



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\$ 16.789.780,92 (dezesseis milhões, setecentos e oitenta e nove mil, setecentos e oitenta reais e noventa e dois 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 - 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\$ 6.922.320,00
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) - FONAUDIOLOGIA	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\$ 294.000,00
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	ULTRASSONOGRRAFIA 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	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	348	R\$ 20.880,00
02.05.02.004	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	840	R\$ 63.000,00
02.05.02.005	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	1440	R\$ 86.400,00
02.05.02.006	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO	2400	R\$ 144.000,00
02.05.02.007	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	60	R\$ 3.600,00
02.05.02.008	ULTRASSONOGRRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR)	60	R\$ 3.000,00
02.05.02.009	ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL	840	R\$ 50.400,00
02.05.02.010	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)	600	R\$ 36.000,00
02.05.02.011	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)	600	R\$ 36.000,00
02.05.02.012	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	300	R\$ 18.000,00
02.05.02.014	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA	1920	R\$ 124.800,00
02.05.02.016	ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	132	R\$ 7.920,00
02.05.02.017	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA	36	R\$ 3.456,00
02.05.02.018	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	2400	R\$ 144.000,00
02.05.02.006	ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES	180	R\$ 10.800,00
02.05.02.006	ULTRASSONOGRRAFIA DE ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL, AXILAS, MÚSCULO OU TENDÃO)	24	R\$ 1.440,00
02.05.02.003	ULTRASSONOGRRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	300	R\$ 18.000,00
02.05.02.014	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA GEMELAR	96	R\$ 24.000,00
SUBTOTAL DA SEÇÃO: DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRRAFIA - GERAL			R\$ 1.117.938,60
Código	Procedimento / Descrição	Qtd. Anual	Valor Anual
DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRRAFIA - 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	ULTRASSONOGRRAFIA CERVICAL COM	12	R\$ 1.800,00



	DOPPLER		
02.05.01.004	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE COM DOPPLER	72	R\$ 10.800,00
02.05.01.004	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL COM DOPPLER	36	R\$ 5.400,00
02.05.01.004	ULTRASSONOGRRAFIA VASCULAR DOPPLER COLORIDO	60	R\$ 9.000,00
02.05.02.007	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER	24	R\$ 1.440,00
SUBTOTAL DA SEÇÃO: DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRRAFIA - 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	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	12	R\$ 1.041,00
02.06.02.002	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	12	R\$ 1.041,00
02.06.02.003	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX	120	R\$ 16.369,20
02.06.03.001	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR	240	R\$ 33.271,20
02.06.03.003	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDÔMEN INFERIOR	240	R\$ 33.271,20
SUBTOTAL DA SEÇÃO: DIAGNÓSTICO POR TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA			R\$ 138.118,08
Código	Procedimento / Descrição	Qtd. Anual	Valor Anual
DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA			
02.04.01.005	RADIOGRÁFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR BILATERAL	24	R\$ 408,00
02.04.01.006	RADIOGRÁFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	504	R\$ 8.568,00
02.04.01.007	RADIOGRÁFIA DE CRÂNIO (PA + LATERAL + OBLÍQUA / BRETTON + HIRTZ)	12	R\$ 216,00
02.04.01.008	RADIOGRÁFIA DE CRÂNIO (PA + LATERAL)	48	R\$ 816,00
02.04.01.012	RADIOGRÁFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	120	R\$ 2.040,00
02.04.01.014	RADIOGRÁFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	360	R\$ 6.120,00
02.04.01.015	RADIOGRÁFIA DE SELA TÚRCICA (PA + LATERAL + BRETTON)	24	R\$ 408,00
02.04.01.017	RADIOGRÁFIA PANORÂMICA	60	R\$ 1.920,00
02.04.02.003	RADIOGRÁFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLÍQUAS)	240	R\$ 4.080,00
02.04.02.004	RADIOGRÁFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	372	R\$ 6.324,00
02.04.02.005	RADIOGRÁFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINÂMICA	60	R\$ 1.080,00
02.04.02.006	RADIOGRÁFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	1800	R\$ 32.400,00
02.04.02.007	RADIOGRÁFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (COM OBLÍQUAS)	720	R\$ 13.680,00
02.04.02.008	RADIOGRÁFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINÂMICA	72	R\$ 1.368,00
02.04.02.009	RADIOGRÁFIA DE COLUNA TORÁCICA (AP + LATERAL)	420	R\$ 7.560,00
02.04.02.010	RADIOGRÁFIA DE COLUNA TÓRACO- LOMBAR	480	R\$ 8.640,00
02.04.02.011	RADIOGRÁFIA DE COLUNA TÓRACO- LOMBAR DINÂMICA	60	R\$ 1.140,00
02.04.02.013	RADIOGRÁFIA PANORÂMICA DE COLUNA TOTAL- TELESPONDILOGRAFIA (P/ ESCOLIOSE)	60	R\$ 1.080,00
02.04.02.012	RADIOGRÁFIA DE REGIÃO SACROCOCCÍGEA	120	R\$ 2.040,00
02.04.03.003	MAMOGRAFIA	120	R\$ 2.880,00
02.04.03.007	RADIOGRÁFIA DE COSTELAS (POR HEMITÓRAX)	192	R\$ 1.920,00
02.04.03.009	RADIOGRÁFIA DE ESTERNO	24	R\$ 240,00
02.04.03.012	RADIOGRÁFIA DE TÓRAX (ÁPICO-LORDÓTICA)	12	R\$ 204,00
02.04.03.013	RADIOGRÁFIA DE TÓRAX (PA + INSPIRAÇÃO +	12	R\$ 228,00



