comprovação e aprovação da produção pela fiscalização do instrumento contratual.

Os serviços contemplados possuem maior complexidade técnica, exigem qualificação específica, disponibilidade de estrutura adequada e, em vários casos, insumos complementares, o que repercute diretamente no custo unitário de execução detalhado no Termo de Referência (anexo I do Edital).

2.1.2. DOS QUANTITATIVOS

- **TABELA DE PROCEDIMENTOS - SMS**
- Detalhes por Ano

Código	Procedimento / Descrição	Qtd. Anual	Valor Anual
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CIRURGIA GINECOLÓGICA	360	R$ 36.000,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CIRURGIA PEDIÁTRICA	360	R$ 126.000,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - OFTALMOLOGIA RETINA	300	R$ 21.000,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CARDIOLOGIA	3960	R$ 396.000,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CIRURGIA VASCULAR	360	R$ 36.000,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - NEFROLOGIA	540	R$ 54.000,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	8400	R$ 840.000,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PEDIATRIA	1200	R$ 120.000,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PROCTOLOGIA	504	R$ 50.400,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - UROLOGIA GERAL	1920	R$ 192.000,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CARDIOLOGIA ((inclui eletrocardiograma e laudo)	3960	R$ 514.800,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA (0 A 16 Anos) ((inclui eletrocardiograma e laudo)	60	R$ 21.000,00

03.01.01.008	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - DERMATOLOGIA	4800	R$ 528.000,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ENDOCRINOLOGIA	3600	R$ 432.000,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - GASTROENTEROLOGIA	192	R$ 23.040,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - OFTALMOLOGIA (ESTE PROCEDIMENTO INCLUI A REALIZAÇÃO DE 2 (DOIS) MAPEAMENTOS DE RETINA E 1 (UMA) TONOMETRIA BINOCULAR)	4800	R$ 576.000,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - OTORRINOLARINGOLOGIA	2400	R$ 288.000,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - REUMATOLOGIA	504	R$ 60.480,00
03.01.01.010	CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO / REAVALIAÇÃO DE GLAUCOMA (TONOMETRIA, FUNDOSCOPIA E CAMPIMETRIA)	300	R$ 36.000,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - NEUROCIRURGIA	504	R$ 75.600,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - NEUROLOGIA	3000	R$ 450.000,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PNEUMOLOGIA	600	R$ 90.000,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PSIQUIATRIA	2400	R$ 480.000,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA (0 A 16 Anos)	240	R$ 84.000,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA (0 A 16 Anos)	60	R$ 21.000,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - NEUROLOGIA PEDIÁTRICA (0 A 16 Anos)	3720	R$ 1.302.000,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA (0 A 16 Anos)	300	R$ 105.000,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PSIQUIATRIA PEDIÁTRICA (0 A 16 ANOS)	360	R$ 126.000,00
SUBTOTAL DA SEÇÃO: CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA			**R$ 7.084.320,00**

Código	Procedimento / Descrição	Qtd. Anual	Valor Anual
CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)			
03.01.01.004	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) - CIRURGIÃO DENTISTA - TRAUMATOLOGISTA BUCOMAXILOFACIAL	240	R$ 21.600,00
03.01.01.004	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) - FONOAUDIOLOGIA	1200	R$ 84.000,00
03.01.01.004	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) - TERAPIA OCUPACIONAL	600	R$ 42.000,00

03.01.01.004	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) - NEUROPSICOLOGIA	1200	R$ 84.000,00
03.01.01.004	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) - PSICOLOGIA	1200	R$ 84.000,00
SUBTOTAL DA SEÇÃO: CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)			**R$ 315.600,00**
Código	**Procedimento / Descrição**	**Qtd. Anual**	**Valor Anual**
ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO PSICOSSOCIAL / REABILITAÇÃO *			
03.01.08.017	ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA (Máximo 15 Sessões - Sequenciais)	18000	R$ 900.000,00
03.01.04.004	ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM TERAPIA OCUPACIONAL (Máximo 15 Sessões - Sequenciais)	9000	R$ 630.000,00
03.01.07.011	ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA (Máximo 15 Sessões - Sequenciais)	18000	R$ 900.000,00
02.11.10.001	APLICAÇÃO DE TESTE PARA PSICODIAGNÓSTICO	18024	R$ 49.385,76
SUBTOTAL DA SEÇÃO: ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO PSICOSSOCIAL / REABILITAÇÃO *			**R$ 2.479.385,76**
Código	**Procedimento / Descrição**	**Qtd. Anual**	**Valor Anual**
TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS			
ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ODONTOLOGIA			
07.01.07.004	COROA DE ACO E POLICARBOXILATO	240	R$ 17.659,20
07.01.07.012	PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR	120	R$ 55.708,80
07.01.07.013	PRÓTESE TOTAL MAXILAR	120	R$ 55.708,80
07.01.07.014	PRÓTESE CORONÁRIAS / INTRARRADICULARES FIXAS / ADESIVAS (POR ELEMENTO)	120	R$ 21.600,00
03.07.04.008	REEMBASAMENTO E CONSERTO DE PROTESE DENTARIA	120	R$ 14.400,00
SUBTOTAL DA SEÇÃO: ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ODONTOLOGIA			**R$ 165.076,80**
Código	**Procedimento / Descrição**	**Qtd. Anual**	**Valor Anual**
RADIOGRAFIA ODONTOLÓGICA			
02.04.01.017	RADIOGRAFIA PANORÂMICA (MANDÍBULA / MAXILA)	300	R$ 25.290,00
SUBTOTAL DA SEÇÃO: RADIOGRAFIA ODONTOLÓGICA			**R$ 25.290,00**
Código	**Procedimento / Descrição**	**Qtd. Anual**	**Valor Anual**
APLICAÇÃO DE CONTRASTE			
	APLICAÇÃO DE CONTRASTE EM PROCEDIMENTOS DE DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA - ANGIORESSONÂNCIA	1200	R$ 150.000,00
SUBTOTAL DA SEÇÃO: APLICAÇÃO DE CONTRASTE			**R$ 150.000,00**
Código	**Procedimento / Descrição**	**Qtd. Anual**	**Valor Anual**

DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA - GERAL			
02.05.01.001	ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	360	R$ 108.000,00
02.05.01.002	ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA	60	R$ 17.820,00
02.05.01.003	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	1200	R$ 170.400,00
02.05.01.004	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE	72	R$ 10.800,00
	VASOS (ATÉ 3 VASOS)		
02.05.01.005	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	60	R$ 5.062,80
02.05.02.001	ECODOPPLER TRANSCRANIANO	60	R$ 8.382,60
02.05.02.002	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	120	R$ 1.777,20
02.05.02.003	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	348	R$ 20.880,00
02.05.02.004	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	840	R$ 63.000,00
02.05.02.005	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	1440	R$ 86.400,00
02.05.02.006	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO	2400	R$ 144.000,00
02.05.02.007	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	60	R$ 3.600,00
02.05.02.008	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR)	60	R$ 3.000,00
02.05.02.009	ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	840	R$ 50.400,00
02.05.02.010	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)	600	R$ 36.000,00
02.05.02.011	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)	600	R$ 36.000,00
02.05.02.012	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	300	R$ 18.000,00
02.05.02.014	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA	1920	R$ 124.800,00
02.05.02.016	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	132	R$ 7.920,00
02.05.02.017	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	36	R$ 3.456,00
02.05.02.018	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	2400	R$ 144.000,00
02.05.02.006	ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES	180	R$ 10.800,00
02.05.02.006	ULTRASSONOGRAFIA DE ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL, AXILAS, MÚSCULO OU TENDÃO)	24	R$ 1.440,00
02.05.02.003	ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	300	R$ 18.000,00
02.05.02.014	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA GEMELAR	96	R$ 24.000,00
SUBTOTAL DA SEÇÃO: DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA - GERAL			**R$ 1.117.938,60**

Código	Procedimento / Descrição	Qtd. Anual	Valor Anual
DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA - DOPPLER			
02.05.01.004	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	372	R$ 55.800,00
02.05.01.004	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	60	R$ 9.000,00
02.05.01.004	DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIA RENAL	24	R$ 3.600,00
02.05.01.004	DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS PENIANAS (SEM FÁRMACO-INDUÇÃO)	60	R$ 9.000,00
02.05.01.004	DOPPLER COLORIDO DE CARÓTIDAS	600	R$ 90.000,00
02.05.01.004	DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS BILATERAL (CARÓTIDAS E VERTEBRAIS)	24	R$ 3.600,00
02.05.01.004	DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS VENOSOS BILATERAL (SUBCLAVIAS E JUGULARES)	24	R$ 3.600,00
02.05.01.004	DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	3000	R$ 450.000,00

02.05.01.004	DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	60	R$ 9.000,00
02.05.01.004	ULTRASSONOGRAFIA CERVICAL COM DOPPLER	12	R$ 1.800,00
02.05.01.004	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE COM DOPPLER	72	R$ 10.800,00
02.05.01.004	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL COM DOPPLER	36	R$ 5.400,00
02.05.01.004	ULTRASSONOGRAFIA VASCULAR DOPPLER COLORIDO	60	R$ 9.000,00
02.05.02.007	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER	24	R$ 1.440,00
SUBTOTAL DA SEÇÃO: DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA - DOPPLER			**R$ 662.040,00**

Código	Procedimento / Descrição	Qtd. Anual	Valor Anual
DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA			
02.07.01.003	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL / PESCOÇO	60	R$ 18.900,00
02.07.01.004	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	180	R$ 56.700,00
02.07.01.005	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	120	R$ 37.800,00
02.07.01.006	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	120	R$ 37.800,00
02.07.01.007	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA	60	R$ 18.900,00
02.07.02.002	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	60	R$ 18.900,00
02.07.02.003	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX	60	R$ 18.900,00
02.07.03.001	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDÔMEN SUPERIOR	60	R$ 18.900,00
02.07.03.002	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA / PELVE / ABDÔMEN INFERIOR	60	R$ 18.900,00
02.07.03.003	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	60	R$ 18.900,00
02.07.03.004	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES / COLANGIORESSONÂNCIA	24	R$ 7.560,00
SUBTOTAL DA SEÇÃO: DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA			**R$ 272.160,00**

Código	Procedimento / Descrição	Qtd. Anual	Valor Anual
DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA			
02.06.01.001	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL COM OU SEM CONTRASTE	60	R$ 5.205,60
02.06.01.002	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA COM OU SEM CONTRASTE	60	R$ 6.066,00
02.06.01.003	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA COM OU SEM CONTRASTE	60	R$ 5.205,60
02.06.01.004	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES	60	R$ 5.205,00
02.06.01.005	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO	12	R$ 1.041,00
02.06.01.006	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA	12	R$ 1.169,28

02.06.01.007	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO	300	R$ 29.232,00
02.06.02.001	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	12	R$ 1.041,00
02.06.02.002	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	12	R$ 1.041,00
02.06.02.003	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX	120	R$ 16.369,20
02.06.03.001	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR	240	R$ 33.271,20
02.06.03.003	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDÔMEN INFERIOR	240	R$ 33.271,20
SUBTOTAL DA SEÇÃO: DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA			**R$ 138.118,08**
Código	**Procedimento / Descrição**	**Qtd. Anual**	**Valor Anual**
DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA			
02.04.01.005	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR BILATERAL	24	R$ 408,00
02.04.01.006	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	504	R$ 8.568,00
02.04.01.007	RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA + LATERAL + OBLÍQUA / BRETTON + HIRTZ)	12	R$ 216,00
02.04.01.008	RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA + LATERAL)	48	R$ 816,00
02.04.01.012	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	120	R$ 2.040,00
02.04.01.014	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	360	R$ 6.120,00
02.04.01.015	RADIOGRAFIA DE SELA TÚRCICA (PA + LATERAL + BRETTON)	24	R$ 408,00
02.04.01.017	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	60	R$ 1.920,00
02.04.02.003	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLÍQUAS)	240	R$ 4.080,00
02.04.02.004	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	372	R$ 6.324,00
02.04.02.005	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINÂMICA	60	R$ 1.080,00
02.04.02.006	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	1800	R$ 32.400,00
02.04.02.007	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (COM OBLÍQUAS)	720	R$ 13.680,00
02.04.02.008	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINÂMICA	72	R$ 1.368,00
02.04.02.009	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORÁCICA (AP + LATERAL)	420	R$ 7.560,00
02.04.02.010	RADIOGRAFIA DE COLUNA TÓRACO- LOMBAR	480	R$ 8.640,00
02.04.02.011	RADIOGRAFIA DE COLUNA TÓRACO- LOMBAR DINÂMICA	60	R$ 1.140,00
02.04.02.013	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL- TELESPONDILOGRAFIA (P/ ESCOLIOSE)	60	R$ 1.080,00
02.04.02.012	RADIOGRAFIA DE REGIÃO SACROCOCCÍGEA	120	R$ 2.040,00
02.04.03.003	MAMOGRAFIA	120	R$ 2.880,00
02.04.03.007	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITÓRAX)	192	R$ 1.920,00
02.04.03.009	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	24	R$ 240,00
02.04.03.012	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (ÁPICO-LORDÓRTICA)	12	R$ 204,00
02.04.03.013	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA + INSPIRAÇÃO + EXPIRAÇÃO + LATERAL)	12	R$ 228,00

02.04.03.015	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL)	3600	R$ 64.800,00
02.04.03.016	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA PADRÃO OIT)	12	R$ 204,00
02.04.03.017	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA)	180	R$ 3.060,00
02.04.03.018	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	2820	R$ 126.900,00
02.04.04.001	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO	60	R$ 1.020,00
02.04.04.002	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR	120	R$ 2.040,00
02.04.04.003	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCAPULOUMERAL	120	R$ 2.040,00
02.04.04.004	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNOCLAVICULAR	12	R$ 204,00
02.04.04.005	RADIOGRAFIA DE BRAÇO	84	R$ 1.428,00
02.04.04.006	RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA	60	R$ 1.020,00
02.04.04.007	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	120	R$ 2.040,00
02.04.04.008	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO	180	R$ 3.060,00
02.04.04.009	RADIOGRAFIA DE MÃO	720	R$ 12.240,00
02.04.04.010	RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO (PARA DETERMINAÇÃO DE IDADE ÓSSEA)	240	R$ 4.080,00
02.04.04.011	RADIOGRAFIA DE ESCÁPULA / OMBRO (TRÊS POSIÇÕES)	360	R$ 6.120,00
02.04.04.012	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLÍQUA)	300	R$ 5.100,00
02.04.05.012	RADIOGRAFIA DE ABDÔMEN AGUDO (MÍNIMO DE 3 INCIDÊNCIAS)	12	R$ 228,00
02.04.05.013	RADIOGRAFIA DE ABDÔMEN SIMPLES (AP)	24	R$ 408,00
02.04.06.002	DENSITOMETRIA ÓSSEA DUO-ENERGÉTICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES E/OU FÊMUR)	600	R$ 42.000,00
02.04.06.003	ESCANOMETRIA	60	R$ 1.200,00
02.04.06.006	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL	240	R$ 4.080,00
02.04.06.007	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO	60	R$ 1.020,00
02.04.06.008	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA	360	R$ 6.120,00
02.04.06.009	RADIOGRAFIA DE BACIA	1080	R$ 18.360,00
02.04.06.010	RADIOGRAFIA DE CALCÂNEO	360	R$ 6.120,00
02.04.06.011	RADIOGRAFIA DE COXA	120	R$ 2.160,00
02.04.06.012	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	1440	R$ 24.480,00
02.04.06.013	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	300	R$ 5.100,00
02.04.06.014	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	120	R$ 2.160,00
02.04.06.015	RADIOGRAFIA DE PÉ / DEDOS DO PÉ	960	R$ 16.320,00
02.04.06.016	RADIOGRAFIA DE PERNA	240	R$ 4.320,00
02.04.06.017	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MEMBROS INFERIORES	120	R$ 2.160,00
SUBTOTAL DA SEÇÃO: DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA			**R$ 476.952,00**
Código	**Procedimento / Descrição**	**Qtd. Anual**	**Valor Anual**
DIAGNÓSTICO POR CARDIOLOGIA			
02.11.02.004	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HORAS (3 CANAIS)	300	R$ 39.000,00

02.11.02.005	MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL (M.A.P.A)	60	R$ 9.000,00
02.11.02.006	TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMÉTRICO	336	R$ 47.712,00
SUBTOTAL DA SEÇÃO: DIAGNÓSTICO POR CARDIOLOGIA			**R$ 95.712,00**
Código	**Procedimento / Descrição**	**Qtd. Anual**	**Valor Anual**
DIAGNÓSTICO POR NEUROLOGIA			
02.11.05.002	ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGÍLIA COM OU SEM FOTOESTÍMULO	12	R$ 1.080,00
02.11.05.003	ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO COM OU SEM MEDICAMENTO (EEG)	12	R$ 1.368,00
02.11.05.004	ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGÍLIA E SONO ESPONTÂNEO COM OU SEM FOTOESTÍMULO (EEG)	60	R$ 7.380,00
02.11.05.005	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO COM MAPEAMENTO (EEG)	24	R$ 2.880,00
02.11.05.010	POLISSONOGRAFIA	60	R$ 14.520,00
SUBTOTAL DA SEÇÃO: DIAGNÓSTICO POR NEUROLOGIA			**R$ 27.228,00**
Código	**Procedimento / Descrição**	**Qtd. Anual**	**Valor Anual**
DIAGNÓSTICO POR UROLOGIA			
02.11.09.001	AVALIAÇÃO URODINÂMICA COMPLETA	48	R$ 13.680,00
02.11.09.007	UROFLUXOMETRIA	24	R$ 2.304,00
02.09.02.001	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA	60	R$ 12.000,00
SUBTOTAL DA SEÇÃO: DIAGNÓSTICO POR UROLOGIA			**R$ 27.984,00**
Código	**Procedimento / Descrição**	**Qtd. Anual**	**Valor Anual**
DIAGNÓSTICO EM OFTALMOLOGIA			
02.11.06.001	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	24	R$ 581,76
02.11.06.003	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO (MONOCULAR)	240	R$ 9.600,00
02.11.06.005	CERATOMETRIA (BINOCULAR)	24	R$ 80,88
02.11.06.006	CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)	24	R$ 1.632,00
02.11.06.011	GONIOSCOPIA BINOCULAR	24	R$ 161,76
02.11.06.012	MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)	36	R$ 872,64
02.11.06.014	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA (MONOCULAR)	24	R$ 581,76
02.11.06.015	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL (BINOCULAR)	24	R$ 80,88
02.11.06.016	POTENCIAL VISUAL EVOCADO (MONOCULAR)	12	R$ 290,88
02.11.06.018	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	324	R$ 20.736,00
02.11.06.020	TESTE DE PROVOCAÇÃO DE GLAUCOMA (BINOCULAR)	12	R$ 180,00
02.11.06.025	TONOMETRIA (BINOCULAR)	60	R$ 202,20
02.11.06.026	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA (MONOCULAR)	120	R$ 2.908,80
02.11.06.028	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA (BINOCULAR)	36	R$ 10.800,00
SUBTOTAL DA SEÇÃO: DIAGNÓSTICO EM OFTALMOLOGIA			**R$ 48.709,56**

Código	Procedimento / Descrição	Qtd. Anual	Valor Anual
PROCEDIMENTOS DO APARELHO DIGESTIVO / ANEXOS			
02.09.01.002	COLONOSCOPIA *	1140	R$ 528.960,00
02.09.01.003	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA*	1320	R$ 471.240,00
02.09.01.005	RETOSSIGMOIDOSCOPIA*	24	R$ 4.728,00
	ENDOSCOPIA DIGESTIVA COM DILATAÇÃO ESOFÁGICA	24	R$ 33.912,00
	MATERIAL ESPECIAL - PINÇA/ALÇA/AGULHA INJETORA/CLIP	720	R$ 77.040,00
	TRATAMENTO ESCLEROSANTE DE LESÃO HEMORRAGICA DO APARELHO DIGESTIVO POR COLONOSCOPIA	120	R$ 182.520,00
SUBTOTAL DA SEÇÃO: PROCEDIMENTOS DO APARELHO DIGESTIVO /ANEXOS			**R$ 1.298.400,00**

Código	Procedimento / Descrição	Qtd. Anual	Valor Anual
DIAGNÓSTICO EM OTORRINOLARINGOLOGIA/FONOAUDIOLOGIA			
02.09.04.002	LARINGOSCOPIA	120	R$ 6.000,00
02.09.04.004	VIDEOLARINGOSCOPIA	120	R$ 13.920,00
02.11.07.002	AUDIOMETRIA DE REFORÇO VISUAL (VIA AÉREA / ÓSSEA)	240	R$ 5.760,00
02.11.07.003	AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	120	R$ 3.480,00
02.11.07.004	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AÉREA / ÓSSEA)	240	R$ 9.120,00
02.11.07.005	AVALIAÇÃO AUDITIVA COMPORTAMENTAL	120	R$ 4.560,00
02.11.07.015	ESTUDO DE EMISSÕES OTOACÚSTICAS EVOCADAS TRANSITÓRIAS E PRODUTOS DE DISTORÇÃO (EOA)	108	R$ 11.340,00
02.11.07.020	IMITANCIOMETRIA	480	R$ 18.720,00
02.11.07.021	LOGOAUDIOMETRIA (LDV-IRF-LRF)	480	R$ 17.280,00
02.11.07.026	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA LATÊNCIA	120	R$ 12.600,00
02.11.07.027	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO PARA TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINHA)	120	R$ 2.040,00
	VIDEONASOFIBROSCOPIA FLEXÍVEL / VIDEOENDOSCOPIA NASO-SINUSAL COM ÓTICA FLEXÍVEL	60	R$ 4.860,00
SUBTOTAL DA SEÇÃO: DIAGNÓSTICO EM OTORRINOLARINGOLOGIA/FONOAUDIOLOGIA			**R$ 109.680,00**

Código	Procedimento / Descrição	Qtd. Anual	Valor Anual
TERAPIAS ESPECIALIZADAS			
03.09.07.001	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	60	R$ 51.000,00
03.09.07.002	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (BILATERAL)	60	R$ 56.520,00
SUBTOTAL DA SEÇÃO: TERAPIAS ESPECIALIZADAS			**R$ 107.520,00**

Código	Procedimento / Descrição	Qtd. Anual	Valor Anual

DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO			
02.02.03.028-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	1320	R$ 22.651,20
SUBTOTAL DA SEÇÃO: DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO			**R$ 22.651,20**
Código	**Procedimento / Descrição**	**Qtd. Anual**	**Valor Anual**
SEDAÇÃO			
04.17.01.006	SEDACAO	1200	R$ 18.180,00
04.17.01.006	SEDAÇÃO PARA ENDOSCOPIA OU COLONOSCOPIA OU TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA OU ANGIORRESONÂNCIA	240	R$ 108.480,00
	PREPARO PARA SEDAÇÃO DE ENDOSCOPIA - COLONOSCOPIA - ULTRASSONOGRAFIA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA - ANGIORESSONÂNCIA (COMPLEMENTAR AO PROCEDIMENTO PRIMÁRIO)	240	R$ 108.480,00
SUBTOTAL DA SEÇÃO: SEDAÇÃO			**R$ 235.140,00**
Código	**Procedimento / Descrição**	**Qtd. Anual**	**Valor Anual**
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS			
CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO			
04.05.01.016	SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS	12	R$ 275,16
04.05.01.011	RECONSTITUICAO DE CANAL LACRIMAL	24	R$ 16.551,84
04.05.03.004	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER (POR SESSÃO) - MONOCULAR	24	R$ 2.582,64
04.05.01.007	EXÉRESE DE CALÁZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS	36	R$ 2.835,00
04.05.03.019	PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER	60	R$ 25.827,60
04.05.05.025	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÓRNEA	120	R$ 3.000,00
04.05.01.001	CORRECAO CIRURGICA DE ENTROPIO E ECTROPIO	240	R$ 48.897,60
04.05.04.020	TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL	240	R$ 107.865,60
04.05.01.012	RECONSTITUICAO PARCIAL DE PALPEBRA COM TARSORRAFIA	300	R$ 93.312,00
04.05.05.022	RECONSTITUIÇÃO DE FORNIX CONJUNTIVAL	84	R$ 36.660,96
04.05.05.021	RFCOBRIMENTO CONJUNTI VAL	360	R$ 62.017,20
04.05.05.036	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	360	R$ 75.438,00
04.05.05.002	CAPSULOTOMIA A YAG LASER (MONOCULAR)	540	R$ 60.895,80
04.05.05.037	FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL	768	R$ 592.588,80
SUBTOTAL DA SEÇÃO: CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO			**R$ 1.128.748,20**
Código	**Procedimento / Descrição**	**Qtd. Anual**	**Valor Anual**
CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, ORGÃOS ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL			
04.07.01.025	RETIRADA DE POLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA (INCLUI ALÇA DE POLIPECTOMIA))	480	R$ 14.323,20
04.07.02.039	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO / POLIPOS DO RETO / COLO SIGMOIDE (INCLUI ALÇA DE POLIPECTOMIA)	480	R$ 65.760,00

	POLIPECTOMIA DO ESOFAGO, ESTOMAGO OU DUODENO (INDEPENDENTE DO NÚMERO DE PÓLIPOS) - UTILIZAÇÃO DE ALÇA DE POLIPECTOMIA	600	R$ 72.000,00
	MUCOSECTOMIA	120	R$ 93.720,00
SUBTOTAL DA SEÇÃO: CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, ORGÃOS ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL			**R$ 245.803,20**
Código	**Procedimento / Descrição**	**Qtd. Anual**	**Valor Anual**
CIRURGIA DO APARELHO GENITURINÁRIO			
04.09.04.024	VASECTOMIA	180	R$ 78.996,60
04.09.05.008	POSTECTOMIA	120	R$ 26.294,40
SUBTOTAL DA SEÇÃO: CIRURGIA DO APARELHO GENITURINÁRIO			**R$ 105.291,00**
Código	**Procedimento / Descrição**	**Qtd. Anual**	**Valor Anual**
PROCEDIMENTOS EM DERMATOLOGIA			
20.10.10.020	BIOPSIA / PUNCAO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE	228	R$ 3.214,80
20.10.10.356	BIOPSIA DE PALPEBRA	60	R$ 1.099,80
20.10.10.364	BIOPSIA DE PAVILHAO AURICULAR	72	R$ 1.055,52
20.10.10.372	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	360	R$ 9.298,80
20.10.105.26	BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	72	R$ 1.552,32
30.30.80.019	CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES	840	R$ 1.243,20
30.30.80.027	DESBASTAMENTO DE CALOSIDADE E/OU MAL PERFURANTE (DESBASTAMENTO)	60	R$ 88,80
40.10.10.015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	84	R$ 2.721,60
40.10.10.040	ELETROCOAGULACAO DE LESAO CUTANEA	120	R$ 1.420,80
40.10.10.058	EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	180	R$ 4.168,80
40.10.10.074	EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA	432	R$ 5.382,72
40.10.10.090	FULGURACAO / CAUTERIZACAO QUIMICA DE LESOES CUTANEAS	2400	R$ 28.416,00
40.10.10.104	INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO	120	R$ 1.420,80
40.10.10.112	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTANEO	168	R$ 1.989,12
40.10.10.120	RETIRADA DE LESAO POR SHAVING	120	R$ 2.374,80
SUBTOTAL DA SEÇÃO: PROCEDIMENTOS EM DERMATOLOGIA			**R$ 65.447,88**
Código	**Procedimento / Descrição**	**Qtd. Anual**	**Valor Anual**
ODONTOLOGIA *			
CÓDIGO PROCEDIMENTO			
03.01.01.004	SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ATENDIMENTO DE CIRURGIÃO DENTISTA - TRAUMATOLOGISTA BUCOMAXILOFACIAL	1152	R$ 115.200,00
03.01.01.004	SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ATENDIMENTO DE CIRURGIÃO DENTISTA - PERIODONTISTA	768	R$ 76.800,00
03.01.01.004	SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ATENDIMENTO DE CIRURGIÃO DENTISTA -ENDODONTISTA	1152	R$ 115.200,00
03.01.01.005	SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ATENDIMENTO	768	R$ 76.800,00

	DE CIRURGIÃO DENTISTA - ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS		
SUBTOTAL DA SEÇÃO: CÓDIGO PROCEDIMENTO			**R$ 384.000,00**

2.1.3. DOS VALORES UNITÁRIOS

- **TABELA DE PROCEDIMENTOS**
- Valor Unitário

CÓDIGO PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR UNITÁRIO SIGTAP	VALOR UNITÁRIO COMPLEMENTO	VALOR UNITÁRIO TOTAL
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA				
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CIRURGIA GINECOLÓGICA	R$ 10,00	R$ 90,00	R$ 100,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CIRURGIA PEDIÁTRICA	R$ 10,00	R$ 340,00	R$ 350,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - OFTALMOLOGIA RETINA	R$ 10,00	R$ 60,00	R$ 70,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CARDIOLOGIA	R$ 10,00	R$ 90,00	R$ 100,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CIRURGIA VASCULAR	R$ 10,00	R$ 90,00	R$ 100,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - NEFROLOGIA	R$ 10,00	R$ 90,00	R$ 100,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	R$ 10,00	R$ 90,00	R$ 100,00

03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PEDIATRIA	R$ 10,00	R$ 90,00	R$ 100,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PROCTOLOGIA	R$ 10,00	R$ 90,00	R$ 100,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - UROLOGIA GERAL	R$ 10,00	R$ 90,00	R$ 100,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CARDIOLOGIA ((inclui eletrocardiograma e laudo)	R$ 10,00	R$ 120,00	R$ 130,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA (0 A 16 Anos) ((inclui eletrocardiograma e laudo)	R$ 10,00	R$ 340,00	R$ 350,00
03.01.01.008	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - DERMATOLOGIA	R$ 10,00	R$ 100,00	R$ 110,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ENDOCRINOLOGIA	R$ 10,00	R$ 110,00	R$ 120,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - GASTROENTEROLOGIA	R$ 10,00	R$ 110,00	R$ 120,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - OFTALMOLOGIA (ESTE PROCEDIMENTO INCLUI A REALIZAÇÃO DE 2 (DOIS) MAPEAMENTOS DE RETINA E 1 (UMA) TONOMETRIA BINOCULAR)	R$ 10,00	R$ 110,00	R$ 120,00

03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - OTORRINOLARINGOLOGIA	R$ 10,00	R$ 110,00	R$ 120,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - REUMATOLOGIA	R$ 10,00	R$ 110,00	R$ 120,00
03.01.01.010	CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO / REAVALIAÇÃO DE GLAUCOMA (TONOMETRIA, FUNDOSCOPIA E CAMPIMETRIA)	R$ 57,74	R$ 62,26	R$ 120,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - NEUROCIRURGIA	R$ 10,00	R$ 140,00	R$ 150,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - NEUROLOGIA	R$ 10,00	R$ 140,00	R$ 150,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PNEUMOLOGIA	R$ 10,00	R$ 140,00	R$ 150,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PSIQUIATRIA	R$ 10,00	R$ 190,00	R$ 200,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA (0 A 16 Anos)	R$ 10,00	R$ 340,00	R$ 350,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA (0 A 16 Anos)	R$ 10,00	R$ 340,00	R$ 350,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - NEUROLOGIA PEDIÁTRICA (0 A 16 Anos)	R$ 10,00	R$ 340,00	R$ 350,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA (0 A 16 Anos)	R$ 10,00	R$ 340,00	R$ 350,00

03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PSIQUIATRIA PEDIÁTRICA (0 A 16 ANOS)	R$ 10,00	R$ 340,00	R$ 350,00
CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)				
03.01.01.004	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) - CIRURGIÃO DENTISTA - TRAUMATOLOGISTA BUCOMAXILOFACIAL	R$ 6,30	R$ 83,70	R$ 90,00
03.01.01.004	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) - FONOAUDIOLOGIA	R$ 6,30	R$ 63,70	R$ 70,00
03.01.01.004	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) - TERAPIA OCUPACIONAL	R$ 6,30	R$ 63,70	R$ 70,00
03.01.01.004	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) - NEUROPSICOLOGIA	R$ 6,30	R$ 63,70	R$ 70,00
03.01.01.004	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) - PSICOLOGIA	R$ 6,30	R$ 63,70	R$ 70,00
ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO PSICOSSOCIAL / REABILITAÇÃO *				

03.01.08.017	ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA (Máximo 15 Sessões - Sequenciais)	R$ 2,55	R$ 47,45	R$ 50,00
03.01.04.004	ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM TERAPIA OCUPACIONAL (Máximo 15 Sessões - Sequenciais)	R$ 2,81	R$ 67,19	R$ 70,00
03.01.07.011	ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM TERAPIA FONOAUDIO LÓGICA (Máximo 15 Sessões - Sequenciais)	R$ 10,90	R$ 39,10	R$ 50,00
02.11.10.001	APLICAÇÃO DE TESTE PARA PSICODIAGNÓSTIC O	R$ 2,74	R$ 0,00	R$ 2,74
TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS				
ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ODONTOLOGIA				
07.01.07.004	COROA DE ACO E POLICARBOXIL ATO	R$ 23,54	R$ 50,04	R$ 73,58
07.01.07.012	PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR	R$ 225,00	R$ 239,24	R$ 464,24
07.01.07.013	PRÓTESE TOTAL MAXILAR	R$ 225,00	R$ 239,24	R$ 464,24
07.01.07.014	PRÓTESE CORONÁRIAS / INTRARRADICU LARES FIXAS / ADESIVAS (POR ELEMENTO)	R$ 0,00	R$ 180,00	R$ 180,00
03.07.04.008	REEMBASAME NTO E CONSERTO DE PROTESE DENTARIA	R$ 1,16	R$ 118,84	R$ 120,00
RADIOGRAFIA ODONTOLÓGICA				
02.04.01.017	RADIOGRAFIA PANORÂMICA (MANDÍBULA / MAXILA)	R$ 9,30	R$ 75,00	R$ 84,30
APLICAÇÃO DE CONTRASTE				

	APLICAÇÃO DE CONTRASTE EM PROCEDIMENTOS DE DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA - ANGIORESSONÂNCIA	R$ 0,00	R$ 125,00	R$ 125,00
DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA - GERAL				
02.05.01.001	ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	R$ 165,00	R$ 135,00	R$ 300,00
02.05.01.002	ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA	R$ 165,00	R$ 132,00	R$ 297,00
02.05.01.003	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	R$ 67,86	R$ 74,14	R$ 142,00
02.05.01.004	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 3 VASOS)	R$ 39,60	R$ 110,40	R$ 150,00
02.05.01.005	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	R$ 42,90	R$ 41,48	R$ 84,38
02.05.02.001	ECODOPPLER TRANSCRANIANO	R$ 117,00	R$ 22,71	R$ 139,71
02.05.02.002	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	R$ 14,81	R$ 0,00	R$ 14,81
02.05.02.003	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R$ 24,20	R$ 35,80	R$ 60,00
02.05.02.004	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	R$ 37,95	R$ 37,05	R$ 75,00
02.05.02.005	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R$ 24,20	R$ 35,80	R$ 60,00
02.05.02.006	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO	R$ 24,20	R$ 35,80	R$ 60,00

02.05.02.007	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R$ 24,20	R$ 35,80	R$ 60,00
02.05.02.008	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR)	R$ 24,20	R$ 25,80	R$ 50,00
02.05.02.009	ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	R$ 24,20	R$ 35,80	R$ 60,00
02.05.02.010	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)	R$ 24,20	R$ 35,80	R$ 60,00
02.05.02.011	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)	R$ 24,20	R$ 35,80	R$ 60,00
02.05.02.012	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	R$ 24,20	R$ 35,80	R$ 60,00
02.05.02.014	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA	R$ 24,20	R$ 40,80	R$ 65,00
02.05.02.016	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	R$ 24,20	R$ 35,80	R$ 60,00
02.05.02.017	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	R$ 24,20	R$ 71,80	R$ 96,00
02.05.02.018	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	R$ 24,20	R$ 35,80	R$ 60,00
02.05.02.006	ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES	R$ 24,20	R$ 35,80	R$ 60,00
02.05.02.006	ULTRASSONOGRAF	R$ 24,20	R$ 35,80	R$ 60,00
	IA DE ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL, AXILAS, MÚSCULO OU TENDÃO)			
02.05.02.003	ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	R$ 24,20	R$ 35,80	R$ 60,00
02.05.02.014	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA GEMELAR	R$ 24,20	R$ 225,80	R$ 250,00
DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA - DOPPLER				
02.05.01.004	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R$ 39,60	R$ 110,40	R$ 150,00

02.05.01.004	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R$ 39,60	R$ 110,40	R$ 150,00
02.05.01.004	DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIA RENAL	R$ 39,60	R$ 110,40	R$ 150,00
02.05.01.004	DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS PENIANAS (SEM FÁRMACO-INDUÇÃO)	R$ 39,60	R$ 110,40	R$ 150,00
02.05.01.004	DOPPLER COLORIDO DE CARÓTIDAS	R$ 39,60	R$ 110,40	R$ 150,00
02.05.01.004	DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS BILATERAL (CARÓTIDAS E VERTEBRAIS)	R$ 39,60	R$ 110,40	R$ 150,00
02.05.01.004	DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS VENOSOS BILATERAL (SUBCLAVIAS E JUGULARES)	R$ 39,60	R$ 110,40	R$ 150,00
02.05.01.004	DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R$ 39,60	R$ 110,40	R$ 150,00
02.05.01.004	DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R$ 39,60	R$ 110,40	R$ 150,00
02.05.01.004	ULTRASSONOGRAFIA CERVICAL COM DOPPLER	R$ 39,60	R$ 110,40	R$ 150,00
02.05.01.004	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE COM DOPPLER	R$ 39,60	R$ 110,40	R$ 150,00
02.05.01.004	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL COM DOPPLER	R$ 39,60	R$ 110,40	R$ 150,00
02.05.01.004	ULTRASSONOGRAFIA VASCULAR DOPPLER COLORIDO	R$ 39,60	R$ 110,40	R$ 150,00

02.05.02.007	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER	R$ 24,20	R$ 35,80	R$ 60,00
DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA				
02.07.01.003	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL / PESCOÇO	R$ 268,75	R$ 46,25	R$ 315,00
02.07.01.004	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R$ 268,75	R$ 46,25	R$ 315,00
02.07.01.005	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	R$ 268,75	R$ 46,25	R$ 315,00
02.07.01.006	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	R$ 268,75	R$ 46,25	R$ 315,00
02.07.01.007	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA	R$ 268,75	R$ 46,25	R$ 315,00
02.07.02.002	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R$ 268,75	R$ 46,25	R$ 315,00
02.07.02.003	RESSONÂNCIA	R$ 268,75	R$ 46,25	R$ 315,00
	MAGNÉTICA DE TÓRAX			
02.07.03.001	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R$ 268,75	R$ 46,25	R$ 315,00
02.07.03.002	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA / PELVE / ABDÔMEN INFERIOR	R$ 268,75	R$ 46,25	R$ 315,00
02.07.03.003	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R$ 268,75	R$ 46,25	R$ 315,00
02.07.03.004	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES / COLANGIORESSONÂNCIA	R$ 268,75	R$ 46,25	R$ 315,00
DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA				

02.06.01.001	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL COM OU SEM CONTRASTE	R$ 86,76	R$ 0,00	R$ 86,76
02.06.01.002	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA COM OU SEM CONTRASTE	R$ 101,10	R$ 0,00	R$ 101,10
02.06.01.003	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA COM OU SEM CONTRASTE	R$ 86,76	R$ 0,00	R$ 86,76
02.06.01.004	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES	R$ 86,75	R$ 0,00	R$ 86,75
02.06.01.005	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO	R$ 86,75	R$ 0,00	R$ 86,75
02.06.01.006	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA	R$ 97,44	R$ 0,00	R$ 97,44
02.06.01.007	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO	R$ 97,44	R$ 0,00	R$ 97,44
02.06.02.001	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	R$ 86,75	R$ 0,00	R$ 86,75
02.06.02.002	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	R$ 86,75	R$ 0,00	R$ 86,75
02.06.02.003	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX	R$ 136,41	R$ 0,00	R$ 136,41
02.06.03.001	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R$ 138,63	R$ 0,00	R$ 138,63

02.06.03.003	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDÔMEN INFERIOR	R$ 138,63	R$ 0,00	R$ 138,63
DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA				
02.04.01.005	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR BILATERAL	R$ 8,38	R$ 8,62	R$ 17,00
02.04.01.006	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R$ 6,88	R$ 10,12	R$ 17,00
02.04.01.007	RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA + LATERAL + OBLÍQUA / BRETTON + HIRTZ)	R$ 9,15	R$ 8,85	R$ 18,00
02.04.01.008	RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA + LATERAL)	R$ 7,52	R$ 9,48	R$ 17,00
02.04.01.012	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	R$ 8,38	R$ 8,62	R$ 17,00
02.04.01.014	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	R$ 7,32	R$ 9,68	R$ 17,00
02.04.01.015	RADIOGRAFIA DE SELA TÚRCICA (PA + LATERAL + BRETTON)	R$ 7,20	R$ 9,80	R$ 17,00
02.04.01.017	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	R$ 9,03	R$ 22,97	R$ 32,00
02.04.02.003	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLÍQUAS)	R$ 8,33	R$ 8,67	R$ 17,00
02.04.02.004	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	R$ 8,19	R$ 8,81	R$ 17,00
02.04.02.005	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINÂMICA	R$ 10,29	R$ 7,71	R$ 18,00
02.04.02.006	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R$ 10,96	R$ 7,04	R$ 18,00