	EXPIRAÇÃO + LATERAL)		
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 + OBLÍQUA + 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	ELETOENCEFALOGRAFIA EM VIGÍLIA COM OU SEM FOTOESTÍMULO	12	R\$ 1.080,00
02.11.05.003	ELETOENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO COM OU SEM MEDICAMENTO (EEG)	12	R\$ 1.368,00
02.11.05.004	ELETOENCEFALOGRAMA EM VIGÍLIA E SONO ESPONTÂNEO COM OU SEM FOTOESTÍMULO (EEG)	60	R\$ 7.380,00
02.11.05.005	ELETOENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO COM MAPEAMENTO (EEG)	24	R\$ 2.880,00
02.11.05.010	POLISSONOGRAMA	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	RETINOGRAMA 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 CÔRNEA (MONOCULAR)	120	R\$ 2.908,80
02.11.06.028	TOMOGRAMA 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)	120	R\$ 12.600,00
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\$ 110.940,00
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 ANGIORRESSONÂNCIA	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 CÔRNEA	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	300	R\$ 130.932,00
04.05.05.021	RFCOBRIMENTO CONJUNTIVAL	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)	600	R\$ 67.662,00
04.05.05.037	FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL	840	R\$ 648.144,00
SUBTOTAL DA SEÇÃO: CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO			R\$ 1.285.340,64
Código	Procedimento / Descrição	Qtd. Anual	Valor Anual
CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, ÓRGÃOS 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, ÓRGÃOS ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL			R\$ 245.803,20
Código	Procedimento / Descrição	Qtd. Anual	Valor Anual
CIRURGIA DO APARELHO GENITURINÁRIO			
04.09.04.024	VASECTOMIA	240	R\$ 105.328,80
04.09.05.008	POSTECTOMIA	120	R\$ 26.294,40
SUBTOTAL DA SEÇÃO: CIRURGIA DO APARELHO GENITURINÁRIO			R\$ 131.623,20
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 COMPLE- MENTO	VALOR UNITÁRIO TOTAL
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
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/TRAUM ATOLOGIA	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 - GASTROENTEROLO GIA	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 - OTORRINOLARING OLOGIA	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	R\$ 57,74	R\$ 62,26	R\$ 120,00



	GLAUCOMA (TONOMETRIA, FUNDOSCOPIA E CAMPIMETRIA)			
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 - GASTROENTEROLO GIA 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) - 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 FONOAUDIOLÓGICA (Máximo 15 Sessões - Sequenciais)	R\$ 10,90	R\$ 39,10	R\$ 50,00
02.11.10.001	APLICAÇÃO DE TESTE PARA PSICODIAGNÓSTICO	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 POLICARBOXILATO	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 / INTRARRADICULAR ES FIXAS / ADESIVAS (POR ELEMENTO)	R\$ 0,00	R\$ 180,00	R\$ 180,00
03.07.04.008	REEMBASAMENTO E CONSRTO 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 ULTRASSONOGRRAFIA - 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	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 3 VASOS)	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00
02.05.01.005	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	R\$ 42,90	R\$ 41,48	R\$ 84,38
02.05.02.001	ECODOPPLER	R\$ 117,00	R\$ 22,71	R\$ 139,71