02.04.02.007	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (COM OBLÍQUAS)	R$ 14,90	R$ 4,10	R$ 19,00
02.04.02.008	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINÂMICA	R$ 16,88	R$ 2,12	R$ 19,00
02.04.02.009	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORÁCICA (AP + LATERAL)	R$ 9,16	R$ 8,84	R$ 18,00
02.04.02.010	RADIOGRAFIA DE COLUNA TÓRACO-LOMBAR	R$ 9,73	R$ 8,27	R$ 18,00
02.04.02.011	RADIOGRAFIA DE COLUNA TÓRACO-LOMBAR DINÂMICA	R$ 15,58	R$ 3,42	R$ 19,00
02.04.02.013	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL-TELESPONDILOGRAFIA (P/ ESCOLIOSE)	R$ 0,00	R$ 18,00	R$ 18,00
02.04.02.012	RADIOGRAFIA DE REGIÃO SACROCOCCÍGEA	R$ 7,80	R$ 9,20	R$ 17,00
02.04.03.003	MAMOGRAFIA	R$ 22,50	R$ 1,50	R$ 24,00
02.04.03.007	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITÓRAX)	R$ 8,37	R$ 1,63	R$ 10,00
02.04.03.009	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R$ 7,98	R$ 2,02	R$ 10,00
02.04.03.012	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (ÁPICO-LORDÓRTICA)	R$ 5,56	R$ 11,44	R$ 17,00
02.04.03.013	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA + INSPIRAÇÃO + EXPIRAÇÃO + LATERAL)	R$ 14,32	R$ 4,68	R$ 19,00
02.04.03.015	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL)	R$ 9,50	R$ 8,50	R$ 18,00
02.04.03.016	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA PADRÃO OIT)	R$ 6,55	R$ 10,45	R$ 17,00
02.04.03.017	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA)	R$ 6,88	R$ 10,12	R$ 17,00
02.04.03.018	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	R$ 45,00	R$ 0,00	R$ 45,00

02.04.04.001	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO	R$ 6,42	R$ 10,58	R$ 17,00
02.04.04.002	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR	R$ 7,40	R$ 9,60	R$ 17,00
02.04.04.003	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCAPULOUMERAL	R$ 7,40	R$ 9,60	R$ 17,00
02.04.04.004	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNOCLAVICULAR	R$ 7,40	R$ 9,60	R$ 17,00
02.04.04.005	RADIOGRAFIA DE BRAÇO	R$ 7,77	R$ 9,23	R$ 17,00
02.04.04.006	RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA	R$ 7,40	R$ 9,60	R$ 17,00
02.04.04.007	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R$ 5,90	R$ 11,10	R$ 17,00
02.04.04.008	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO	R$ 5,62	R$ 11,38	R$ 17,00
02.04.04.009	RADIOGRAFIA DE MÃO	R$ 6,30	R$ 10,70	R$ 17,00
02.04.04.010	RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO (PARA DETERMINAÇÃO DE IDADE ÓSSEA)	R$ 6,00	R$ 11,00	R$ 17,00
02.04.04.011	RADIOGRAFIA DE ESCÁPULA / OMBRO (TRÊS POSIÇÕES)	R$ 7,98	R$ 9,02	R$ 17,00
02.04.04.012	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLÍQUA)	R$ 6,91	R$ 10,09	R$ 17,00
02.04.05.012	RADIOGRAFIA DE ABDÔMEN AGUDO (MÍNIMO DE 3 INCIDÊNCIAS)	R$ 15,30	R$ 3,70	R$ 19,00
02.04.05.013	RADIOGRAFIA DE ABDÔMEN SIMPLES (AP)	R$ 7,17	R$ 9,83	R$ 17,00
02.04.06.002	DENSITOMETRIA ÓSSEA DUO-ENERGÉTICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES E/OU FÊMUR)	R$ 55,10	R$ 14,90	R$ 70,00
02.04.06.003	ESCANOMETRIA	R$ 7,77	R$ 12,23	R$ 20,00

02.04.06.006	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL	R$ 7,77	R$ 9,23	R$ 17,00
02.04.06.007	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO	R$ 7,77	R$ 9,23	R$ 17,00
02.04.06.008	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA	R$ 6,50	R$ 10,50	R$ 17,00
02.04.06.009	RADIOGRAFIA DE BACIA	R$ 7,77	R$ 9,23	R$ 17,00
02.04.06.010	RADIOGRAFIA DE CALCÂNEO	R$ 6,50	R$ 10,50	R$ 17,00
02.04.06.011	RADIOGRAFIA DE COXA	R$ 8,94	R$ 9,06	R$ 18,00
02.04.06.012	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R$ 6,78	R$ 10,22	R$ 17,00
02.04.06.013	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	R$ 7,16	R$ 9,84	R$ 17,00
02.04.06.014	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	R$ 9,29	R$ 8,71	R$ 18,00
02.04.06.015	RADIOGRAFIA DE PÉ / DEDOS DO PÉ	R$ 6,78	R$ 10,22	R$ 17,00
02.04.06.016	RADIOGRAFIA DE PERNA	R$ 8,94	R$ 9,06	R$ 18,00
02.04.06.017	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MEMBROS INFERIORES	R$ 9,29	R$ 8,71	R$ 18,00
DIAGNÓSTICO POR CARDIOLOGIA				
02.11.02.004	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HORAS (3 CANAIS)	R$ 30,00	R$ 100,00	R$ 130,00
02.11.02.005	MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL (M.A.P.A)	R$ 10,07	R$ 139,93	R$ 150,00
02.11.02.006	TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMÉTRICO	R$ 30,00	R$ 112,00	R$ 142,00
DIAGNÓSTICO POR NEUROLOGIA				
02.11.05.002	ELETROENCEFALO GRAFIA EM VIGÍLIA COM OU SEM FOTOESTÍMULO	R$ 11,34	R$ 78,66	R$ 90,00

02.11.05.003	ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO COM OU SEM MEDICAMENTO (EEG)	R$ 25,00	R$ 89,00	R$ 114,00
02.11.05.004	ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGÍLIA E SONO ESPONTÂNEO COM OU SEM FOTOESTÍMULO (EEG)	R$ 25,00	R$ 98,00	R$ 123,00
02.11.05.005	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO COM MAPEAMENTO (EEG)	R$ 25,00	R$ 95,00	R$ 120,00
02.11.05.010	POLISSONOGRAFIA	R$ 125,00	R$ 117,00	R$ 242,00
DIAGNÓSTICO POR UROLOGIA				
02.11.09.001	AVALIAÇÃO URODINÂMICA COMPLETA	R$ 7,62	R$ 277,38	R$ 285,00
02.11.09.007	UROFLUXOMETRIA	R$ 8,82	R$ 87,18	R$ 96,00
02.09.02.001	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA	R$ 18,00	R$ 182,00	R$ 200,00
DIAGNÓSTICO EM OFTALMOLOGIA				
02.11.06.001	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	R$ 24,24	R$ 0,00	R$ 24,24
02.11.06.003	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO (MONOCULAR)	R$ 40,00	R$ 0,00	R$ 40,00
02.11.06.005	CERATOMETRIA (BINOCULAR)	R$ 3,37	R$ 0,00	R$ 3,37
02.11.06.006	CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)	R$ 10,11	R$ 57,89	R$ 68,00
02.11.06.011	GONIOSCOPIA BINOCULAR	R$ 6,74	R$ 0,00	R$ 6,74
02.11.06.012	MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)	R$ 24,24	R$ 0,00	R$ 24,24
02.11.06.014	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA (MONOCULAR)	R$ 24,24	R$ 0,00	R$ 24,24

02.11.06.015	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL (BINOCULAR)	R$ 3,37	R$ 0,00	R$ 3,37
02.11.06.016	POTENCIAL VISUAL EVOCADO (MONOCULAR)	R$ 24,24	R$ 0,00	R$ 24,24
02.11.06.018	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R$ 64,00	R$ 0,00	R$ 64,00
02.11.06.020	TESTE DE PROVOCAÇÃO DE GLAUCOMA (BINOCULAR)	R$ 6,74	R$ 8,26	R$ 15,00
02.11.06.025	TONOMETRIA (BINOCULAR)	R$ 3,37	R$ 0,00	R$ 3,37
02.11.06.026	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA (MONOCULAR)	R$ 24,24	R$ 0,00	R$ 24,24
02.11.06.028	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA (BINOCULAR)	R$ 48,00	R$ 252,00	R$ 300,00
PROCEDIMENTOS DO APARELHO DIGESTIVO / ANEXOS				
02.09.01.002	COLONOSCOPIA *	R$ 112,66	R$ 351,34	R$ 464,00
02.09.01.003	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA*	R$ 48,16	R$ 308,84	R$ 357,00
02.09.01.005	RETOSSIGMOIDOSCOPIA*	R$ 23,13	R$ 173,87	R$ 197,00
	ENDOSCOPIA DIGESTIVA COM DILATAÇÃO ESOFÁGICA	R$ 0,00	R$ 1.413,00	R$ 1.413,00
	MATERIAL ESPECIAL - PINÇA/ALÇA/AGULHA INJETORA/CLIP	R$ 0,00	R$ 107,00	R$ 107,00
	TRATAMENTO ESCLEROSANTE DE LESÃO HEMORRAGICA DO APARELHO DIGESTIVO POR COLONOSCOPIA	R$ 0,00	R$ 1.521,00	R$ 1.521,00
DIAGNÓSTICO EM OTORRINOLARINGOLOGIA/FONOAUDIOLOGIA				
02.09.04.002	LARINGOSCOPIA	R$ 47,10	R$ 2,90	R$ 50,00
02.09.04.004	VIDEOLARINGOSCOPIA	R$ 45,50	R$ 70,50	R$ 116,00
02.11.07.002	AUDIOMETRIA DE REFORÇO VISUAL (VIA AÉREA / ÓSSEA)	R$ 21,00	R$ 3,00	R$ 24,00

02.11.07.003	AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	R$ 20,13	R$ 8,87	R$ 29,00
02.11.07.004	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AÉREA / ÓSSEA)	R$ 21,00	R$ 17,00	R$ 38,00
02.11.07.005	AVALIAÇÃO AUDITIVA COMPORTAMENTAL	R$ 18,00	R$ 20,00	R$ 38,00
02.11.07.015	ESTUDO DE EMISSÕES OTOACÚSTICAS EVOCADAS TRANSITÓRIAS E PRODUTOS DE DISTORÇÃO (EOA)	R$ 46,88	R$ 58,12	R$ 105,00
02.11.07.020	IMITANCIOMETRIA	R$ 23,00	R$ 16,00	R$ 39,00
02.11.07.021	LOGOAUDIOMETRIA (LDV-IRF-LRF)	R$ 26,25	R$ 9,75	R$ 36,00
02.11.07.026	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA LATÊNCIA	R$ 46,88	R$ 58,12	R$ 105,00
02.11.07.027	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO PARA TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINHA)	R$ 13,51	R$ 3,49	R$ 17,00
	VIDEONASOFIBROSCOPIA FLEXÍVEL / VIDEOENDOSCOPIA NASO-SINUSAL COM ÓTICA FLEXÍVEL	R$ 0,00	R$ 81,00	R$ 81,00
TERAPIAS ESPECIALIZADAS				
03.09.07.001	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	R$ 300,78	R$ 549,22	R$ 850,00
03.09.07.002	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (BILATERAL)	R$ 392,62	R$ 549,38	R$ 942,00
DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO				

02.02.03.028-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R$ 17,16	R$ 0,00	R$ 17,16
SEDAÇÃO				
04.17.01.006	SEDACAO	R$ 15,15	R$ -	R$ 15,15
04.17.01.006	SEDAÇÃO PARA ENDOSCOPIA OU COLONOSCOPIA OU TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA OU ANGIORRESONÂNCIA	R$ 15,15	R$ 436,85	R$ 452,00
	PREPARO PARA SEDAÇÃO DE ENDOSCOPIA - COLONOSCOPIA - ULTRASSONOGRAFIA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA - ANGIORESSONÂNCIA (COMPLEMENTAR AO PROCEDIMENTO PRIMÁRIO)	R$ 0,00	R$ 452,00	R$ 452,00
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS				
CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO				
04.05.01.016	SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS	R$ 22,93	R$ 0,00	R$ 22,93
04.05.01.011	RECONSTITUICAO DE CANAL LACRIMAL	R$ 689,66	R$ 0,00	R$ 689,66
04.05.03.004	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER (POR SESSÃO) - MONOCULAR	R$ 107,61	R$ 0,00	R$ 107,61
04.05.01.007	EXÉRESE DE CALÁZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS	R$ 78,75	R$ 0,00	R$ 78,75
04.05.03.019	PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER	R$ 430,46	R$ 0,00	R$ 430,46
04.05.05.025	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÓRNEA	R$ 25,00	R$ 0,00	R$ 25,00
04.05.01.001	CORRECAO CIRURGICA DE ENTROPIO E ECTROPIO	R$ 203,74	R$ 0,00	R$ 203,74

04.05.04.020	TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL	R$ 449,44	R$ 0,00	R$ 449,44
04.05.01.012	RECONSTITUICAO PARCIAL DE PALPEBRA COM TARSORRAFIA	R$ 311,04	R$ 0,00	R$ 311,04
04.05.05.022	RECONSTITUIÇÃO DE FORNIX CONJUNTIVAL	R$ 436,44	R$ 0,00	R$ 436,44
04.05.05.021	RFCOBRIMENTO CONJUNTI VAL	R$ 172,27	R$ 0,00	R$ 172,27
04.05.05.036	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	R$ 209,55	R$ 0,00	R$ 209,55
04.05.05.002	CAPSULOTOMIA A YAG LASER (MONOCULAR)	R$ 112,77	R$ 0,00	R$ 112,77
04.05.05.037	FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL	R$ 771,60	R$ 0,00	R$ 771,60
CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, ORGÃOS ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL				
04.07.01.025	RETIRADA DE POLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA (INCLUI ALÇA DE POLIPECTOMIA))	R$ 29,84	R$ 0,00	R$ 29,84
04.07.02.039	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO / POLIPOS DO RETO / COLO SIGMOIDE (INCLUI ALÇA DE POLIPECTOMIA)	R$ 13,63	R$ 123,37	R$ 137,00
	POLIPECTOMIA DO ESOFAGO, ESTOMAGO OU DUODENO (INDEPENDENTE DO NÚMERO DE PÓLIPOS) - UTILIZAÇÃO DE ALÇA DE POLIPECTOMIA	R$ 0,00	R$ 120,00	R$ 120,00
	MUCOSECTOMIA	R$ 0,00	R$ 781,00	R$ 781,00
CIRURGIA DO APARELHO GENITURINÁRIO				
04.09.04.024	VASECTOMIA	R$ 438,87	R$ 0,00	R$ 438,87
04.09.05.008	POSTECTOMIA	R$ 219,12	R$ 0,00	R$ 219,12
PROCEDIMENTOS EM DERMATOLOGIA				

20.10.10.020	BIOPSIA / PUNCAO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE	R$ 14,10	R$ 0,00	R$ 14,10
20.10.10.356	BIOPSIA DE PALPEBRA	R$ 18,33	R$ 0,00	R$ 18,33
20.10.10.364	BIOPSIA DE PAVILHAO AURICULAR	R$ 14,66	R$ 0,00	R$ 14,66
20.10.10.372	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	R$ 25,83	R$ 0,00	R$ 25,83
20.10.105.26	BIÓPSIA DOS	R$ 21,56	R$ 0,00	R$ 21,56
	TECIDOS MOLES DA BOCA			
30.30.80.019	CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES	R$ 1,48	R$ 0,00	R$ 1,48
30.30.80.027	DESBASTAMENTO DE CALOSIDADE E/OU MAL PERFURANTE (DESBASTAMENTO)	R$ 1,48	R$ 0,00	R$ 1,48
40.10.10.015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	R$ 32,40	R$ 0,00	R$ 32,40
40.10.10.040	ELETROCOAGULACAO DE LESAO CUTANEA	R$ 11,84	R$ 0,00	R$ 11,84
40.10.10.058	EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	R$ 23,16	R$ 0,00	R$ 23,16
40.10.10.074	EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA	R$ 12,46	R$ 0,00	R$ 12,46
40.10.10.090	FULGURACAO / CAUTERIZACAO QUIMICA DE LESOES CUTANEAS	R$ 11,84	R$ 0,00	R$ 11,84
40.10.10.104	INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO	R$ 11,84	R$ 0,00	R$ 11,84
40.10.10.112	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTANEO	R$ 11,84	R$ 0,00	R$ 11,84
40.10.10.120	RETIRADA DE LESAO POR SHAVING	R$ 19,79	R$ 0,00	R$ 19,79
ODONTOLOGIA *				

03.01.01.004	SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ATENDIMENTO DE CIRURGIÃO DENTISTA - TRAUMATOLOGISTA BUCOMAXILOFACIAL	R$ 100,00	R$ 0,00	R$ 100,00
03.01.01.004	SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ATENDIMENTO DE CIRURGIÃO DENTISTA - PERIODONTISTA	R$ 100,00	R$ 0,00	R$ 100,00
03.01.01.004	SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ATENDIMENTO DE CIRURGIÃO DENTISTA - ENDODONTISTA	R$ 100,00	R$ 0,00	R$ 100,00
03.01.01.005	SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ATENDIMENTO DE CIRURGIÃO DENTISTA - ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	R$ 100,00	R$ 0,00	R$ 100,00

- Itens sem código SIGTAP são procedimentos complementares instituidos pela Consórcio CISAMVE/CIR.

2.2 CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO E PRAZOS DE ENTREGA

Os serviços deverão ser executados de acordo com as disposições constantes no item 6 do Termo de Referência (anexo I do Edital).

2.2.1. O quantitativo de consultas, exames e procedimentos previsto neste edital e no Termo de Referência possui caráter estimativo e não gera ao credenciado direito subjetivo à contratação, nem garantia de quantitativo mínimo de atendimentos.

2.2.2. A distribuição da demanda entre os credenciados observará as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, a disponibilidade orçamentária e financeira, a capacidade técnica e operacional declarada por cada credenciado, a disponibilidade de agenda, a capacidade instalada, bem como os critérios técnicos definidos pelos setores de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde.

2.2.3. Quando houver mais de um credenciado apto para a execução do mesmo serviço, a distribuição da demanda será realizada de forma isonômica, observados os critérios técnicos e assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando a adequada prestação dos serviços e o atendimento do interesse público.

2.2.4. Os encaminhamentos dos usuários serão realizados exclusivamente pela Secretaria Municipal de Saúde, por meio dos sistemas oficiais de regulação adotados pelo Município, observadas as prioridades clínicas, protocolos assistenciais, fluxos regulatórios e demais normas aplicáveis.

2.2.5. A subcontratação poderá ser admitida, desde que mantido o vínculo contratual entre a empresa credenciada e os profissionais ou serviços subcontratados, permanecendo a credenciada integralmente responsável pelo cumprimento de todas as cláusulas, condições e obrigações estabelecidas no contrato.

2.2.6. Verificada a necessidade de ampliação dos quantitativos contratados, observados a disponibilidade orçamentária e os limites legais aplicáveis, a Administração promoverá a distribuição da demanda adicional entre os credenciados habilitados para o respectivo serviço, consulta, exame, procedimento ou especialidade, observando critérios objetivos, impessoais e isonômicos.

2.2.7. A distribuição considerará, dentre outros aspectos, a capacidade técnica e operacional declarada e comprovada por cada credenciado, sua disponibilidade de atendimento e aptidão para absorver a demanda adicional, de forma a assegurar a continuidade dos serviços, a eficiência da prestação e a igualdade de oportunidades entre todos os credenciados aptos para cada item.

2.2.8. Na hipótese de impossibilidade ou recusa de determinado credenciado em absorver o quantitativo adicional, a demanda remanescente poderá ser redistribuída entre os demais credenciados habilitados para o mesmo item, observados os mesmos critérios de isonomia, impessoalidade e capacidade operacional.

2.3 OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE E CONTRATADA

As obrigações seguem conforme os itens 8 e 9 do Termo de Referência (anexo I do Edital).

2.4 SOBRE O MONITORAMENTO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

2.4.1. Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatização suplementar exercidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) sobre a execução do objeto deste

processo de contratação, o prestador reconhece, nos termos da legislação vigente, a prerrogativa de controle e auditoria dos órgãos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme disposto na Lei nº 8.080/1990 e no Decreto nº 7.508/2011.

2.4.2. Assim sendo, cabe aos setores responsáveis:

a. Acompanhar sistematicamente a execução contratual, verificando o cumprimento das metas quantitativas e qualitativas pactuadas.
b. Verificar a conformidade dos procedimentos realizados com os parâmetros estabelecidos pelo SUS (SIA/SUS, SIGTAP, PPI, CNES, etc.).
c. Monitorar prazos, fluxos assistenciais, volumes contratados, protocolos clínicos e pactuações.
d. Avaliar os resultados assistenciais produzidos, considerando eficiência, efetividade, qualidade e resolutividade dos serviços prestados.
e. Analisar a satisfação do usuário e a adequação dos atendimentos aos protocolos de atenção à saúde.
f. Emitir pareceres técnicos sobre o desempenho do contratado para subsidiar decisões gestoras, prorrogações contratuais e adequações de capacidade instalada.
g. Realizar auditorias administrativas, assistenciais e financeiras, conforme legislação do SUS (Portarias GM/MS e normas do DENASUS).
h. Identificar inconsistências, irregularidades, glosas técnicas e administrativas, bem como possíveis não conformidades contratuais, emitindo relatórios conclusivos com recomendações, determinações ou encaminhamentos para correção de falhas, acompanhando o cumprimento das medidas corretivas adotadas pelo contratado;
i. Aplicação de pesquisas de satisfação com os usuários e cuidadores;
j. Comunicar com brevidade e formalmente o Gestor da SMS e os setores de Regulação, Controle e Avaliação em caso de desacordo quanto à conduta do prestador sobre o descumprimento do processo de contratação e outras obrigações assumidas e a determinar a adoção das medidas necessárias de correção diante das normas do SUS.
k. Quanto aos serviços odontológicos, o setor de Monitoramento e Auditoria em Saúde e de Controle e Avaliação, em parceria com a Gerência Odontológica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), serão responsáveis pela fiscalização, acompanhamento e monitoramento dos serviços executados, podendo, quando constatado descumprimento das exigências editalícias, solicitar ao setor competente a anulação da prestação de serviço vigente, a fim de resguardar a regularidade e a conformidade da execução contratual.

3. CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

3.1. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO
(Conforme item 4 do Termo de Referência)

Poderão habilitar-se entidades públicas, filantrópicas e/ou privadas, prestadoras de serviços de saúde de média e alta complexidade à população usuária do SUS, que atendam todas as exigências, especificações e normas definidas, o que caracteriza aceitação integral e irrestrita das condições estabelecidas no Termo de Referência e seus anexos e nos demais regramentos/normativas existentes sobre os serviços, respeitando inclusive os requisitos abaixo:

3.1.1. Requisitos Gerais:

3.1.1.1. Ser pessoas jurídicas legalmente constituídas e especializadas na prestação de serviços e integradas por profissionais habilitados e com registro regular junto ao respectivo Conselho Profissional para a execução de tais serviços;

3.1.1.2. Os proponentes poderão credenciar-se para atendimento de um ou mais exames e procedimentos, bem como para uma ou mais especialidades de consultas descritas no Termo de Referência, desde que apresentados os documentos de habilitação nas respectivas especialidades;

3.1.1.3. Possuir infraestrutura física e tecnológica compatível com o objeto, incluindo equipamentos médico-hospitalares adequados, salas de atendimento, unidade de diagnóstico e sistema informatizado de gestão assistencial integrado ao SUS quando em estabelecimento próprio;

3.1.1.4. Possuir capacidade instalada para execução de todos os procedimentos, assumindo todos os riscos e despesas decorrentes da boa e perfeita execução do objeto.

3.1.1.5. Atender às necessidades da Secretaria Municipal de Saúde no que tange às exigências técnicas e legais de atendimento aos usuários do SUS; bem como, seguir rigorosamente os Protocolos implantados ou adotados em âmbito municipal;

3.1.1.6. Os prestadores deverão apresentar mensalmente para a Secretaria Municipal de Saúde relatório de prestação de contas e serviços prestados, o qual deverá conter as requisições separadas em ordem alfabética com a relação nominal dos pacientes, exames realizados, códigos dos procedimentos, quantidade e respectivos valores, bem como as guias das requisições devidamente autorizadas pelo Sistema de Regulação;

3.1.1.7. Em momento oportuno, integrar-se ao Sistema Nacional de Regulação – SISREG, destinando equipamento(s) necessário(s) para operacionalização do mesmo e indicando pelo menos 01(um) profissional do seu estabelecimento para ser treinado e apto a utilizar o Sistema;

3.1.1.8. Submissão ao acompanhamento, fiscalização e auditoria da Secretaria Municipal de Saúde e dos órgãos de controle, conforme arts. 117 e 169 da Lei nº 14.133/2021.

3.1.1.9. Cumprir e responder pelo rigoroso cumprimento das obrigações contratuais correspondentes ao objeto previstos no contrato, acatando as pactuações estabelecidas e os requisitos de habilitação.

3.1.1.10. Operacionalizar o sistema de informação da SMS para realização de registro e controle de atendimento, fechamento de produção mensal e aferição de auditoria.

3.1.1.11. Para os serviços de prótese odontológica, o prestador deverá estar localizado preferencialmente na região da AMVE, a qual o município de Indaial/SC faz parte.

3.1.1.12. Toda e qualquer adequação física, estrutural ou funcional necessária à plena execução dos serviços será de exclusiva responsabilidade do prestador, inclusive no que se refere aos correspondentes ônus financeiros;

3.1.1.13. Em procedimentos a serem realizados nas dependências do Fundo Municipal de Saúde, o contratado deverá adequar-se às ofertas de dias e períodos conforme disponibilidade da gestão.

3.1.1.14. A deliberação quanto à execução dos serviços a serem realizados nas unidades de saúde da Secretaria Municipal de Saúde constitui prerrogativa exclusiva da gestão do SUS, ficando condicionada, de forma imprescindível, à necessidade assistencial, à demanda identificada e à capacidade instalada, compreendida pela disponibilidade de estrutura física, recursos operacionais e recursos humanos.

3.2. O CREDENCIMENTO

3.2.1. Poderão requerer o credenciamento pessoas jurídicas que atenderem as condições do Termo de Referência e deste edital.

3.2.2. As condições do credenciamento de prestadores de serviços junto à Prefeitura de Indaial são universais e, portanto, iguais para todos os prestadores de serviços credenciados.

3.2.3. O credenciamento se dará após a aprovação do requerimento apresentado e assinatura do contrato de credenciamento, na forma deste edital.

3.2.4. Para solicitar o credenciamento, a pessoa jurídica interessada deverá encaminhar os documentos relacionados no item 4 deste edital para o endereço eletrônico (e-mail: ca.adm@saudeindaial.sc.gov.br).

3.2.5. A solicitação de credenciamento deverá ser feita por estabelecimento da pessoa jurídica interessada.

3.2.6. Pretendendo-se credenciar a matriz os documentos deverão ser apresentados em nome desta. Se houver interesse em credenciar a filial ou filiais da mesma credenciada, deverão ser requeridos credenciamentos individuais.

3.2.7. Ao requerer a inscrição no cadastro, ou atualização deste, a qualquer tempo, o interessado fornecerá os elementos necessários à satisfação das exigências contidas neste edital.

3.2.8. A Secretaria de Saúde poderá, se necessário, promover diligências destinadas ao esclarecimento de dúvidas ou confirmação de informações prestadas;

3.2.9. Em havendo a negativa de credenciamento por parte da Secretria de Saúde tal decisão será sempre fundamentada e delas caberão recurso no prazo de 05 (cinco) dias úteis a partir da publicação ou da comunicação da decisão.

3.2.10. O recurso, devidamente assinado pelo representante legal da interessada ou procurador regularmente constituído, deverá ser interposto perante a Equipe Técnica da Secretaria de Saúde.

3.2.11. Recebido o recurso a Equipe Técnica da Secretaria de Saúde poderá reconsiderar sua decisão, e não o fazendo, encaminhá-lo-á à autoridade competente do órgão que, após regular instrução, proferirá sua decisão;

3.2.12. Não serão conhecidos os recursos interpostos intempestivamente ou que não atenderem os requisitos indicados neste edital.

3.3. DA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO

3.3.1. Poderão participar do presente credenciamento, as pessoas jurídicas que atuam no ramo pertinente ao objeto desde edital, desde que estejam regularmente estabelecidas no país;

3.3.2. O interessado responsabiliza-se exclusiva e formalmente pelas transações efetuadas em seu nome, assume como firmes e verdadeiros os atos praticados diretamente ou por seu representante, excluída a responsabilidade do provedor do sistema ou do órgão ou entidade promotora do credenciamento por eventuais danos decorrentes de uso indevido das credenciais de acesso, ainda que por terceiros.

3.3.3. É de responsabilidade do cadastrado conferir a exatidão dos seus dados cadastrais nos Sistemas relacionados no item anterior e mantê-los atualizados junto aos órgãos responsáveis pela informação, devendo proceder, imediatamente, à correção ou à alteração dos registros tão logo identifique incorreção ou aqueles se tornem desatualizados.

3.3.4. A não observância do disposto no item anterior poderá ensejar desclassificação no momento da habilitação.

3.3.5. Não poderão participar do credenciamento:

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

3.3.5.2. Pessoa jurídica que esteja impedida de licitar ou contratar com a administração pública federal em decorrência de sanção que lhe foi imposta;

3.3.5.3. Aquele que mantenha vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com dirigente do órgão ou entidade contratante ou com agente público que desempenhe função no processo de contratação ou atue na fiscalização ou na gestão do contrato, ou que deles seja cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau;

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

3.3.5.5. Pessoas jurídicas reunidas em consórcio;

3.3.6. Não poderá participar, direta ou indiretamente, do credenciamento ou da execução do contrato agente público do órgão ou entidade contratante, devendo ser observadas as situações que possam configurar conflito de interesses no exercício ou após o exercício do cargo ou emprego, nos termos da legislação que disciplina a matéria, conforme § 1º do art. 9º da Lei nº 14.133, de 2021.

3.3.7. O impedimento de que trata o item 3.3.5.2 será também aplicado ao interessado que atue em substituição a outra pessoa jurídica, com o intuito de burlar a efetividade da sanção a ela aplicada, inclusive a sua controladora, controlada ou coligada, desde que devidamente comprovado o ilícito ou a utilização item 45o fraudulenta da personalidade jurídica do interessado.

3.3.8. Em contratações realizadas no âmbito de projetos e programas parcialmente financiados por agência oficial de cooperação estrangeira ou por organismo financeiro

internacional com recursos do financiamento ou da contrapartida nacional, não poderá participar pessoa j urídica que integre o rol de pessoas sancionadas por essas entidades ou que seja declarada inidônea nos termos da Lei nº 14.133/2021.

3.3.9. A vedação de que trata o item 3.3.6 estende-se a terceiro que auxilie a condução da contratação na qualidade de integrante de equipe de apoio, profissional especializado ou funcionário ou representante de empresa que preste assessoria técnica.

3.1 JULGAMENTO DOS PEDIDOS

Os pedidos de credenciamento serão analisados pela Equipe Técnica do Fundo Municipal de Saúde.

Serão convocados a assinar o contrato aqueles que atenderem aos requisitos constantes no Termo de Referência e no Edital.

4. REQUISITOS DE HABILITAÇÃO

4.1 DA HABILITAÇÃO

4.1.1. Os documentos previstos no Termo de Referência, necessários e suficientes para demonstrar a capacidade do interessado de realizar o objeto do credenciamento, serão exigidos para fins de habilitação, nos termos dos arts. 62 a 70 da Lei nº 14.133, de 2021.

4.1.2. Para solicitar o credenciamento, a pessoa jurídica interessada deverá encaminhar os seguintes documentos para o endereço eletrônico:

- Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor da empresa, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedade por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores atuais ou inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedade civil, acompanhada de prova de constituição da diretoria em exercício;
- Prova da inscrição da empresa no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
- Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual ou municipal, se houver relativo ao domicílio ou sede do participante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;
- Registros, licenças ou certidões especiais para exercício da atividade econômica;
- Certidão negativa de falência, recuperação judicial ou extrajudicial, expedida pelo distribuidor ou pelos cartórios de registro da falência,

recuperação judicial ou recuperação extrajudicial da sede da pessoa jurídica, com prazo de validade expresso;

- Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Nacional e relativa à Seguridade Social (INSS), que será efetuada mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados;
- Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Estadual do domicílio ou sede da licitante, expedida pelo órgão competente;
- Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Municipal do domicílio ou sede da licitante expedida pelo órgão competente;
- Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei;
- Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, instituída pela Lei Federal nº 12.440, de 7 de julho de 2011;
- Declaração de Atendimento às Condições de Contratação (anexo II do Edital);
- Quando permitida a participação de empresas estrangeiras que não funcionem no País, as exigências de habilitação serão atendidas mediante documentos equivalentes, inicialmente apresentados em tradução livre.
- Na hipótese de o interessado ser empresa estrangeira que não funcione no País, para fins de assinatura do contrato os documentos exigidos para a habilitação serão traduzidos por tradutor juramentado no País e apostilados nos termos do disposto no Decreto nº 8.660, de 29 de janeiro de 2016, ou de outro que venha a substituí-lo, ou consularizados pelos respectivos consulados ou embaixadas.

4.2 QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

De acordo com o item 4.2. do Termo de Referencia (anexo I do Edital) segue:

Os documentos e informações a seguir são mandatórios para a habilitação técnica e jurídica do proponente, devendo ser apresentados em sua totalidade:

4.2.1. Formulário de Identificação do Prestador – Anexo II do TR;

4.2.2. Relação nominal dos profissionais vinculados ao serviço, contendo as seguintes informações:

4.2.2.1. Nome completo;

4.2.2.2. Cargo/função;

4.2.2.3. Código Brasileiro de Ocupações – CBO;

4.2.2.4. Número de inscrição no respectivo Conselho de Classe;

4.2.2.5. Vínculo profissional (CLT, autônomo, sócio, etc.);

4.2.2.6. Registro de Qualificação de Especialista – RQE, quando aplicável;

4.2.2.7. Cópia legível do registro no Conselho de Classe de cada profissional que prestará serviço objeto deste termo.

4.2.3. Comprovante de Regularidade Profissional junto ao Órgão de Classe, emitido no prazo máximo de 90 (noventa) dias;

4.2.4. Cópia do Registro de Qualificação de Especialista – RQE para cada especialidade médica pretendida;

4.2.5. Quando na especialidade de Odontologia, apresentar Registro de Residência ou Especialização na área requerida, conforme Anexo I do TR;

4.2.6. Alvará Sanitário, dentro do prazo de validade, conforme a modalidade de atendimento:

4.2.7. Quando do atendimento em estabelecimento próprio: Alvará expedido pelo Município para o ramo de atividade, sendo dispensado para os serviços a serem executados nas unidades da SMS;

4.2.8. Quando do atendimento em unidade móvel: Alvará Sanitário emitido pelo órgão competente, considerando o local da efetiva prestação dos serviços, qual seja, o Município de Indaial;

4.2.9. Cópia do Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB), dentro do prazo de validade, conforme legislação estadual e municipal aplicável;

4.2.10. Atestado de Capacidade Técnica, emitido por pessoa jurídica de direito público ou privado, com a comprovação de que a proponente executa ou executou a prestação dos serviços objeto deste termo (Anexo VI do TR).

4.2.10.1. Caso a atividade pretendida do credenciamento seja nova para o prestador, o atestado poderá ser substituído por vistoria in loco de representantes da SMS, onde será emitido atestado de visita técnica apontando a conformidade das instalações;

4.2.11. Documentação de regularidade junto ao Conselho Regional de Classe, a ser apresentada conforme o caso:

4.2.12. Comprovação da inscrição do Responsável Técnico junto ao Conselho Regional de Classe, acompanhada de cópia do Registro Profissional;

4.2.13. Certificado de Regularidade do Estabelecimento (registro ou inscrição da pessoa jurídica) junto ao Conselho Regional de Classe, referente ao serviço a ser prestado;

4.2.14. Registro atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, emitido no sítio oficial http://cnes.datasus.gov.br, contendo a listagem de profissionais, equipamentos e serviços vinculados ao SUS;

4.2.15. Declaração indicando que a instituição se enquadra nos parâmetros de acessibilidade descritos na Lei Federal nº 10.098/2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida;

4.2.16. Declaração do solicitante de que está de acordo com as normas e tabelas de valores definidos para este processo, bem como de que realizará todos os procedimentos a que se propõe (Anexo III do TR);

4.2.17. Declaração com indicação da capacidade instalada disponível para atendimento do SUS (Anexo IV do TR);

4.2.18. Para os serviços de prótese odontológica, além dos itens acima elencados, quando compatíveis com a especialidade, deverão ser apresentados:

4.2.19. Registro no Conselho Regional de Odontologia (CRO/SC) de profissional com CBO 3224-10 – Protético Dentário que irá desempenhar o serviço, devidamente cadastrado no CNES;

4.2.20. Cadastro no CNES (próprio ou terceirizado) como Estabelecimento Isolado ou Estabelecimento de Saúde Não Isolado, sendo:

4.2.20.1. Estabelecimentos isolados: 39 – Unidade de Saúde de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT), subtipo 03 – LRPD, com Serviço Especializado 157 – Serviço de Laboratório de Prótese Dentária e Classificação 001 – LRPD;

4.2.20.2. Estabelecimento de saúde não isolado: Serviço Especializado 157 – Serviço de Laboratório de Prótese Dentária e Classificação 001 – LRPD.

As declarações constantes nos Anexos do Termo de Referência (anexo I do Edital) deverão ser apresentadas com a assinatura do representante legal da empresa, por meio de assinatura digital;

O Setor de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) analisará a documentação da qualificação técnica apresentada em sua totalidade. Identificada a ausência de documentos, o proponente terá o prazo de 15 (quinze) dias corridos para apresentar a documentação. Caso necessário, a SMS poderá solicitar documentos adicionais que considerar pertinentes para o processo de contratação de prestadores, bem como solicitar visita técnica.

Quando se tratar de serviços odontológicos, haverá atuação conjunta com a Gerência de Assistência Odontológica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que participará do processo de análise documental, bem como do acompanhamento, avaliação e monitoramento dos atendimentos e da organização das agendas, garantindo a conformidade técnica e a adequada execução dos serviços.

4.3. Os documentos exigidos para fins de habilitação poderão ser apresentados via e-mail no endereço eletrônico ca.adm@saudeindaial.sc.gov.br e adm4@saudeindaial.sc.gov.br;

4.4. O órgão credenciante terá o prazo de 15 (quinze) dias úteis para analisar a documentação apresentada pelo interessado;

4.5. Será verificado se o interessado apresentou, sob pena de inabilitação, a declaração de que cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas, em sendo o caso;

4.6. O interessado deverá apresentar, sob pena de desclassificação, declaração de que o valor da contratação compreende a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de condutas vigentes na data da apresentação do requerimento de participação.

4.7. A habilitação será verificada por meio do Sicaf, em relação aos documentos por ele abrangidos.

4.8. Somente haverá a necessidade de comprovação do preenchimento de requisitos mediante apresentação dos documentos originais não-digitais quando houver dúvida em relação à integridade do documento digital ou quando a lei expressamente o exigir.

4.9. É de responsabilidade do interessado conferir a exatidão dos seus dados cadastrais no Sicaf e mantê-los atualizados junto aos órgãos responsáveis pela informação, devendo proceder, imediatamente, à correção ou à alteração dos registros tão logo identifique incorreção ou aqueles se tornem desatualizados.

4.10. A não observância do disposto no item anterior poderá ensejar desclassificação no momento da habilitação.

4.11. A verificação pela comissão de contratação, em sítios eletrônicos oficiais de órgãos e entidades emissores de certidões constitui meio legal de prova, para fins de habilitação.

4.12. Os documentos exigidos para habilitação que não estejam contemplados no Sicaf serão enviados por meio eletrônico até a conclusão da fase de habilitação.

4.13. Na análise dos documentos de habilitação, a comissão de contratação poderá sanar erros ou falhas que não alterarem sua substância ou validade jurídica.

4.14. A comprovação de regularidade fiscal e trabalhista das microempresas e das empresas de pequeno porte somente será exigida para efeito de contratação, e não como condição para participação no credenciamento.

5. CONDIÇÕES CONTRATUAIS

5.1 DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas provenientes da contratação do objeto deste edital correrão por conta da(s) seguinte(s) dotação(ões) orçamentária(s), e recurso(s) financeiro(s) dos(s) exercício(s) de 2026:

Código Reduzido:	417
Órgão:	20 – Fundo Municipal de Saúde
Unidade:	4 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Ação:	2522 - Ações da Saúde - Média e Alta Complexidade
Vínculo:	150010020000 - Saúde
Subelemento:	3.3.90.39.50 - SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALAR, ODONTOLÓGICO E LABORATORIAL

5.2 PRAZO DE VIGÊNCIA E REEQUILIBRIO/REAJUSTE CONTRATUAL

5.2.1. Prazo de contratação será de 12 meses, prorrogável por até 10 anos, na forma dos artigos 106 e 107 da Lei n° 14.133, de 202 a critério da Administração Pública, e mantidas as condições de Habilitação originais, mediante apresentação de todos os documentos para habilitação atualizado.

5.2.2. Os serviços que constam na tabela SIGTAP (SUS), cujos valores tiverem atualização (reajuste ou revisão) concedido pelo Ministério da Saúde, terão seus valores automaticamente atualizados a todos os contratados;

5.2.3. Quando houver atualização, reajuste, revisão ou qualquer alteração dos valores da Tabela SIGTAP (SUS) pelo Ministério da Saúde, o Valor Complementar previsto na Tabela de Procedimentos e Valores do Termo de Referência será ajustado proporcionalmente, para mais ou para menos, de forma a manter inalterado o valor final estabelecido para o procedimento. Assim, eventual aumento do valor SIGTAP implicará na correspondente redução do Valor Complementar, enquanto eventual redução do valor SIGTAP acarretará o correspondente acréscimo do Valor Complementar, garantindo-se, em ambos os casos, a manutenção do valor final a ser faturado e pago pelo procedimento.

5.2.4. Com vistas a assegurar o cumprimento do princípio do comando único e a adequada governança das decisões regionais, a Tabela de Procedimentos e Valores, constante no Anexo I do Termo de Referência – Tabela de Serviços e Valores, poderá ser atualizada, reajustada ou revisada mediante deliberação da Comissão Intergestores Regional do Médio Vale do Itajaí (CIR), órgão colegiado composto pelos Secretários Municipais de Saúde e instância responsável pela pactuação e gestão regional no âmbito do SUS, o qual expedira resolução para formalização do reajuste.