	TRANSCRANIANO			
02.05.02.002	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	R\$ 14,81	R\$ 0,00	R\$ 14,81
02.05.02.003	ULTRASSONOGRF IA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00
02.05.02.004	ULTRASSONOGRF IA DE ABDÔMEN TOTAL	R\$ 37,95	R\$ 37,05	R\$ 75,00
02.05.02.005	ULTRASSONOGRF IA DE APARELHO URINÁRIO	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00
02.05.02.006	ULTRASSONOGRF IA DE ARTICULAÇÃO	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00
02.05.02.007	ULTRASSONOGRF IA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00
02.05.02.008	ULTRASSONOGRF IA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR)	R\$ 24,20	R\$ 25,80	R\$ 50,00
02.05.02.009	ULTRASSONOGRF IA MAMARIA BILATERAL	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00
02.05.02.010	ULTRASSONOGRF IA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00
02.05.02.011	ULTRASSONOGRF IA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00
02.05.02.012	ULTRASSONOGRF IA DE TIREOIDE	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00
02.05.02.014	ULTRASSONOGRF IA OBSTÉTRICA	R\$ 24,20	R\$ 40,80	R\$ 65,00
02.05.02.016	ULTRASSONOGRF IA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00
02.05.02.017	ULTRASSONOGRF IA TRANSFONTANELA	R\$ 24,20	R\$ 71,80	R\$ 96,00
02.05.02.018	ULTRASSONOGRF IA TRANSVAGINAL	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00
02.05.02.006	ULTRASSONOGRF IA DE PARTES MOLES	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00
02.05.02.006	ULTRASSONOGRF	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00



	IA DE ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL, AXILAS, MÚSCULO OU TENDÃO)			
02.05.02.003	ULTRASSONOGRF IA DE PAREDE ABDOMINAL	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00
02.05.02.014	ULTRASSONOGRF IA 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	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00



	INFERIOR (UNILATERAL)			
02.05.01.004	DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00
02.05.01.004	ULTRASSONOGRF IA CERVICAL COM DOPPLER	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00
02.05.01.004	ULTRASSONOGRF IA DE TIREOIDE COM DOPPLER	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00
02.05.01.004	ULTRASSONOGRF IA TRANSVAGINAL COM DOPPLER	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00
02.05.01.004	ULTRASSONOGRF IA VASCULAR DOPPLER COLORIDO	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00
02.05.02.007	ULTRASSONOGRF IA 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 / COLANGIORESSON ÂNCIA	R\$ 268,75	R\$ 46,25	R\$ 315,00
DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA				
02.06.01.001	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZAD A DE COLUNA CERVICAL COM OU SEM CONTRASTE	R\$ 86,76	R\$ 0,00	R\$ 86,76
02.06.01.002	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZAD A DE COLUNA LOMBO-SACRA COM OU SEM CONTRASTE	R\$ 101,10	R\$ 0,00	R\$ 101,10
02.06.01.003	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZAD A DE COLUNA TORÁCICA COM OU SEM CONTRASTE	R\$ 86,76	R\$ 0,00	R\$ 86,76
02.06.01.004	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZAD A DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBU LARES	R\$ 86,75	R\$ 0,00	R\$ 86,75
02.06.01.005	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZAD A DO PESCOÇO	R\$ 86,75	R\$ 0,00	R\$ 86,75
02.06.01.006	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZAD A DE SELA TÚRCICA	R\$ 97,44	R\$ 0,00	R\$ 97,44



02.06.01.007	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZAD A DO CRÂNIO	R\$ 97,44	R\$ 0,00	R\$ 97,44
02.06.02.001	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZAD A DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 86,75	R\$ 0,00	R\$ 86,75
02.06.02.002	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZAD A DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	R\$ 86,75	R\$ 0,00	R\$ 86,75
02.06.02.003	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZAD A DE TÓRAX	R\$ 136,41	R\$ 0,00	R\$ 136,41
02.06.03.001	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZAD A DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 138,63	R\$ 0,00	R\$ 138,63
02.06.03.003	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZAD A DE Pelve / BACIA / ABDÔMEN INFERIOR	R\$ 138,63	R\$ 0,00	R\$ 138,63
DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA				
02.04.01.005	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBU LAR 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	R\$ 8,37	R\$ 1,63	R\$ 10,00