5.3 CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E CONDIÇÃO DE PAGAMENTO

5.3.1. A remuneração pela prestação de serviços será de acordo com a Tabela de Procedimentos e Valores constante no 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.

5.3.2. O quantitativo mensal ofertado pelo contratado é estimativo, sendo que os valores serão pagos pelo SMS exclusivamente com base no número de atendimentos efetivamente realizados, dentro do mês de competência, pelo prestador de serviços, via sistema de gestão disponibilizado pela SMS.

5.3.3. Não serão processadas guias de faturamento com prazo superior a 60 (sessenta) dias.

5.3.4. O prestador apresentará mensalmente, até o 5º dia útil do mês subsequente à prestação dos serviços, os arquivos, relatórios e os documentos referente aos serviços prestados, devendo esta ser enviado ao setor de Controle e Avaliação:

- **Arquivo digital:** gerado pelos sistemas de informação de Produção Ambulatorial - BPA Magnético (BPA-Mag - Registro Individualizado), SIHD1 e APAC magnético. A produção digital deverá ser enviada para o e-mail: ca.suporte2@saudeindaial.sc.gov.br.
- **Relatório físico**: Apresentar relatório de faturamento em papel timbrado da contratada, contendo a descrição do procedimento, quantidade total realizada, valor unitário, total de valores SUS, total de valor complementar e total geral, devidamente datado e assinado.

5.3.5. Documentos comprobatórios (Requisição de Procedimento, SISREG): Para conferência e auditoria interna e comprovação da produção mensal apresentada, o prestador deverá apresentar em ordem alfabética: Guia do SISREG, requisições dos exames, relatório de faturamento e relatório em que constem obrigatoriamente:

- Nome completo do paciente
- CNS
- Data de nascimento
- Código SUS do procedimento realizado
- Valor individual do procedimento
- Valor total faturado.

5.3.5.1. O setor de Controle e Avaliação, proceder à pré-análise da documentação física de produção. Caso seja identificado eventuais não conformidades ou divergência entre o arquivo digital e produção física, estas serão encaminhadas ao prestador para que efetuem as retificações. Para isto o prestador terá 5 dias, a partir da notificação, para correção e reapresentação, que passará por nova análise e reprocessamento, se assim dirimidas as glosas, e posterior encaminhamento para pagamento conforme os ajustes aferidos.

5.3.5.2. A documentação física deverá ser enviada em invólucro lacrado, com identificação do prestador e destinatário: Setor de Controle e Avaliação.

5.3.6. Os prestadores com atendimento em estabelecimento próprio, em momento oportuno, deverão assegurar à Secretaria de Saúde o acesso e a disponibilidade necessária para implantação de seu próprio sistema de informação em saúde, destinado registro no prontuário eletrônico, controle de atendimento, registro e auditoria dos serviços realizados, devendo este ser alimentado pelo prestador, utilizando deste, inclusive, para emissão de relatório de faturamento de produção. A inserção da informação é condicionante para envio ao Ministério da Saúde (MS), assim como para o pagamento do serviço prestado. Até que se estabeleça este regramento deverá fazer o envio de arquivo através do sistema oficial do MS, sendo: BPA Magnético (BPA-Mag – Registro Individualizado), SIHD1, APAC, ou outros necessários para registro de produção os quais deverão ser encaminhados à SMS.

5.3.7. O prestador deverá seguir as orientações relativas à emissão de Nota Fiscal solicitada pela Administração;

O pagamento da produção possui previsão de 30 (trinta) dias após a apresentação da nota fiscal e liquidação da despesa;

5.3.8. Em caso de divergência nas informações apresentadas nos documentos fiscais pelo contratado, a liquidação e o respectivo pagamento serão suspensos, ficando condicionados à regularização e apresentação das correções necessárias.

5.3.9. Não serão remunerados os casos de absenteísmo, assim entendidos como o não comparecimento do usuário do SUS ao atendimento previamente agendado;

5.3.10. É vedada a cobrança de nova consulta nos casos de retorno médico, quando o mesmo paciente for reagendado pela Secretaria de Saúde, com o mesmo profissional e especialidade no prazo de até 30 (trinta) dias contados a partir da data da consulta anterior;

5.3.10.1. Caso seja necessário retorno (consultas) do paciente em até 30 (trinta) dias, o mesmo poderá retornar quantas vezes for necessário dentro dos 30 (trinta) dias sem cobrança de nova consulta.

5.3.11. É VEDADA a cobrança dos serviços ou complementação de valores, direta ou indiretamente ao paciente ou ao seu representante ou que o mesmo forneça material ou medicamento para exames por profissional empregado ou preposto, em razão da execução do objeto do contrato.

6. FISCALIZAÇÃO E GESTÃO DO CONTRATO

6.1. O acompanhamento da execução do contrato será realizado pela equipe designada, tendo como fiscais:

Fiscal do Contrato:

Nome: Neide Rosália de Barcelos
Cargo: Controle, Avaliação em Saúde

Matrícula: 1215753967-01
E-mail: ca.adm@saudeindaial.sc.gov.br

Gestor do Contrato:

Nome: Janaina Cristina Engel Machado
Cargo: Auxiliar Admistrativo
Matrícula: 1215754740-01
E-mail: adm3@saudeindaial.sc.gov.br

6.2. Em caso de impedimento, ordem de paralisação ou suspensão do contrato, o cronograma de execução será prorrogado automaticamente pelo tempo correspondente, anotadas tais circunstâncias mediante simples apostila (Lei nº 14.133/2021, art. 115, §5º).

6.3. A fiscalização poderá exigir a suspenção do preposto da CONTRATADA, mediante decisão motivada do gestor do contrato.

6.4. A fiscalização anotará em registro próprio, todas as ocorrências relacionadas com a execução do contrato, determinando o que for necessário à regularização dos descumprimentos observados.

6.5. A fiscalização exercida não exclui nem reduz a responsabilidade da CONTRATADA, inclusive perante terceiros, por qualquer irregularidade verificada durante a execução deste contrato.

Item 13. Do Termo de Referência

7. SANÇÕES E PENALIDADES

7.1. Comete infração administrativa, nos termos da lei, o interessado que, com dolo ou culpa:

7.1.1. Deixar de entregar a documentação exigida para o certame ou não entregar qualquer documento que tenha sido solicitado pela comissão de contratação;

7.1.2. Não celebrar o contrato ou não entregar a documentação exigida para a contratação, quando convocado dentro do prazo de validade do credenciamento;

7.1.3. Recusar-se, sem justificativa, a assinar o contrato, ou a aceitar ou retirar o instrumento equivalente no prazo estabelecido pela Administração;

7.1.4. Apresentar declaração ou documentação falsa exigida para o certame ou prestar declaração falsa durante o credenciamento;

7.1.5. Fraudar o credenciamento;

7.1.6. Comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude de qualquer natureza, em especial quando:

7.1.6.1. Agir em conluio ou em desconformidade com a lei;

7.1.6.2. Induzir deliberadamente a erro no julgamento;

7.1.7. Praticar atos ilícitos com vistas a frustrar os objetivos do credenciamento;

7.1.8. Praticar ato lesivo previsto no art. 5º da Lei n.º 12.846, de 2013.

7.2. Com fulcro na Lei nº 14.133, de 2021, a Administração poderá, garantida a prévia defesa, aplicar aos credenciados as seguintes sanções, sem prejuízo das responsabilidades civil e criminal:

7.2.1. Advertência;

7.2.2. Multa;

7.2.3. Impedimento de licitar e contratar e

7.2.4. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida sua reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade.

7.3. Na aplicação das sanções serão considerados:

7.3.1. A natureza e a gravidade da infração cometida.

7.3.2. As peculiaridades do caso concreto;

7.3.3. As circunstâncias agravantes ou atenuantes

7.3.4. Os danos que dela provierem para a Administração Pública

7.3.5. A implantação ou o aperfeiçoamento de programa de integridade, conforme normas e orientações dos órgãos de controle.

7.4. A multa será recolhida em percentual de 0,5% a 30% incidente sobre o valor do contrato, recolhida no prazo máximo de 30 (trinta) úteis, a contar da comunicação oficial.

7.5. Para as infrações previstas nos itens 7.1.1, 7.1.2, 7.1.3 e 7.1.4, a multa será de 0,5% a 15% do valor do contrato.

7.6. Para as infrações previstas nos itens 7.1.5, 7.1.6, 7.1.7, 7.1.8 e 7.1.9, a multa será de 15% a 30% do valor do contrato.

7.7. As sanções de advertência, impedimento de licitar e contratar e declaração de inidoneidade para licitar ou contratar poderão ser aplicadas, cumulativamente ou não, à penalidade de multa.

7.8. Na aplicação da sanção de multa será facultada a defesa do interessado no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data de sua intimação.

7.9. A sanção de impedimento de licitar e contratar será aplicada ao responsável em decorrência das infrações administrativas relacionadas nos itens 7.1.1, 7.1.2, 7.1.3 e 7.1.4, quando não se justificar a imposição de penalidade mais grave, e impedirá o responsável de licitar e contratar no âmbito da Administração Pública direta e indireta do ente federativo a qual pertencer o órgão ou entidade, pelo prazo máximo de 3 (três) anos.

7.10. Poderá ser aplicada ao responsável a sanção de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar, em decorrência da prática das infrações dispostas nos itens 7.1.5, 7.1.6, 7.1.7, 7.1.8 e 7.1.9, bem como pelas infrações administrativas previstas nos itens 7.1.1, 7.1.2, 7.1.3 e 7.1.4 que justifiquem a imposição de penalidade mais grave que a sanção de impedimento de licitar e contratar, cuja duração observará o prazo previsto no art. 156, §5º, da Lei n.º 14.133/2021.

7.11. A recusa injustificada do credenciado em assinar o contrato, ou em aceitar ou retirar o instrumento equivalente no prazo estabelecido pela Administração, descrita nos itens 7.1.3 e 7.1.4, caracterizará o descumprimento total da obrigação assumida e o sujeitará às penalidades e à imediata perda da garantia em favor do órgão ou entidade credenciante, nos termos do art. 45, §4º da IN SEGES/ME n.º 73, de 2022.

7.12. A apuração de responsabilidades relacionadas às sanções de impedimento de licitar e contratar e de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar demandará a instauração de processo de responsabilização a ser conduzido por comissão composta por 2 (dois) ou mais servidores estáveis, que avaliará fatos e circunstâncias conhecidos e intimará o interessado para, no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data de sua intimação, apresentar defesa escrita e especificar as provas que pretenda produzir.

7.13. Caberá recurso no prazo de 15 (quinze) dias úteis da aplicação das sanções de advertência, multa e impedimento de licitar e contratar, contado da data da intimação, o qual será dirigido à autoridade que tiver proferido a decisão recorrida, que, se não a reconsiderar no prazo de 5 (cinco) dias úteis, encaminhará o recurso com sua motivação à autoridade superior, que deverá proferir sua decisão no prazo máximo de 20 (vinte) dias úteis, contado do recebimento dos autos.

7.14. Caberá a apresentação de pedido de reconsideração da aplicação da sanção de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data da intimação, e decidido no prazo máximo de 20 (vinte) dias úteis, contado do seu recebimento.

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

7.16. A aplicação das sanções previstas neste edital não exclui, em hipótese alguma, a obrigação de reparação integral dos danos causados.

8. RECURSOS E IMPUGNAÇÕES

8.1. DO RECURSO CONTRA INDEFERIMENTO DO CREDENCIAMENTO

8.1.1. Das decisões que indeferirem o pedido de credenciamento caberá recurso administrativo no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados da publicação ou da ciência do interessado, o qual será dirigido ao setor responsável de Credenciamento, que poderá reconsiderar sua decisão ou encaminhá-lo à autoridade compentente para julgamento.

8.2 DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL E DO PEDIDO DE ESCLARECIMENTO

8.2.1. Qualquer pessoa é parte legítima para impugnar este edital por irregularidade ou para solicitar esclarecimento sobre os seus termos enquanto este permanecer em vigor.

8.2.2. A impugnação e o pedido de esclarecimento poderão ser realizados por forma eletrônica, pelos seguintes meios:

- Nome: Neide Rosália de Barcelos
- Cargo: Controle, Avaliação em Saúde
- E-mail: ca.adm@saudeindaial.sc.gov.br

8.2.3. A resposta à impugnação ou ao pedido de esclarecimento será divulgado por meio eletrônico no prazo de até 3 (três) dias úteis, contado da data de recebimento do pedido.

8.2.4. As impugnações e pedidos de esclarecimentos não suspendem os prazos previstos no procedimento de credenciamento.

8.2.5. Acolhida a impugnação, o edital retificado será publicado no Portal Nacional de Contratações Públicas - PNCP.

9. DA DIVULGAÇÃO DE CREDENCIADOS E DA CONTRATAÇÃO

9.1 DA DIVULGAÇÃO DOS ATOS DO CREDENCIAMENTO

9.1.1. Todos os atos e andamentos relativos ao presente credenciamento serão divulgados no Diário Oficial dos Municípios (DOM) e nos sítios oficiais do Município.

9.2 DA CONTRATAÇÃO

9.2.1. Após divulgação do credenciado, o órgão ou a entidade poderá convocar para

assinatura do instrumento contratual, emissão de nota de empenho de despesa, autorização de compra ou outro instrumento hábil, conforme disposto no art. 95 da Lei nº 14.133, de 2021.

9.2.2. A administração poderá convocar o credenciado durante todo o prazo de validade do credenciamento para assinar o contrato ou outro instrumento equivalente, sob pena de decair o direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas na Lei nº 14.133, de 2021, e no edital de credenciamento.

9.2.3. O prazo para assinatura do instrumento contratual pelo credenciado, após convocação pela administração, será de 5 (cinco) dias corridos.

9.2.3.1. A recusa injustificada do adjudicatário em assinar, aceitar e retirar o instrumento de contrato, dentro do prazo estabelecido pela administração, caracteriza o não cumprimento total das obrigações assumidas, sujeitando-o às penalidades da legislação vigente.

9.2.3.2. A assinatura do Contrato deverá ser efetuada preferencialmente através de meio digital (assinatura eletrônica), observados os ditames da Lei Federal nº 14.063, de 23 de setembro de 2020.

9.2.4. Os contratos decorrentes de credenciamento poderão ser alterados, observado o disposto no art. 124 da Lei nº 14.133, de 2021.

9.2.5. É vedado o cometimento a terceiros do objeto contratado sem autorização expressa da Administração.

9.3 CRITÉRIOS PARA DEFINIÇÃO DA ORDEM DE CONTRATAÇÃO DOS CREDENCIADOS

9.3.1. Não haverá procedimento de classificação dos credenciados, sendo que todos os fornecedores que se manifestarem e que atenderem as exigências do presente Edital poderão celebrar Contrato.

9.3.2. O solicitante a compra emitirá uma autorização de fornecimento para a empresa credenciada, solicitando o serviço. Não havendo o atendimento da demanda, a autorização de fornecimento será encaminhada a outra empresa credenciada.

9.3.3. Em caso de haver mais de uma empresa credenciada para o serviço, a distribuição da demanda observará a necessidade da Secretaria Municipal de Saúde, a capacidade técnica e operacional declarada pelos credenciados, a disponibilidade de agenda, a regulação do SUS e os princípios da isonomia, impessoalidade e eficiência, buscando distribuição equitativa entre todos os credenciados aptos.

9.4 DA ANULAÇÃO, DA REVOGAÇÃO E DO DESCREDENCIMENTO

9.4.1. O edital de credenciamento poderá ser anulado, a qualquer tempo, em caso de vício de legalidade, ou revogado, por motivos de conveniência e de oportunidade da administração.

9.4.2. Na hipótese de anulação do edital de credenciamento, os instrumentos que dele resultaram ficarão sujeitos ao disposto nos art. 147 ao art. 150 da Lei nº 14.133, de 2021.

9.4.3. A revogação do edital de credenciamento não repercutirá nos instrumentos já celebrados que dele resultaram.

9.4.4. Será realizado o descredenciamento quando houver:

9.4.4.1. Pedido formalizado pelo credenciado, no prazo de 30 dias;

9.4.4.2. Perda das condições de habilitação do credenciado;

9.4.4.3. Descumprimento injustificado do contrato pelo contratado; e

9.4.4.4. Sanção de impedimento de licitar e contratar ou de declaração de inidoneidade superveniente ao credenciamento.

9.4.5. O pedido de descredenciamento não desincumbirá o credenciado do cumprimento de eventuais contratos assumidos e das responsabilidades deles recorrentes.

9.4.6. Nas hipóteses previstas, além do descredenciamento, deverá ser aberto processo administrativo, assegurados o contraditório e a ampla defesa, para possível aplicação de penalidade, na forma estabelecida na legislação.

9.4.7. Se houver a efetiva prestação de serviços ou o fornecimento dos bens, os pagamentos serão realizados normalmente, até decisão no sentido de rescisão contratual, caso o fornecedor não regularize a sua situação.

9.4.8. Somente por motivo de economicidade, segurança nacional ou no interesse da administração, devidamente justificado, em qualquer caso, pela autoridade máxima do órgão ou da entidade contratante, não será rescindido o contrato em execução com empresa ou profissional que estiver irregular

9.5 CONSULTA AO EDITAL

O edital e seus anexos estarão disponíveis no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP) e no site da Prefeitura Municipal de Indaial.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1 DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1.1. Este edital deverá ser lido e interpretado na íntegra, e a entrega da proposta implica, automaticamente, na aceitação tácita e irretratável das condições de participação, não sendo válida qualquer alegação de desconhecimento ou de ignorância das condições estabelecidas neste Edital.

10.1.2. Salvo indicação em contrário, todos os prazos indicados neste Edital, entendem-se como sendo contados em dias corridos e, na contagem destes excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento. Só se iniciam e vencem os prazos em dias de expediente/atendimento do Setor Responsável.

10.1.3. As Licitantes assumem todos os custos de preparação e apresentação de suas propostas e a Licitadora não será, em nenhum caso, responsável por esses custos, independentemente da condução ou do resultado do processo licitatório.

10.1.4. A Licitante é responsável pela fidelidade e legitimidade das informações prestadas e dos documentos apresentados.

10.1.5. O edital poderá ser alterado, e/ou complementado, nos seguintes casos:

10.1.5.1. Quando necessária a modificação do modo de fornecimento, em face de verificação técnica da inaplicabilidade dos termos originários;

10.1.5.2. Quando necessária a modificação do objeto, para adequação às necessidades da unidade requisitante da Licitadora, sem que haja descaracterização do objeto original;

10.1.5.3. Alteração das condições de habilitação, para a adequação à legislação vigente, se for o caso; e,

10.1.5.4. Para restabelecer a relação que as partes pactuaram inicialmente entre os encargos do contratado e a retribuição da administração para a justa remuneração do fornecimento, objetivando a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro inicial.

10.1.6. No caso de o edital conter alterações no seu conteúdo, as mesmas serão publicadas pelos mesmos veículos de comunicação da publicação inicial, e sua consulta ficará a responsabilidade da empresa Licitante, estando disponível no site da Prefeitura Municipal ou no Setor Responsável

10.1.7. Todas as certidões e comprovantes solicitados na licitação que não indicarem o prazo de validade deverão ter sido expedidas, no máximo, até 90 (noventa) dias antes da data de recebimento das propostas.

10.1.8. O Edital e seus anexos estão disponíveis, na íntegra, no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP) e endereço eletrônico: https://indaial.atende.net/

10.2 FORO

Esgotadas todas as tentativas de composição amigável, o foro competente para resolução de litígios pertinentes à licitação, independente de outro que por mais privilegiado seja, será o da Comarca de Indaial – Estado de Santa Catarina.

11. LEGISLAÇÃO APLICADA

Aplica-se ao presente edital, nas partes omissas e aplicáveis de direito, a seguinte legislação:

11.1. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988;

11.2. Constituição do Estado de Santa Catarina de 1989;

11.3. Lei Orgânica do Município de Indaial;

11.4. Lei Complementar Federal nº 101/2000. Lei de Responsabilidade Fiscal;

11.5. Lei Federal nº 12.846/13. Lei Anticorrupção;

11.6. Lei Federal nº 10.406/02. Código Civil Brasileiro;

11.7. Lei Federal nº 14.133/21. Lei das Licitações e Contratos Administrativos;

11.8. Lei Federal nº 8.078/90. Código de Defesa do Consumidor;

11.9. Lei Federal nº 7.210/84. Lei de Execução Penal;

11.10. Lei Federal nº 4.320/64. Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da Administração Pública; e,

11.11. Decreto-Lei nº 3.689/41. Código de Processo Penal

11.12. Lei Municipal nº 6.083/22. Cria Comissão de Processo Administrativo Sancionatório nos termos da Lei 14.133/21;

11.13. Decreto Municipal nº 1225/25 Altera decreto 5978/23. Regulamenta a Lei Federal nº 14.133/21; e

11.14. Decreto Municipal nº 4.931/22 - Nomeia a Comissão Permanente de Processo Sancionatório.

Para conhecimento do público, expede-se o presente Edital, que vai publicado na forma da legislação vigente.