	HEMITÓRAX)			
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 ACROMIOCLAVICU LAR	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 ESTERNOCLAVICUL AR	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	R\$ 6,00	R\$ 11,00	R\$ 17,00



	DETERMINAÇÃO DE IDADE ÓSSEA)			
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 +	R\$ 9,29	R\$ 8,71	R\$ 18,00



	OBLIQUA + 3 AXIAIS)			
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	ELETROENCEFALO GRAMA EM SONO INDUZIDO COM OU SEM MEDICAMENTO (EEG)	R\$ 25,00	R\$ 89,00	R\$ 114,00
02.11.05.004	ELETROENCEFALO GRAMA EM VIGÍLIA E SONO ESPONTÂNEO COM OU SEM FOTOESTÍMULO (EEG)	R\$ 25,00	R\$ 98,00	R\$ 123,00
02.11.05.005	ELETROENCEFALO GRAMA QUANTITATIVO COM MAPEAMENTO (EEG)	R\$ 25,00	R\$ 95,00	R\$ 120,00
02.11.05.010	POLISSONOGRAMA	R\$ 125,00	R\$ 117,00	R\$ 242,00
DIAGNÓSTICO POR UROLOGIA				
02.11.09.001	AVALIAÇÃO URODINÂMICA	R\$ 7,62	R\$ 277,38	R\$ 285,00



	COMPLETA			
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 COMPUTADORIZAD A 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 COMPUTADORIZAD A DE CÔRNEA (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	ESOFAGOGASTROD UODENOSCOPIA*	R\$ 48,16	R\$ 308,84	R\$ 357,00
02.09.01.005	RETOSSIGMOIDOSC OPIA*	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/AGUL HA 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	LOGO AUDIOMETRIA (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 ANGIORRESSONÂNCIA	R\$ 15,15	R\$ 436,85	R\$ 452,00



	PREPARO PARA SEDAÇÃO DE ENDOSCOPIA - COLONOSCOPIA - ULTRASSONOGRAF IA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA - ANGIORESSONÂNCI A (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	FOTOCOAGULAÇÃ O 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- FOTOCOAGULAÇÃ O 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	R\$ 209,55	R\$ 0,00	R\$ 209,55



	PTERÍGIO			
04.05.05.002	CAPSULOTOMIA A YAG LASER (MONOCULAR)	R\$ 112,77	R\$ 0,00	R\$ 112,77
04.05.05.037	FACOEMULSIFICAÇ ÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR DOBRÁVEL	R\$ 771,60	R\$ 0,00	R\$ 771,60
CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, ÓRGÃOS 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 - TRAUMATOLOGIST A BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 100,00	R\$ 0,00	R\$ 100,00
03.01.01.004	SERVIÇO ESPECIALIZADO EM	R\$ 100,00	R\$ 0,00	R\$ 100,00



	ATENDIMENTO DE CIRURGIÃO DENTISTA - PERIODONTISTA			
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 instituídos 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 CREDENCIAMENTO

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 Secretaria 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, excluía 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 jurídica 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 Referência (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 site 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 nº 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 expedirá 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 Administrativo
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 suspensão do preposto da CONTRATADA, mediante decisão motivada do gestor do contrato.

6.4. A fiscalização anotar 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 competente 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 DESCREDENCIAMENTO

- 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 desc credenciamento 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 31 de julho de 2026

Jaqueline Mocelin

Secretária de Saúde

Fundo Municipal de Saúde



ANEXO I DO EDITAL

TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO

O presente Termo de Referência tem por objeto 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.

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.

2. FUNDAMENTAÇÃO/JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO

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 objeto deste estudo, em caráter complementar à rede pública.

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 objeto deste estudo, em caráter complementar à rede pública.

Nos termos do artigo 37, inciso XXI, da Constituição Federal, e em observância ao disposto na Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, a contratação justifica-se pelo interesse público na prestação contínua e eficiente dos serviços de saúde, atividade essencial e de caráter ininterrupto, cuja execução requer a atuação de pessoas jurídicas especializadas, devidamente habilitadas técnica e operacionalmente.

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 análise do triênio 2023–2025 evidencia tendência de crescimento da demanda: a média mês de procedimentos passou de 4.938 em 2023 para 5.912 em 2024, alcançando 7.194 em 2025 (média com base nos meses de janeiro a junho). Esse incremento demonstra expansão



do acesso e da procura por serviços especializados, refletindo a necessidade de ampliação da rede prestadora.

A análise da produção assistencial dos últimos exercícios demonstra crescimento consistente da utilização dos serviços especializados. A média mensal de procedimentos passou de 4.938 atendimentos em 2023 para 5.912 em 2024, representando crescimento de 19,73%. Já em 2025, considerando o período de janeiro a junho, a média mensal atingiu 7.194 procedimentos, correspondendo a um aumento de 21,69% em relação ao ano anterior e crescimento acumulado de aproximadamente 45,69% em comparação a 2023.

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.

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.

3. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO

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.



Diante do exposto e após análise do Estudo Técnico Preliminar - ETP, que considera a viabilidade técnica e econômica de diferentes soluções para atender eficientemente a demanda do município, identificou-se como mais vantajosa a realização de credenciamento universal de prestadores de serviços em saúde. Esta modalidade complementa o atendimento à população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Indaial, mostrando-se capaz de suprir a demanda existente. Além disso, promove o uso eficiente dos recursos públicos, proporciona flexibilidade operacional e assegura a continuidade dos serviços de saúde aos munícipes, alinhando-se aos princípios de eficiência e economicidade

A modalidade de credenciamento representa um instrumento jurídico adequado para a contratação de serviços de saúde, encontrando amparo legal no art. 79 da Lei nº 14.133/2021. Esta previsão legal é aplicável quando a Administração Pública pretende "celebrar contratos de prestação de serviços com todos os interessados que atendam aos requisitos de habilitação, com preço definido no edital e que concordem em executar o objeto nas condições estabelecidas pela Administração Pública".

O credenciamento para serviços de saúde mostra-se particularmente adequado por sua capacidade de democratizar o acesso dos prestadores ao sistema, ampliando a rede assistencial disponível à população. Esta modalidade permite a contratação simultânea de múltiplos prestadores, criando uma rede robusta de atendimento que melhor atende às necessidades diversificadas em saúde da população.

O credenciamento alinha-se perfeitamente aos princípios constitucionais da integralidade do atendimento à saúde, conforme preconizado no art. 198, inciso II, da Constituição Federal, e reiterado no art. 7º, inciso II, da Lei nº 8.080/90.

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.

4. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

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:

4.1. Requisitos Gerais

- 4.1.1. 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;
- 4.1.2. 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
- 4.1.3. 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;
- 4.1.4. Possuir capacidade instalada para execução de todos os procedimentos, assumindo todos os riscos e despesas decorrentes da boa e perfeita execução do objeto.
- 4.1.5. 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;
- 4.1.6. 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;



- 4.1.7. 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;
- 4.1.8. 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.
- 4.1.9. Cumprir e responder pelo rigoroso cumprimento das obrigações contratuais correspondentes ao objeto previstos no contrato, acatando as pactuações estabelecidas e os requisitos de habilitação.
- 4.1.10. Operacionalizar o sistema de informação da SMS para realização de registro e controle de atendimento, fechamento de produção mensal e aferição de auditoria.
- 4.1.11. 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.
- 4.1.12. 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;
- 4.1.13. 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.
- 4.1.14. 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.

4.2. Documentos de Habilitação

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;
- 4.2.2. Relação nominal dos profissionais vinculados ao serviço, contendo as seguintes informações:
- a) Nome completo;
 - b) Cargo/função;
 - c) Código Brasileiro de Ocupações – CBO;
 - d) Número de inscrição no respectivo Conselho de Classe;
 - e) Vínculo profissional (CLT, autônomo, sócio, etc.);
 - f) Registro de Qualificação de Especialista – RQE, quando aplicável;
 - g) 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;
- 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).
- a) 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);
- 4.2.17. Declaração com indicação da capacidade instalada disponível para atendimento do SUS (Anexo IV);



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:

- a) 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;
- b) Estabelecimento de saúde não isolado: Serviço Especializado 157 – Serviço de Laboratório de Prótese Dentária e Classificação 001 – LRPD.

As declarações constantes nos Anexos deste TR 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.