Publique.

Indaial/SC, em 23 de outubro de 2026.

Jaqueline Mocelin

Secretária de Saúde

Fundo Municipal de Saúde

ANEXO I

1. TABELA DE PROCEDIMENTOS GERAIS

CÓDIGO PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR UNITÁRIO SIGTAP	VALOR UNITÁRIO COMPLEMENTO	VALOR UNITÁRIO TOTAL	QUANTIDADE ANO	VALOR TOTAL POR PROCEDIMENTO - ANO	OBSERVAÇÃO
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA							
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - OFTALMOLOGIA RETINA	R$ 10,00	R$ 60,00	R$ 70,00	300	R$ 21.000,00	
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CARDIOLOGIA	R$ 10,00	R$ 90,00	R$ 100,00	3960	R$ 396.000,00	Atendimento Exclusivo na SMS
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CIRURGIA VASCULAR	R$ 10,00	R$ 90,00	R$ 100,00	360	R$ 36.000,00	
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - NEFROLOGIA	R$ 10,00	R$ 90,00	R$ 100,00	540	R$ 54.000,00	
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	R$ 10,00	R$ 90,00	R$ 100,00	8400	R$ 840.000,00	
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PEDIATRIA	R$ 10,00	R$ 90,00	R$ 100,00	1200	R$ 120.000,00	
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PROCTOLOGIA	R$ 10,00	R$ 90,00	R$ 100,00	504	R$ 50.400,00	
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - UROLOGIA GERAL	R$ 10,00	R$ 90,00	R$ 100,00	1920	R$ 192.000,00	
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CARDIOLOGIA ((inclui eletrocardiograma e laudo)	R$ 10,00	R$ 120,00	R$ 130,00	3960	R$ 514.800,00	
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA (0 A 16 Anos) ((inclui eletrocardiograma e laudo)	R$ 10,00	R$ 340,00	R$ 350,00	60	R$ 21.000,00	
03.01.01.008	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - DERMATOLOGIA	R$ 10,00	R$ 100,00	R$ 110,00	4800	R$ 528.000,00	
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ENDOCRINOLOGIA	R$ 10,00	R$ 110,00	R$ 120,00	3600	R$ 432.000,00	
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - GASTROENTEROLOGIA	R$ 10,00	R$ 110,00	R$ 120,00	192	R$ 23.040,00	

03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - OFTALMOLOGIA (ESTE PROCEDIMENTO INCLUI A REALIZAÇÃO DE 2 (DOIS) MAPEAMENTOS DE RETINA E 1 (UMA) TONOMETRIA BINOCULAR)	R$ 10,00	R$ 110,00	R$ 120,00	4800	R$ 576.000,00	
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - OTORRINOLARINGOLOGIA	R$ 10,00	R$ 110,00	R$ 120,00	2400	R$ 288.000,00	
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - REUMATOLOGIA	R$ 10,00	R$ 110,00	R$ 120,00	504	R$ 60.480,00	
03.01.01.010	CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO / REAVALIAÇÃO DE GLAUCOMA (TONOMETRIA, FUNDOSCOPIA E CAMPIMETRIA)	R$ 57,74	R$ 62,26	R$ 120,00	300	R$ 36.000,00	
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - NEUROCIRURGIA	R$ 10,00	R$ 140,00	R$ 150,00	504	R$ 75.600,00	
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - NEUROLOGIA	R$ 10,00	R$ 140,00	R$ 150,00	3000	R$ 450.000,00	
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PNEUMOLOGIA	R$ 10,00	R$ 140,00	R$ 150,00	600	R$ 90.000,00	
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PSIQUIATRIA	R$ 10,00	R$ 190,00	R$ 200,00	2400	R$ 480.000,00	
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA (0 A 16 Anos)	R$ 10,00	R$ 340,00	R$ 350,00	240	R$ 84.000,00	
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA (0 A 16 Anos)	R$ 10,00	R$ 340,00	R$ 350,00	60	R$ 21.000,00	
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - NEUROLOGIA PEDIÁTRICA (0 A 16 Anos)	R$ 10,00	R$ 340,00	R$ 350,00	3720	R$ 1.302.000,00	Atendimento Exclusivo na SMS
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA (0 A 16 Anos)	R$ 10,00	R$ 340,00	R$ 350,00	300	R$ 105.000,00	
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PSIQUIATRIA PEDIÁTRICA (0 A 16 ANOS)	R$ 10,00	R$ 340,00	R$ 350,00	360	R$ 126.000,00	Atendimento Exclusivo na SMS
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CIRURGIA PEDIÁTRICA (0 A 16 ANOS)	R$ 10,00	R$ 340,00	R$ 350,00	360	R$ 126.000,00	
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CIRURGIA GINECOLÓGICA	R$ 10,00	R$ 90,00	R$ 100,00	360	R$ 36.000,00	

CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)							
03.01.01.004	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) - FONOAUDIOLOGIA	R$ 6,30	R$ 63,70	R$ 70,00	1200	R$ 84.000,00	Atendimento Exclusivo na SMS
03.01.01.004	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) - TERAPIA OCUPACIONAL	R$ 6,30	R$ 63,70	R$ 70,00	600	R$ 42.000,00	Atendimento Exclusivo na SMS
03.01.01.004	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) - NEUROPSICOLOGIA	R$ 6,30	R$ 63,70	R$ 70,00	1200	R$ 84.000,00	Atendimento Exclusivo na SMS
03.01.01.004	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) - PSICOLOGIA	R$ 6,30	R$ 63,70	R$ 70,00	1200	R$ 84.000,00	Atendimento Exclusivo na SMS
03.01.01.004	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) - CIRURGIÃO DENTISTA - TRAUMATOLOGISTA BUCOMAXILOFACIAL *	R$ 6,30	R$ 83,70	R$ 90,00	240	R$ 21.600,00	

ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO PSICOSSOCIAL / REABILITAÇÃO *							
03.01.08.017	ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA (Máximo 15 Sessões - Sequenciais)	R$ 2,55	R$ 47,45	R$ 50,00	18000	R$ 900.000,00	Atendimento Exclusivo na SMS conforme as observações do Anexo I
03.01.04.004	ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM TERAPIA OCUPACIONAL (Máximo 15 Sessões - Sequenciais)	R$ 2,81	R$ 67,19	R$ 70,00	9000	R$ 630.000,00	Atendimento Exclusivo na SMS conforme as observações do Anexo I
03.01.07.011	ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA (Máximo 15 Sessões - Sequenciais)	R$ 10,90	R$ 39,10	R$ 50,00	18000	R$ 900.000,00	Atendimento Exclusivo na SMS conforme as observações do Anexo I
02.11.10.001	APLICAÇÃO DE TESTE PARA PSICODIAGNÓSTICO	R$ 2,74	R$ 0,00	R$ 2,74	18024	R$ 49.385,76	Atendimento Exclusivo na SMS conforme as observações do Anexo I

TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS							
ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ODONTOLOGIA							
07.01.07.004	COROA DE ACO E POLICARBOXILATO	R$ 23,54	R$ 50,04	R$ 73,58	240	R$ 17.659,20	

07.01.07.012	PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR	R$ 225,00	R$ 239,24	R$ 464,24	120	R$ 55.708,80	
07.01.07.013	PRÓTESE TOTAL MAXILAR	R$ 225,00	R$ 239,24	R$ 464,24	120	R$ 55.708,80	
07.01.07.014	PRÓTESE CORONÁRIAS / INTRARRADICULARES FIXAS / ADESIVAS (POR ELEMENTO)	R$ 0,00	R$ 180,00	R$ 180,00	120	R$ 21.600,00	
03.07.04.008	REEMBASAMENTO E CONSERTO DE PROTESE DENTARIA	R$ 1,16	R$ 118,84	R$ 120,00	120	R$ 14.400,00	
	RADIOGRAFIA ODONTOLÓGICA						
02.04.01.017	RADIOGRAFIA PANORÂMICA (MANDÍBULA / MAXILA)	R$ 9,30	R$ 75,00	R$ 84,30	300	R$ 25.290,00	

	APLICAÇÃO DE CONTRATE						
	APLICAÇÃO DE CONTRASTE EM PROCEDIMENTOS DE DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA - ANGIORESSONÂNCIA	R$ 0,00	R$ 125,00	R$ 125,00	1200	R$ 150.000,00	

	DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA - GERAL						
02.05.01.001	ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	R$ 165,00	R$ 135,00	R$ 300,00	360	R$ 108.000,00	
02.05.01.002	ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA	R$ 165,00	R$ 132,00	R$ 297,00	60	R$ 17.820,00	
02.05.01.003	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	R$ 67,86	R$ 74,14	R$ 142,00	1200	R$ 170.400,00	
02.05.01.004	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 3 VASOS)	R$ 39,60	R$ 110,40	R$ 150,00	72	R$ 10.800,00	
02.05.01.005	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	R$ 42,90	R$ 41,48	R$ 84,38	60	R$ 5.062,80	
02.05.02.001	ECODOPPLER TRANSCRANIANO	R$ 117,00	R$ 22,71	R$ 139,71	60	R$ 8.382,60	
02.05.02.002	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	R$ 14,81	R$ 0,00	R$ 14,81	120	R$ 1.777,20	
02.05.02.003	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R$ 24,20	R$ 35,80	R$ 60,00	348	R$ 20.880,00	
02.05.02.004	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	R$ 37,95	R$ 37,05	R$ 75,00	840	R$ 63.000,00	
02.05.02.005	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R$ 24,20	R$ 35,80	R$ 60,00	1440	R$ 86.400,00	

02.05.02.006	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO	R$ 24,20	R$ 35,80	R$ 60,00	2400	R$ 144.000,00	
02.05.02.007	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R$ 24,20	R$ 35,80	R$ 60,00	60	R$ 3.600,00	
02.05.02.008	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR)	R$ 24,20	R$ 25,80	R$ 50,00	60	R$ 3.000,00	
02.05.02.009	ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	R$ 24,20	R$ 35,80	R$ 60,00	840	R$ 50.400,00	
02.05.02.010	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)	R$ 24,20	R$ 35,80	R$ 60,00	600	R$ 36.000,00	
02.05.02.011	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)	R$ 24,20	R$ 35,80	R$ 60,00	600	R$ 36.000,00	
02.05.02.012	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	R$ 24,20	R$ 35,80	R$ 60,00	300	R$ 18.000,00	
02.05.02.014	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA	R$ 24,20	R$ 40,80	R$ 65,00	1920	R$ 124.800,00	
02.05.02.016	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	R$ 24,20	R$ 35,80	R$ 60,00	132	R$ 7.920,00	
02.05.02.017	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	R$ 24,20	R$ 71,80	R$ 96,00	36	R$ 3.456,00	
02.05.02.018	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	R$ 24,20	R$ 35,80	R$ 60,00	2400	R$ 144.000,00	
02.05.02.006	ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES	R$ 24,20	R$ 35,80	R$ 60,00	180	R$ 10.800,00	
02.05.02.006	ULTRASSONOGRAFIA DE ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL, AXILAS, MÚSCULO OU TENDÃO)	R$ 24,20	R$ 35,80	R$ 60,00	24	R$ 1.440,00	
02.05.02.003	ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	R$ 24,20	R$ 35,80	R$ 60,00	300	R$ 18.000,00	
02.05.02.014	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA GEMELAR	R$ 24,20	R$ 225,80	R$ 250,00	96	R$ 24.000,00	
DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA - DOPPLER							
02.05.01.004	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R$ 39,60	R$ 110,40	R$ 150,00	372	R$ 55.800,00	
02.05.01.004	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R$ 39,60	R$ 110,40	R$ 150,00	60	R$ 9.000,00	
02.05.01.004	DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIA RENAL	R$ 39,60	R$ 110,40	R$ 150,00	24	R$ 3.600,00	
02.05.01.004	DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS PENIANAS (SEM FÁRMACO-INDUÇÃO)	R$ 39,60	R$ 110,40	R$ 150,00	60	R$ 9.000,00	
02.05.01.004	DOPPLER COLORIDO DE CARÓTIDAS	R$ 39,60	R$ 110,40	R$ 150,00	600	R$ 90.000,00	
02.05.01.004	DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS BILATERAL (CARÓTIDAS E VERTEBRAIS)	R$ 39,60	R$ 110,40	R$ 150,00	24	R$ 3.600,00	

02.05.01.004	DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS VENOSOS BILATERAL (SUBCLAVIAS E JUGULARES)	R$ 39,60	R$ 110,40	R$ 150,00	24	R$ 3.600,00	
02.05.01.004	DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R$ 39,60	R$ 110,40	R$ 150,00	3000	R$ 450.000,00	
02.05.01.004	DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R$ 39,60	R$ 110,40	R$ 150,00	60	R$ 9.000,00	
02.05.01.004	ULTRASSONOGRAFIA CERVICAL COM DOPPLER	R$ 39,60	R$ 110,40	R$ 150,00	12	R$ 1.800,00	
02.05.01.004	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE COM DOPPLER	R$ 39,60	R$ 110,40	R$ 150,00	72	R$ 10.800,00	
02.05.01.004	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL COM DOPPLER	R$ 39,60	R$ 110,40	R$ 150,00	36	R$ 5.400,00	
02.05.01.004	ULTRASSONOGRAFIA VASCULAR DOPPLER COLORIDO	R$ 39,60	R$ 110,40	R$ 150,00	60	R$ 9.000,00	
02.05.02.007	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER	R$ 24,20	R$ 35,80	R$ 60,00	24	R$ 1.440,00	

DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA							
02.07.01.003	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL / PESCOÇO	R$ 268,75	R$ 46,25	R$ 315,00	60	R$ 18.900,00	
02.07.01.004	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R$ 268,75	R$ 46,25	R$ 315,00	180	R$ 56.700,00	
02.07.01.005	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	R$ 268,75	R$ 46,25	R$ 315,00	120	R$ 37.800,00	
02.07.01.006	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	R$ 268,75	R$ 46,25	R$ 315,00	120	R$ 37.800,00	
02.07.01.007	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA	R$ 268,75	R$ 46,25	R$ 315,00	60	R$ 18.900,00	
02.07.02.002	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R$ 268,75	R$ 46,25	R$ 315,00	60	R$ 18.900,00	
02.07.02.003	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX	R$ 268,75	R$ 46,25	R$ 315,00	60	R$ 18.900,00	
02.07.03.001	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R$ 268,75	R$ 46,25	R$ 315,00	60	R$ 18.900,00	
02.07.03.002	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA / PELVE / ABDÔMEN INFERIOR	R$ 268,75	R$ 46,25	R$ 315,00	60	R$ 18.900,00	
02.07.03.003	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R$ 268,75	R$ 46,25	R$ 315,00	60	R$ 18.900,00	
02.07.03.004	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES / COLANGIORESSONÂNCIA	R$ 268,75	R$ 46,25	R$ 315,00	24	R$ 7.560,00	

DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA							
02.06.01.001	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL COM OU SEM CONTRASTE	R$ 86,76	R$ 0,00	R$ 86,76	60	R$ 5.205,60	
02.06.01.002	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA COM OU SEM CONTRASTE	R$ 101,10	R$ 0,00	R$ 101,10	60	R$ 6.066,00	
02.06.01.003	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA COM OU SEM CONTRASTE	R$ 86,76	R$ 0,00	R$ 86,76	60	R$ 5.205,60	
02.06.01.004	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES	R$ 86,75	R$ 0,00	R$ 86,75	60	R$ 5.205,00	
02.06.01.005	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO	R$ 86,75	R$ 0,00	R$ 86,75	12	R$ 1.041,00	
02.06.01.006	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA	R$ 97,44	R$ 0,00	R$ 97,44	12	R$ 1.169,28	
02.06.01.007	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO	R$ 97,44	R$ 0,00	R$ 97,44	300	R$ 29.232,00	
02.06.02.001	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	R$ 86,75	R$ 0,00	R$ 86,75	12	R$ 1.041,00	
02.06.02.002	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	R$ 86,75	R$ 0,00	R$ 86,75	12	R$ 1.041,00	
02.06.02.003	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX	R$ 136,41	R$ 0,00	R$ 136,41	120	R$ 16.369,20	
02.06.03.001	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R$ 138,63	R$ 0,00	R$ 138,63	240	R$ 33.271,20	
02.06.03.003	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDÔMEN INFERIOR	R$ 138,63	R$ 0,00	R$ 138,63	240	R$ 33.271,20	

DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA							
02.04.01.005	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR BILATERAL	R$ 8,38	R$ 8,62	R$ 17,00	24	R$ 408,00	
02.04.01.006	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R$ 6,88	R$ 10,12	R$ 17,00	504	R$ 8.568,00	
02.04.01.007	RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA + LATERAL + OBLÍQUA / BRETTON + HIRTZ)	R$ 9,15	R$ 8,85	R$ 18,00	12	R$ 216,00	
02.04.01.008	RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA + LATERAL)	R$ 7,52	R$ 9,48	R$ 17,00	48	R$ 816,00	
02.04.01.012	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	R$ 8,38	R$ 8,62	R$ 17,00	120	R$ 2.040,00	
02.04.01.014	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	R$ 7,32	R$ 9,68	R$ 17,00	360	R$ 6.120,00	
02.04.01.015	RADIOGRAFIA DE SELA TÚRCICA (PA + LATERAL + BRETTON)	R$ 7,20	R$ 9,80	R$ 17,00	24	R$ 408,00	

02.04.01.017	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	R$ 9,03	R$ 22,97	R$ 32,00	60	R$ 1.920,00	
02.04.02.003	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLÍQUAS)	R$ 8,33	R$ 8,67	R$ 17,00	240	R$ 4.080,00	
02.04.02.004	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	R$ 8,19	R$ 8,81	R$ 17,00	372	R$ 6.324,00	
02.04.02.005	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINÂMICA	R$ 10,29	R$ 7,71	R$ 18,00	60	R$ 1.080,00	
02.04.02.006	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R$ 10,96	R$ 7,04	R$ 18,00	1800	R$ 32.400,00	
02.04.02.007	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (COM OBLÍQUAS)	R$ 14,90	R$ 4,10	R$ 19,00	720	R$ 13.680,00	
02.04.02.008	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINÂMICA	R$ 16,88	R$ 2,12	R$ 19,00	72	R$ 1.368,00	
02.04.02.009	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORÁCICA (AP + LATERAL)	R$ 9,16	R$ 8,84	R$ 18,00	420	R$ 7.560,00	
02.04.02.010	RADIOGRAFIA DE COLUNA TÓRACO- LOMBAR	R$ 9,73	R$ 8,27	R$ 18,00	480	R$ 8.640,00	
02.04.02.011	RADIOGRAFIA DE COLUNA TÓRACO- LOMBAR DINÂMICA	R$ 15,58	R$ 3,42	R$ 19,00	60	R$ 1.140,00	
02.04.02.013	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL- TELESPONDILOGRAFIA (P/ ESCOLIOSE)	R$ 0,00	R$ 18,00	R$ 18,00	60	R$ 1.080,00	
02.04.02.012	RADIOGRAFIA DE REGIÃO SACROCOCCÍGEA	R$ 7,80	R$ 9,20	R$ 17,00	120	R$ 2.040,00	
02.04.03.003	MAMOGRAFIA	R$ 22,50	R$ 1,50	R$ 24,00	120	R$ 2.880,00	
02.04.03.007	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITÓRAX)	R$ 8,37	R$ 1,63	R$ 10,00	192	R$ 1.920,00	
02.04.03.009	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R$ 7,98	R$ 2,02	R$ 10,00	24	R$ 240,00	
02.04.03.012	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (ÁPICO-LORDÓRTICA)	R$ 5,56	R$ 11,44	R$ 17,00	12	R$ 204,00	
02.04.03.013	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA + INSPIRAÇÃO + EXPIRAÇÃO + LATERAL)	R$ 14,32	R$ 4,68	R$ 19,00	12	R$ 228,00	
02.04.03.015	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL)	R$ 9,50	R$ 8,50	R$ 18,00	3600	R$ 64.800,00	
02.04.03.016	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA PADRÃO OIT)	R$ 6,55	R$ 10,45	R$ 17,00	12	R$ 204,00	
02.04.03.017	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA)	R$ 6,88	R$ 10,12	R$ 17,00	180	R$ 3.060,00	
02.04.03.018	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	R$ 45,00	R$ 0,00	R$ 45,00	2820	R$ 126.900,00	
02.04.04.001	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO	R$ 6,42	R$ 10,58	R$ 17,00	60	R$ 1.020,00	

02.04.04.002	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR	R$ 7,40	R$ 9,60	R$ 17,00	120	R$ 2.040,00	
02.04.04.003	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCAPULOUMERAL	R$ 7,40	R$ 9,60	R$ 17,00	120	R$ 2.040,00	
02.04.04.004	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNOCLAVICULAR	R$ 7,40	R$ 9,60	R$ 17,00	12	R$ 204,00	
02.04.04.005	RADIOGRAFIA DE BRAÇO	R$ 7,77	R$ 9,23	R$ 17,00	84	R$ 1.428,00	
02.04.04.006	RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA	R$ 7,40	R$ 9,60	R$ 17,00	60	R$ 1.020,00	
02.04.04.007	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R$ 5,90	R$ 11,10	R$ 17,00	120	R$ 2.040,00	
02.04.04.008	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO	R$ 5,62	R$ 11,38	R$ 17,00	180	R$ 3.060,00	
02.04.04.009	RADIOGRAFIA DE MÃO	R$ 6,30	R$ 10,70	R$ 17,00	720	R$ 12.240,00	
02.04.04.010	RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO (PARA DETERMINAÇÃO DE IDADE ÓSSEA)	R$ 6,00	R$ 11,00	R$ 17,00	240	R$ 4.080,00	
02.04.04.011	RADIOGRAFIA DE ESCÁPULA / OMBRO (TRÊS POSIÇÕES)	R$ 7,98	R$ 9,02	R$ 17,00	360	R$ 6.120,00	
02.04.04.012	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLÍQUA)	R$ 6,91	R$ 10,09	R$ 17,00	300	R$ 5.100,00	
02.04.05.012	RADIOGRAFIA DE ABDÔMEN AGUDO (MÍNIMO DE 3 INCIDÊNCIAS)	R$ 15,30	R$ 3,70	R$ 19,00	12	R$ 228,00	
02.04.05.013	RADIOGRAFIA DE ABDÔMEN SIMPLES (AP)	R$ 7,17	R$ 9,83	R$ 17,00	24	R$ 408,00	
02.04.06.002	DENSITOMETRIA ÓSSEA DUO-ENERGÉTICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES E/OU FÊMUR)	R$ 55,10	R$ 14,90	R$ 70,00	600	R$ 42.000,00	
02.04.06.003	ESCANOMETRIA	R$ 7,77	R$ 12,23	R$ 20,00	60	R$ 1.200,00	
02.04.06.006	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL	R$ 7,77	R$ 9,23	R$ 17,00	240	R$ 4.080,00	
02.04.06.007	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO	R$ 7,77	R$ 9,23	R$ 17,00	60	R$ 1.020,00	
02.04.06.008	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA	R$ 6,50	R$ 10,50	R$ 17,00	360	R$ 6.120,00	
02.04.06.009	RADIOGRAFIA DE BACIA	R$ 7,77	R$ 9,23	R$ 17,00	1080	R$ 18.360,00	
02.04.06.010	RADIOGRAFIA DE CALCÂNEO	R$ 6,50	R$ 10,50	R$ 17,00	360	R$ 6.120,00	
02.04.06.011	RADIOGRAFIA DE COXA	R$ 8,94	R$ 9,06	R$ 18,00	120	R$ 2.160,00	
02.04.06.012	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R$ 6,78	R$ 10,22	R$ 17,00	1440	R$ 24.480,00	

02.04.06.013	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	R$ 7,16	R$ 9,84	R$ 17,00	300	R$ 5.100,00	
02.04.06.014	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	R$ 9,29	R$ 8,71	R$ 18,00	120	R$ 2.160,00	
02.04.06.015	RADIOGRAFIA DE PÉ / DEDOS DO PÉ	R$ 6,78	R$ 10,22	R$ 17,00	960	R$ 16.320,00	
02.04.06.016	RADIOGRAFIA DE PERNA	R$ 8,94	R$ 9,06	R$ 18,00	240	R$ 4.320,00	
02.04.06.017	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MEMBROS INFERIORES	R$ 9,29	R$ 8,71	R$ 18,00	120	R$ 2.160,00	

DIAGNÓSTICO POR CARDIOLOGIA							
02.11.02.004	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HORAS (3 CANAIS)	R$ 30,00	R$ 100,00	R$ 130,00	300	R$ 39.000,00	
02.11.02.005	MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL (M.A.P.A)	R$ 10,07	R$ 139,93	R$ 150,00	60	R$ 9.000,00	
02.11.02.006	TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMÉTRICO	R$ 30,00	R$ 112,00	R$ 142,00	336	R$ 47.712,00	

DIAGNÓSTICO POR NEUROLOGIA							
02.11.05.002	ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGÍLIA COM OU SEM FOTOESTÍMULO	R$ 11,34	R$ 78,66	R$ 90,00	12	R$ 1.080,00	
02.11.05.003	ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO COM OU SEM MEDICAMENTO (EEG)	R$ 25,00	R$ 89,00	R$ 114,00	12	R$ 1.368,00	
02.11.05.004	ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGÍLIA E SONO ESPONTÂNEO COM OU SEM FOTOESTÍMULO (EEG)	R$ 25,00	R$ 98,00	R$ 123,00	60	R$ 7.380,00	
02.11.05.005	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO COM MAPEAMENTO (EEG)	R$ 25,00	R$ 95,00	R$ 120,00	24	R$ 2.880,00	
02.11.05.010	POLISSONOGRAFIA	R$ 125,00	R$ 117,00	R$ 242,00	60	R$ 14.520,00	

DIAGNÓSTICO POR UROLOGIA							
02.11.09.001	AVALIAÇÃO URODINÂMICA COMPLETA	R$ 7,62	R$ 277,38	R$ 285,00	48	R$ 13.680,00	
02.11.09.007	UROFLUXOMETRIA	R$ 8,82	R$ 87,18	R$ 96,00	24	R$ 2.304,00	
02.09.02.001	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA	R$ 18,00	R$ 182,00	R$ 200,00	60	R$ 12.000,00	

DIAGNÓSTICO EM OFTALMOLOGIA							
02.11.06.001	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	R$ 24,24	R$ 0,00	R$ 24,24	24	R$ 581,76	
02.11.06.003	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO (MONOCULAR)	R$ 40,00	R$ 0,00	R$ 40,00	240	R$ 9.600,00	
02.11.06.005	CERATOMETRIA (BINOCULAR)	R$ 3,37	R$ 0,00	R$ 3,37	24	R$ 80,88	
02.11.06.006	CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)	R$ 10,11	R$ 57,89	R$ 68,00	24	R$ 1.632,00	
02.11.06.011	GONIOSCOPIA BINOCULAR	R$ 6,74	R$ 0,00	R$ 6,74	24	R$ 161,76	
02.11.06.012	MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)	R$ 24,24	R$ 0,00	R$ 24,24	36	R$ 872,64	
02.11.06.014	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA (MONOCULAR)	R$ 24,24	R$ 0,00	R$ 24,24	24	R$ 581,76	
02.11.06.015	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL (BINOCULAR)	R$ 3,37	R$ 0,00	R$ 3,37	24	R$ 80,88	
02.11.06.016	POTENCIAL VISUAL EVOCADO (MONOCULAR)	R$ 24,24	R$ 0,00	R$ 24,24	12	R$ 290,88	
02.11.06.018	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R$ 64,00	R$ 0,00	R$ 64,00	324	R$ 20.736,00	
02.11.06.020	TESTE DE PROVOCAÇÃO DE GLAUCOMA (BINOCULAR)	R$ 6,74	R$ 8,26	R$ 15,00	12	R$ 180,00	
02.11.06.025	TONOMETRIA (BINOCULAR)	R$ 3,37	R$ 0,00	R$ 3,37	60	R$ 202,20	
02.11.06.026	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA (MONOCULAR)	R$ 24,24	R$ 0,00	R$ 24,24	120	R$ 2.908,80	
02.11.06.028	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA (BINOCULAR)	R$ 48,00	R$ 252,00	R$ 300,00	36	R$ 10.800,00	

PROCEDIMENTOS DO APARELHO DIGESTIVO / ANEXOS							
02.09.01.002	COLONOSCOPIA *	R$ 112,66	R$ 351,34	R$ 464,00	1140	R$ 528.960,00	
02.09.01.003	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA*	R$ 48,16	R$ 308,84	R$ 357,00	1320	R$ 471.240,00	
02.09.01.005	RETOSSIGMOIDOSCOPIA*	R$ 23,13	R$ 173,87	R$ 197,00	24	R$ 4.728,00	
	ENDOSCOPIA DIGESTIVA COM DILATAÇÃO ESOFÁGICA	R$ 0,00	R$ 1.413,00	R$ 1.413,00	24	R$ 33.912,00	

	MATERIAL ESPECIAL - PINÇA/ALÇA/AGULHA INJETORA/CLIP	R$ 0,00	R$ 107,00	R$ 107,00	720	R$ 77.040,00	Conforme descrito em Orientações
	TRATAMENTO ESCLEROSANTE DE LESÃO HEMORRAGICA DO APARELHO DIGESTIVO POR COLONOSCOPIA	R$ 0,00	R$ 1.521,00	R$ 1.521,00	120	R$ 182.520,00	

DIAGNÓSTICO EM OTORRINOLARINGOLOGIA/FONOAUDIOLOGIA							
02.09.04.002	LARINGOSCOPIA	R$ 47,10	R$ 2,90	R$ 50,00	120	R$ 6.000,00	
02.09.04.004	VIDEOLARINGOSCOPIA	R$ 45,50	R$ 70,50	R$ 116,00	120	R$ 13.920,00	
02.11.07.002	AUDIOMETRIA DE REFORÇO VISUAL (VIA AÉREA / ÓSSEA)	R$ 21,00	R$ 3,00	R$ 24,00	240	R$ 5.760,00	
02.11.07.003	AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	R$ 20,13	R$ 8,87	R$ 29,00	120	R$ 3.480,00	
02.11.07.004	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AÉREA / ÓSSEA)	R$ 21,00	R$ 17,00	R$ 38,00	240	R$ 9.120,00	
02.11.07.005	AVALIAÇÃO AUDITIVA COMPORTAMENTAL	R$ 18,00	R$ 20,00	R$ 38,00	120	R$ 4.560,00	
02.11.07.015	ESTUDO DE EMISSÕES OTOACÚSTICAS EVOCADAS TRANSITÓRIAS E PRODUTOS DE DISTORÇÃO (EOA)	R$ 46,88	R$ 58,12	R$ 105,00	108	R$ 11.340,00	
02.11.07.020	IMITANCIOMETRIA	R$ 23,00	R$ 16,00	R$ 39,00	480	R$ 18.720,00	
02.11.07.021	LOGOAUDIOMETRIA (LDV-IRF-LRF)	R$ 26,25	R$ 9,75	R$ 36,00	480	R$ 17.280,00	
02.11.07.026	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA LATÊNCIA	R$ 46,88	R$ 58,12	R$ 105,00	120	R$ 12.600,00	
02.11.07.027	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO PARA TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINHA)	R$ 13,51	R$ 3,49	R$ 17,00	120	R$ 2.040,00	
	VIDEONASOFIBROSCOPIA FLEXÍVEL / VIDEOENDOSCOPIA NASO-SINUSAL COM ÓTICA FLEXÍVEL	R$ 0,00	R$ 81,00	R$ 81,00	60	R$ 4.860,00	

TERAPIAS ESPECIALIZADAS							
03.09.07.001	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	R$ 300,78	R$ 549,22	R$ 850,00	60	R$ 51.000,00	Atendimento Exclusivo na SMS
03.09.07.002	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (BILATERAL)	R$ 392,62	R$ 549,38	R$ 942,00	60	R$ 56.520,00	Atendimento Exclusivo na SMS

DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO							
02.02.03.028-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R$ 17,16	R$ 0,00	R$ 17,16	1320	R$ 22.651,20	

SEDAÇÃO							
04.17.01.006	SEDACAO	R$ 15,15	R$ -	R$ 15,15	1200	R$ 18.180,00	
04.17.01.006	SEDAÇÃO PARA ENDOSCOPIA OU COLONOSCOPIA OU TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA OU ANGIORRESONÂNCIA	R$ 15,15	R$ 436,85	R$ 452,00	240	R$ 108.480,00	
	PREPARO PARA SEDAÇÃO DE ENDOSCOPIA - COLONOSCOPIA - ULTRASSONOGRAFIA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA - ANGIORESSONÂNCIA (COMPLEMENTAR AO PROCEDIMENTO PRIMÁRIO)	R$ 0,00	R$ 452,00	R$ 452,00	240	R$ 108.480,00	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO							
04.05.01.016	SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS	R$ 22,93	R$ 0,00	R$ 22,93	12	R$ 275,16	Atendimento Exclusivo na SMS
04.05.01.011	RECONSTITUICAO DE CANAL LACRIMAL	R$ 689,66	R$ 0,00	R$ 689,66	24	R$ 16.551,84	Atendimento Exclusivo na SMS
04.05.03.004	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER (POR SESSÃO) - MONOCULAR	R$ 107,61	R$ 0,00	R$ 107,61	24	R$ 2.582,64	Atendimento Exclusivo na SMS
04.05.01.007	EXÉRESE DE CALÁZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS	R$ 78,75	R$ 0,00	R$ 78,75	36	R$ 2.835,00	Atendimento Exclusivo na SMS
04.05.03.019	PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER	R$ 430,46	R$ 0,00	R$ 430,46	60	R$ 25.827,60	Atendimento Exclusivo na SMS
04.05.05.025	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÓRNEA	R$ 25,00	R$ 0,00	R$ 25,00	120	R$ 3.000,00	Atendimento Exclusivo na SMS
04.05.01.001	CORRECAO CIRURGICA DE ENTROPIO E ECTROPIO	R$ 203,74	R$ 0,00	R$ 203,74	240	R$ 48.897,60	Atendimento Exclusivo na SMS
04.05.04.020	TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL	R$ 449,44	R$ 0,00	R$ 449,44	240	R$ 107.865,60	Atendimento Exclusivo na SMS
04.05.01.012	RECONSTITUICAO PARCIAL DE PALPEBRA COM TARSORRAFIA	R$ 311,04	R$ 0,00	R$ 311,04	300	R$ 93.312,00	Atendimento Exclusivo na SMS

04.05.05.022	RECONSTITUIÇÃO DE FORNIX CONJUNTIVAL	R$ 436,44	R$ 0,00	R$ 436,44	84	R$ 36.660,96	Atendimento Exclusivo na SMS
04.05.05.021	RFCOBRIMENTO CONJUNTI VAL	R$ 172,27	R$ 0,00	R$ 172,27	360	R$ 62.017,20	Atendimento Exclusivo na SMS
04.05.05.036	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	R$ 209,55	R$ 0,00	R$ 209,55	360	R$ 75.438,00	Atendimento Exclusivo na SMS
04.05.05.002	CAPSULOTOMIA A YAG LASER (MONOCULAR)	R$ 112,77	R$ 0,00	R$ 112,77	540	R$ 60.895,80	Atendimento Exclusivo na SMS
04.05.05.037	FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL	R$ 771,60	R$ 0,00	R$ 771,60	768	R$ 592.588,80	Atendimento Exclusivo na SMS

CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, ORGÃOS ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL							
04.07.01.025	RETIRADA DE POLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA (INCLUI ALÇA DE POLIPECTOMIA))	R$ 29,84	R$ 0,00	R$ 29,84	480	R$ 14.323,20	
04.07.02.039	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO / POLIPOS DO RETO / COLO SIGMOIDE (INCLUI ALÇA DE POLIPECTOMIA)	R$ 13,63	R$ 123,37	R$ 137,00	480	R$ 65.760,00	
	POLIPECTOMIA DO ESOFAGO, ESTOMAGO OU DUODENO (INDEPENDENTE DO NÚMERO DE PÓLIPOS) - UTILIZAÇÃO DE ALÇA DE POLIPECTOMIA	R$ 0,00	R$ 120,00	R$ 120,00	600	R$ 72.000,00	
	MUCOSECTOMIA	R$ 0,00	R$ 781,00	R$ 781,00	120	R$ 93.720,00	

CIRURGIA DO APARELHO GENITURINÁRIO							
04.09.04.024	VASECTOMIA	R$ 438,87	R$ 0,00	R$ 438,87	180	R$ 78.996,60	Atendimento Exclusivo na SMS
04.09.05.008	POSTECTOMIA	R$ 219,12	R$ 0,00	R$ 219,12	120	R$ 26.294,40	Atendimento Exclusivo na SMS

PROCEDIMENTOS EM DERMATOLOGIA				
	PROCEDIMENTOS CONSTANTES DA TABELA SIGTAP COMPATÍVEIS COM CBO 225135 - MÉDICO DERMATOLOGISTA (Conforme Modalidade de atendimento, Complexidade e Instrumento de registro compatíveis com a unidade da SMS)	6000	R$ 65.447,04	Contempla todos procedimentos compatíveis com CBO

ODONTOLOGIA *					
CÓDIGO PROCEDIMENTO	**DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**	**VALOR UNITÁRIO**	**QTDE DE HORAS ANO**	**VALOR TOTAL - ANO**	**OBSERVAÇÃO**
03.01.01.004	SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ATENDIMENTO DE CIRURGIÃO DENTISTA - TRAUMATOLOGISTA BUCOMAXILOFACIAL	R$ 100,00	1152	R$ 115.200,00	Preferencialmente Atendimento na SMS, em momento oportuno poderá ser realizado em ambiente referenciado pela SMS. Atender sem limitação de idade
03.01.01.004	SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ATENDIMENTO DE CIRURGIÃO DENTISTA - PERIODONTISTA	R$ 100,00	768	R$ 76.800,00	Atendimento Exclusivo na SMS. Atender sem limitação de idade
03.01.01.004	SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ATENDIMENTO DE CIRURGIÃO DENTISTA -ENDODONTISTA	R$ 100,00	1152	R$ 115.200,00	Atendimento Exclusivo na SMS. Atender sem limitação de idade
03.01.01.005	SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ATENDIMENTO DE CIRURGIÃO DENTISTA - ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	R$ 100,00	768	R$ 76.800,00	Preferencialmente Atendimento na SMS, em momento oportuno poderá ser realizado em ambiente referenciado pela SMS. Atender sem limitação de idade

Os procedimentos assinalados com asteriscos (*) possuem condições especiais de execução, as quais encontram-se descritas no Anexo I - Item 2 - ORIENTAÇÕES

2. ORIENTAÇÕES

2.1. Procedimentos com situações especiais:

- BIÓPSIA / PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N): poderá ser realizado mais de um procedimento por paciente apenas quando for em regiões diferentes (pele).

- ULTRASSONOGRAFIA DE ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL, AXILAS, MÚSCULO OU TENDÃO): Procedimento de código interno, deverá ser utilizado também para estruturas superficiais de pele.

2.2. Serviços/Procedimentos de Gastroenterologia

2.2.1. Endoscopia:

Tipo de Procedimento	Código	Procedimento	Valor SIGTAP (R$)	Valor Complementar (R$)	Total (R$)
Endoscopia *	020901003-7	Esofagogastroduodenoscopia	R$ 48,16	R$ 308,78	R$ 356,94
Procedimentos Complementares a EDA	040701025-4	Retirada de pólipo do tubo digestivo por endoscopia	R$ 29,84	R$ 106,94	R$ 136,78
	040701032-7	Ligadura elástica	R$ 51,75	R$ 831,31	R$ 883,06
	030307001-3	Dilatação esofágica	R$ 49,50	R$ 753,56	R$ 803,06
	040701032-7	Esclerose de varizes	R$ 51,75	R$ 611,31	R$ 663,06
	040701031-9	Hemostasia	R$ 51,75	R$ 684,37	R$ 1.056,94
	-	Mucosectomia	R$ 0,00	R$ 780,42	R$ 780,42
	-	Material especial - pinça/alça/agulha injetora/clip	R$ 0,00	R$ 106,94	R$ 106,94

* No valor da ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA está incluso 01 PINÇA de BIOPSIA para a coleta de Hpylori e Biópsias. Não serão pagos materiais adicionais referentes a estes procedimentos.

- Polipectomia, Ligadura, Dilatação, Esclerose de varizes, Hemostasia: os materiais já estão inclusos no valor final. Não serão pagos materiais adicionais referentes a estes procedimentos. Poderá ser faturado apenas um procedimento de RETIRADA DE PÓLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA (independente de número de materiais retirados).

- Mucosectomia: Poderão ser adicionados 1 agulha injetora, 1 alça e os CLIPS utilizados como material especial (cobrado a parte).

- Obs: Todos os materiais especiais deverão vir com as etiquetas anexadas às guias na prestação de contas, a fim de validar o procedimento complementar executado.

2.2.2. Colonoscopia

Tipo de Procedimento	Código	Procedimento	Valor SIGTAP (R$)	Valor Complementar (R$)	Total (R$)
Colonoscopia *	020901002-9	Colonoscopia	R$ 112,66	R$ 350,94	R$ 463,60
Procedimentos Complementares Colonoscopia	040702039-0	Retirada de corpo estranho / pólipos do reto / colo sigmoide	R$ 13,63	R$ 123,15	R$ 136,78
	-	Hemostasia	R$ 0,00	R$ 1.520,54	R$ 1.520,54
	-	Mucosectomia	R$ 0,00	R$ 780,42	R$ 780,42
	-	Material especial pinça/alça/agulha injetora/clip	R$ 0,00	R$ 106,94	R$ 106,94

* No valor da COLONOSCOPIA está incluso 01 PINÇA de BIÓPSIA para Biópsias. Não serão pagos materiais adicionais referentes a estes procedimentos.

- Polipectomia e Hemostasia: os materiais já estão inclusos no valor final. Não serão pagos materiais adicionais referentes a estes procedimentos. Poderá ser faturado apenas um procedimento de RETIRADA DE CORPO ESTRANHO / POLIPOS DO RETO / COLO SIGMOIDE (independente de número de materiais retirados).
- Mucosectomia: Poderão ser adicionados 1 agulha injetora, 1 alça e os CLIPS utilizados como material especial (cobrado a parte).
- Obs:Todos os materiais especiais deverão vir com as etiquetas anexadas às guias na prestação de contas, a fim de validar o procedimento complementar executado.

2.2.3. Procedimentos não concluídos

Para endoscopias e colonoscopias que não forem concluídas devido a preparo inadequado, agitação do paciente ou outros fatores impeditivos, será faturado 50% do valor total do exame. O custo do procedimento de sedação para endoscopia ou colonoscopia não será incluído nesse cálculo e será cobrado integralmente conforme tabela abaixo:

Tipo de Procedimento	Código	Procedimento	Valor SIGTAP (R$)	Valor Complementar (R$)	Total (R$)
Endoscopia	020901003-7	Esofagogastroduodenoscopia	R$ 48,16	R$ 308,78	R$ 356,94
Colonoscopia	020901002-9	Colonoscopia	R$ 112,66	R$ 350,94	R$ 463,60

Tipo de Procedimento	Código	Procedimento	Valor SIGTAP (R$)	Valor Complementar (R$)	Total (R$)
Sedação	041701 006-0	Sedação para Endoscopia ou Colonoscopia	R$ 15,15	R$ 436,73	R$ 451,88

Obs: Referente ao procedimento SEDAÇÃO PARA ENDOSCOPIA OU COLONOSCOPIA, só poderá ser faturado quando da presença do profissional anestesista no momento do procedimento (deverá ser comprovado com laudo do profissional anestesista). Este procedimento se refere somente para os casos em que houver indicação clínica. O procedimento de endoscopias e colonoscopias por si só, não tem o atributo de incluir esta anestesia específica.

2.3. <u>Atendimento Odontológico (Serviço Especializado em Atendimento de Cirurgião Dentista : Traumatologista Bucomaxilofacial, Periodontista, Endodontista</u>)

2.3.1. <u>Traumatologista Bucomaxilofacial</u>

a) Quantidade de horas mínimas necessárias: 24h semanais (divididos em três dias - 8h/8h ou seis períodos de 4h)

b) Quantidade de pacientes semanais: 15 pacientes para cirurgia. Realizar procedimento cirúrgico, preferencialmente com a exodontia de todos os elementos encaminhados;

c) Quantidade mínima de procedimentos mês: 80 procedimentos de Cirurgia Oral de acordo com a tabela abaixo, além dos procedimentos clínicos necessários para completo atendimento do paciente :

CÓD. SIGTAP	PROCEDIMENTO
201010232	Biópsia De Glândula Salivar
201010526	Biópsia Dos Tecidos Moles Da Boca
404020445	Contenção De Dentes Por Splintagem
401010082	Frenectomia
404020038	Correção Cirúrgica De Fístula Oronasal/ Oro-Sinusal
404020089	Excisão De Rânula Ou Fenômeno De Retenção Salivar
404020097	Excisão E Sutura De Lesão Na Boca
414020022	Apicectomia C/ Ou S/ Obturação Retrograda
414020030	Aprofundamento De Vestíbulo Oral (Por Sextante)
414020049	Correção De Bridas Musculares
414020057	Correção De Irregularidades De Rebordo Alveolar
414020065	Correção De Tuberosidade Do Maxilar
41402007	Curetagem Periapical
414020146	Exodontia Multipla C/ Alveoloplastia Por Sextante
414020219	Odontosecção / Radilectomia / Tunelização
414020278	Remoção De Dente Retido (Incluso/Impactado)
414020294	Remoção De Tórus E Exostoses
414020359	Tratamento Cirúrgico De Hemorragia Buco-Dental
414020383	Tratamento De Alveolite
414020405	Ulotomia/Ulectomia.

414010388	Tratamento Cirúrgico De Fístula Intra/ Extra-Oral
414020138	Exodontia de Dente Permanente
414020430	Exodontia de Dente Supranumerário

Observações: O profissional deverá :

- Acompanhar e supervisionar as ações do Técnico de Saúde Bucal (TSB) que o auxiliará.
- Realizar a notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local.
- Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo. Garantir e responsabilizar-se pelos registros das ações e procedimentos realizados na unidade de trabalho.
- Encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contrarreferência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da sua unidade de trabalho
- Realizar todos os procedimentos odontológicos inerentes à sua área de especialização.
- <u>Ações Específicas:</u> Realizar diagnóstico e tratamento de: frenectomias - dentes supranumerários - cirurgias pré protéticas (hiperplasias de tecido mole e rebordos ósseos), dentes retidos, inclusos e impactados, lesões não neoplásicas de glândulas salivares, remoção de cistos, tumores dos maxilares, fraturas dos dentes e ossos da face, remoção de corpos estranhos, tratamento de desordens da ATM, procedimentos necessários à manutenção de saúde dentro da especialidade que envolvam o terço médio e inferior da face.

2.3.2. <u>Periodontista</u>

a) Quantidade de horas mínimas necessárias: 16h semanais (divididos em dois dias de 8h/8h ou quatro períodos de 4h).

b) Quantidade de pacientes semanais: 12 pacientes para procedimento periodontal.

c) Quantidade mínima de procedimentos mês: 60 procedimentos de Periodontia

de acordo com a tabela abaixo, além dos procedimentos clínicos necessários para completo atendimento do paciente:

CÓD. SIGTAP	PROCEDIMENTO
307030032	RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE)
414020154	GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE)
414020162	GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE)
414020375	TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE).
307030016	RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE)
307030024	RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE)

Observações:

- Acompanhar e supervisionar as ações do Técnico de Saúde Bucal (TSB) que o auxiliará.
- Realizar a notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local.
- Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo. Garantir e responsabilizar-se pelos registros das ações e procedimentos realizados na unidade de trabalho.
- Encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contrarreferência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da sua unidade de trabalho
- Realizar todos os procedimentos odontológicos inerentes à sua área de especialização.
- Ações Específicas: Elaborar o diagnóstico, a prevenção, o tratamento das alterações nesses tecidos e das manifestações das condições sistêmicas no periodonto, e a terapia de manutenção para o controle da saúde, cujas áreas de competência para atuação incluem: Avaliação diagnóstica e planejamento do tratamento; Avaliação da

influência da doença periodontal em condições sistêmicas; controle dos agentes etiológicos e fatores de risco das doenças dos tecidos de suporte e circundantes dos dentes e dos seus substitutos; Procedimentos preventivos, clínicos e cirúrgicos para regeneração dos tecidos periodontais e peri-implantares; Planejamento e instalação de implantes e restituição das estruturas de suporte, enxertando materiais naturais e sintéticos; Procedimentos necessários à manutenção de saúde. Executar outras tarefas correlatas.

2.3.3. Endodontista:

a) Quantidade de horas mínimas necessárias: 24h semanais (divididos em três dias - 8h/8h ou seis períodos de 4h).

b) Quantidade de pacientes semanais: 18 pacientes para procedimento endodôntico .

c) Realizar endodontia mecanizada de dentes uni, bi e trirradiculares

d) Preferencialmente realizar procedimentos em sessão única.

e) Finalizar 15 endodontias/mês conforme tabela abaixo, além dos procedimentos clínicos necessários para completo atendimento do paciente :

CÓD. SIGTAP	PROCEDIMENTO
307020045	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR;
307020053	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES;
307020061	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR;
307020088	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR;
307020096	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAÍZES;
307020100	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR;
307020118	SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR.

Observações:

- Acompanhar e supervisionar as ações do Técnico de Saúde Bucal (TSB) que o auxiliará.
- Realizar a notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local.
- Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo. Garantir e responsabilizar-se pelos registros das ações e procedimentos realizados na unidade de trabalho.
- Encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contrarreferência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da sua unidade de trabalho
- Realizar todos os procedimentos odontológicos inerentes à sua área de especialização.
- Ações Específicas: Realizar tratamento odontológico especializado para usuários referenciados pelos serviços de Atenção Primária à Saúde; Realizar procedimentos conservadores da vitalidade pulpar; Realizar procedimentos cirúrgicos no tecido e na cavidade pulpares; Realizar procedimentos cirúrgicos para endodônticos; Realizar a prevenção, diagnóstico, prognóstico, tratamento e controle das alterações da polpa e dos tecidos perirradiculares, cujas áreas de competência incluem: Procedimentos conservadores da vitalidade pulpar; Procedimentos cirúrgicos no tecido e na cavidade pulpar; Procedimentos cirúrgicos para endodônticos e tratamento dos traumatismos dentários; Realizar atividades de educação permanente, para pessoal de nível elementar, médio e superior, na sua área de atuação, quando solicitado pela Coordenação de Saúde Bucal; Executar outras tarefas correlatas a seu cargo e função

2.3.4 Atendimento em pacientes com necessidades especiais:

a) Quantidade de horas mínimas necessárias: 16h semanais (divididos em dois dias - 8h/8h ou quatro períodos de 4h).

b) Quantidade de pacientes semanais: de 8 a 12 pacientes para procedimentos clínicos, a depender do grau de dificuldade de atendimento ou do procedimento.

c) Quantidade mínima de procedimentos mês: 60 procedimentos clínicos

CÓD. SIGTAP	PROCEDIMENTO
01.01.02.005-8	Aplicação de cariostático (por dente)
01.01.02.006-6	Aplicação de selante (por dente)
01.01.02.007-4	Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)
01.01.02.008-2	Evidenciação de placa bacteriana
01.01.02.009-0	Selamento provisório de cavidade dentária
01.01.02.010-4	Orientação de higiene bucal
01.01.02.012-0	Orientação de higienização de próteses dentárias
03.01.01.013-7	Consulta/atendimento domiciliar
03.01.10.015-2	Retirada de pontos de cirurgias (por paciente)
03.07.01.001-5	Capeamento pulpar
03.07.01.001-5	Capeamento pulpar
03.07.01.003-1	Restauração de dente permanente anterior com resina composta
03.07.01.006-6	Tratamento inicial do dente traumatizado
03.07.01.007-4	Tratamento restaurador atraumático
03.07.01.008-2	Restauração de dente decíduo posterior com resina composta
03.07.01.009-0	Restauração de dente decíduo posterior com amálgama
03.07.01.010-4	Restauração de dente decíduo posterior com ionômero de vidro
03.07.01.011-2	Restauração de dente decíduo anterior com resina composta.
03.07.01.012-0	Restauração de dente permanente posterior com resina
03.07.01.013-9	Restauração de dente permanente posterior com amálgama
03.07.01.014-7	Adequação do comportamento da pessoa com deficiência
03.07.01.015-5	Adequação do comportamento de crianças
03.07.02.001-0	Acesso a polpa dentária e medicação (por dente)

03.07.02.003-7	Tratamento endodôntico de dente decíduo
03.07.02.007-0	Pulpotomia dentária
03.07.03.002-4	Raspagem alisamento subgengivais(por sextante)
03.07.03.004-0	Profilaxia /remoção da placa bacteriana
03.07.03.004-0	Profilaxia /remoção da placa bacteriana
03.07.03.005-9	Raspagem alisamento e polimento supragengivais(por
03.07.03.006-7	Tratamento de gengivite ulcerativa necrosante aguda (GUNA)
03.07.03.007-5	Tratamento de lesões da mucosa oral
03.07.03.008-3	Tratamento de pericoronarite
03.07.04.013-5	Cimentação de prótese dentária
03.07.04.015-1	Ajuste oclusal
04.01.01.005-8	Excisão de lesão e/ou sutura de ferimento da pele anexos e mucosa
04.01.01.006-6	Excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões / ferimentos de pele / anexos e mucosa
04.04.02.005-4	Drenagem de abscesso da boca e anexos
04.04.02.044-5	Contenção de dentes por splintagem
04.14.02.012-0	Exodontia de dente decíduo
04.14.02.013-8	Exodontia de dente permanente
04.14.02.014-6	Exodontia múltipla com alveoloplastia por sextante
04.14.02.035-9	Tratamento cirúrgico de hemorragia buco-dental
04.14.02.038-3	Tratamento de alveolite
04.14.02.040-5	Ulotomia/ulectomia
04.14.02.043-0	Exodontia de dente supranumerário

Observações:

- Realizar o diagnóstico, planejamento e tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais, incluindo pessoas com deficiências físicas, sensoriais, intelectuais, comportamentais, transtornos do neurodesenvolvimento, condições

sistêmicas crônicas, doenças raras, condições neurológicas, psiquiátricas, síndromes, bem como pacientes com comprometimentos sistêmicos que exijam cuidados diferenciados no atendimento odontológico.

- Executar procedimentos odontológicos preventivos, restauradores, periodontais, cirúrgicos simples, endodônticos, protéticos e de urgência, de acordo com a complexidade do paciente.

- Realizar manejo clínico e comportamental do paciente, empregando técnicas de condicionamento, adaptação do atendimento, contenção estabilizadora, sedação consciente quando habilitado, e/ou indicação de atendimento sob anestesia geral, quando necessário, em articulação com serviços de referência.

- Atuar na avaliação do risco sistêmico, em conjunto com a equipe multiprofissional, solicitando e analisando exames complementares, emitindo pareceres odontológicos e realizando adequações do meio bucal para prevenção de agravos sistêmicos.

- Prestar atendimento domiciliar, institucional ou hospitalar, quando indicado, conforme protocolos do serviço e da rede de atenção à saúde.

- Participar do planejamento, organização, monitoramento e avaliação das ações de saúde bucal voltadas aos pacientes com necessidades especiais, integrando-se à Rede de Atenção à Saúde.

2.4 Procedimentos de Fonoaudiologia e Psicologia

2.4.1 Para os atendimentos em fonoaudiologia será necessário:

2.4.1.1. Primeira vez: CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇAO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) – FONOAUDIOLOGIA – Neste atendimento será necessário o encaminhamento de profissional habilitado pelo município, com inclusão de dados clínicos para a realização da consulta, avaliação e organização do atendimento (tempo de início do acompanhamento quando necessário).

2.4.1.2. Próximos atendimentos: TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INDIVIDUAL – (Máximo 15 Sessões incluindo a primeira avaliação).

Importante lembrar do fechamento do mês (faturamento – quantidade de atendimento realizados no mês). Devendo ser informado no relatório de produção, o nome do paciente a que se refere a terapia.

Observação: Concluído o atendimento ao usuário, o prestador deverá emitir relatório circunstanciado contendo as condições de alta. Havendo necessidade de continuidade do tratamento, deverá proceder à devida contrarreferência à unidade solicitante. Nessa hipótese, o paciente será inserido em fila de espera para nova regulação, observados os critérios estabelecidos pelo sistema de regulação vigente.

2.4.2 Para os atendimentos em psicologia será necessário:

2.4.2.1. Primeira vez: CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENCAO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) **–** PSICOLOGIA - Neste atendimento será necessário o encaminhamento de profissional habilitado pelo município, com inclusão de dados clínicos para a realização da consulta, avaliação e organização do atendimento (tempo de início do acompanhamento quando necessário).

2.4.2.2. Próximos atendimentos: ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA (Máximo 15 Sessões incluindo a primeira avaliação).

Importante lembrar do fechamento do mês (faturamento **–** quantidade de atendimento realizados no mês). Devendo ser informado no relatório de produção, o nome do paciente a que se refere a terapia.

Observação: Concluído o atendimento ao usuário, o prestador deverá emitir relatório circunstanciado contendo as condições de alta. Havendo necessidade de continuidade do tratamento, deverá proceder à devida contrarreferência à unidade solicitante. Nessa hipótese, o paciente será inserido em fila de espera para nova regulação, observados os critérios estabelecidos pelo sistema de regulação vigente.

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO ÀS CONDIÇÕES DE CONTRATAÇÃO

NOME DA EMPRESA/INSTITUIÇÃO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº ....., com sediada à ....., representada neste ato pelo seu Representante Legal, Sr. ....., inscrito no CPF sob nº ....., e RG sob nº .....; nacionalidade, estado civil, profissão, através do presente, ciente e de acordo com todas normas do Edital, **DECLARA**:

( ) Declaro que não incorro nas condições impeditivas do art. 14 da Lei Federal nº 14.133/21.

( ) Declaro que atendo aos requisitos de habilitação, conforme disposto no art. 63, inciso I, da Lei Federal nº 14.133/21.

( ) Declaro que cumpro as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas, conforme art. 63, inciso IV, da Lei Federal nº 14.133/21.

( ) Declaro que a proposta apresentada para essa licitação está em conformidade com as exigências do instrumento convocatório e me responsabilizo pela veracidade e autenticidade dos documentos apresentados.

( ) Declaro que minha proposta econômica compreendem a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de entrega da proposta, conforme art. 63, §1º, da Lei Federal nº 14.133/21.

( ) Declaro que estou ciente do edital e concordo com as condições locais para o cumprimento das obrigações objeto da licitação, conforme o art. 67, inciso VI, da Lei Federal nº 14.133/21;

( ) Declaro para fins do disposto no inciso VI do art. 68, da Lei Federal nº 14.133/21, que não emprego menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprego menor de 16 (dezesseis) anos, salvo menor, a partir dos 14 (quatorze) anos, na condição de aprendiz, nos termos do inciso XXXIII, do art. 7º, da Constituição Federal/88.

( ) Declaro que não possuo, em minha cadeia produtiva, empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto nos incisos III e IV do art. 1º e no inciso III do art. 5º da Constituição Federal/88.

( ) Declaro para os devidos fins legais, sem prejuízo das sanções e multas previstas neste ato convocatório, estar enquadrado como ME/EPP/Cooperativa, conforme a Lei Complementar nº 123/2006, cujos termos declaro conhecer na íntegra, estando apto, portanto, a exercer o direito de preferência.

( ) Sim, ME ( ) Sim, EPP ( ) Não, outros enquadramentos

Assim sendo, para fins que se fizer de direito, e por possuir poderes legais para tanto, firmamos a presente.

Local e Data

(NOME DA EMPRESA)

Nome do Representante legal

ANEXO II

IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR

Razão Social:
CNPJ:
Número cadastro CNES:
Endereço Completo:
Telefone:
E-mail:
Responsável pela empresa/entidade e assinatura do contrato: ***Na indicação do responsável, anexar a este documento cópia da identidade e CPF.**
Descrição dos Serviços/Produtos a Serem Fornecidos:
Nº do Banco: **Nº da Agência:** **Nº da Conta Corrente da Empresa/Entidade:**

Representante Legal

***** Os documentos deverão ser assinados eletronicamente.

ANEXO III

DECLARAÇÃO ACEITE

A empresa _____,pessoa jurídica de direito privado, com sede à_____ _____ Indaial-SC, inscrita no CNPJ nº_____ por meio de seu de representante legal, abaixo firmado, em atenção ao Edital de Credenciamento N° _____, vem manifestar sua aceitação aos preços praticados neste edital, bem como as normas técnicas de acordo com os princípios definidas pelo SUS realizando todos os procedimentos de acordo com as regras de pactuação dos fluxos assistenciais e as demais exigências previstas nestes processo licitatório.

Local e Data.

_____

Representante Legal

***** Os documentos deverão ser assinados eletronicamente.

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE INSTALADA E DISPONIBILIDADE AO SUS

(ENCAMINHAR PREENCHIDO)

Nome/Razão Social:

C.N.P.J: Nº inscrição CNES:

Telefone: E-mail:

O interessado acima qualificado, vem declarar que possui capacidade instalada para realização dos procedimentos mensais conforme segue:

Código do Procedimento (Conforme Tabela do ANEXO I)	**Nome do Procedimento (Conforme Tabela do ANEXO I)**	**Quantidade proposta para atendimento dos usuários SUS**

Local e Data.

_____

Representante Legal

***** Os documentos deverão ser assinados eletronicamente.

ANEXO V

MODELO DE DECLARAÇÃO DE NEGATIVA DE ATENDIMENTO

Paciente:	
Responsável Legal:	
CPF:	CNS:
Data Nascimento:	
Data Atendimento:	
Diagnóstico:	

MOTIVO TÉCNICO DA NEGATIVA DE ATENDIMENTO:

RESPONSÁVEL PELA DECISÃO TÉCNICA
Nome do profissional:
Registro no conselho:
Assinatura:
Data:

COMUNICAÇÃO AO PACIENTE
Data da comunicação:
DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA: Declaro que recebia justificativa técnica da negativa de continuidade do atendimento e entendi os critérios apresentados e orientações fornecidas
Assinatura do paciente /responsável
Data:

ANEXO VI

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

A(nome da Empresa)_____, pessoa jurídica de direito público(privado), estabelecida no endereço_____ inscrita no CNPJ: _____, neste ato representado por_____

_____

RG_____CPF_____, atesta para todos fins de direito, que a empresa_____ com sede em_____ inscrita no CNPJ_____, é prestador dos serviços de _____ cumprindo sempre e pontualmente com as obrigações assumidas, no tocante aos serviços, que declaramos apta a cumprir com as obrigações a que se destina, nada tendo o que desabone sua conduta e responsabilidade com as obrigações assumidas.

Por ser verdade firmamos a presente,

Local e Data.

_____

Representante Legal

**** Os documentos deverão ser assinados eletronicamente.