5. DOS ITENS, QUANTITATIVO E VALOR MÁXIMO ACEITÁVEL



5.1. Dos quantitativos:

TABELA DE PROCEDIMENTOS - SMS ANO

Detalhes por Ano

Código	Procedimento / Descrição	Qtd. Anual	Valor Anual
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - OF-TALMOLOGIA RETINA	300	R\$ 21.000,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CAR-DIOLOGIA	3960	R\$ 396.000,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CI-RURGIA VASCULAR	360	R\$ 36.000,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - NE-FROLOGIA	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 - PEDI-ATRIA	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 - URO-LOGIA GERAL	1920	R\$ 192.000,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CAR-DIOLOGIA (inclui eletrocardiograma e laudo)	3960	R\$ 514.800,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CAR-DIOLOGIA PEDIÁTRICA (0 A 16 Anos) ((inclui eletrocardio-grama e laudo)	60	R\$ 21.000,00
03.01.01.008	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - DER-MATOLOGIA	4800	R\$ 528.000,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - EN-DOCRINOLOGIA	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 - OF-TALMOLOGIA (ESTE PROCEDIMENTO INCLUI A REALIZA-ÇÃO 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 - REU-MATOLOGIA	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 - PSQUIATRIA	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 - PSQUIATRIA PEDIÁTRICA (0 A 16 ANOS)	360	R\$ 126.000,00
SUBTOTAL DA SEÇÃO: CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA			R\$ 6.922.320,00
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) - 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\$ 294.000,00



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 FONOAUDIO-LÓGICA (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 VASOS (ATÉ 3 VASOS)	72	R\$ 10.800,00
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 + OBLIQUA)	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	POLISSONOGRAMA	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 CÔRNEA (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 HEMORRÁGICA 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 / ÓS-SEA)	240	R\$ 5.760,00
02.11.07.003	AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	120	R\$ 3.480,00
02.11.07.004	AUDIOMETRIA TONAL LIMAR (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)	120	R\$ 12.600,00
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/FONO-AUDIOLOGIA			R\$ 110.940,00
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 ANGIORESSONÂNCIA	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	300	R\$ 130.932,00
04.05.05.021	RFCOBRIMENTO CONJUNTIVAL	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)	600	R\$ 67.662,00
04.05.05.037	FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR DOBRÁVEL	840	R\$ 648.144,00
SUBTOTAL DA SEÇÃO: CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO			R\$ 1.285.340,64



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	240	R\$ 105.328,80
04.09.05.008	POSTECTOMIA	120	R\$ 26.294,40
SUBTOTAL DA SEÇÃO: CIRURGIA DO APARELHO GENITURINÁRIO			R\$ 131.623,20
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 DE CIRURGIÃO DENTISTA - ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	768	R\$ 76.800,00
SUBTOTAL DA SEÇÃO: CÓDIGO PROCEDIMENTO			R\$ 384.000,00

5.2. DOS VALORES UNITÁRIOS

TABELA DE PROCEDIMENTOS VALOR UNITÁRIO

CÓDIGO PROCEDI- MENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR UNITÁRI O SIGTAP	VALOR UNITÁRIO COMPLE- MENTO	VALOR UNITÁRI O TOTAL
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA				
03.01.01.007	CONSULTA MÉ- DICA 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	R\$ 10,00	R\$ 340,00	R\$ 350,00



	Anos) ((inclui eletro- cardiograma e laudo)			
03.01.01.008	CONSULTA MÉ- DICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - DERMATOLOGIA	R\$ 10,00	R\$ 100,00	R\$ 110,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉ- DICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ENDOCRINOLOGIA	R\$ 10,00	R\$ 110,00	R\$ 120,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉ- DICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - GASTROENTERO- LOGIA	R\$ 10,00	R\$ 110,00	R\$ 120,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉ- DICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - OFTALMOLOGIA (ESTE PROCEDI- MENTO INCLUI A REALIZAÇÃO DE 2 (DOIS) MAPEAMEN- TOS DE RETINA E 1 (UMA) TONOME- TRIA BINOCULAR)	R\$ 10,00	R\$ 110,00	R\$ 120,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉ- DICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - OTOR- RINOLARINGOLO- GIA	R\$ 10,00	R\$ 110,00	R\$ 120,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉ- DICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - REUMATOLOGIA	R\$ 10,00	R\$ 110,00	R\$ 120,00
03.01.01.010	CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO / REAValiação DE GLAUCOMA (TON- OMETRIA, FUN- DOSCOPIA E CAM- PIMETRIA)	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	R\$ 10,00	R\$ 340,00	R\$ 350,00



	ESPECIALIZADA - PSIQUIATRIA PEDIÁTRICA (0 A 16 ANOS)			
CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)				
03.01.01.004	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ES- PECIALIZADA (EX- CETO MÉDICO) - FONOAUDIOLOGIA	R\$ 6,30	R\$ 63,70	R\$ 70,00
03.01.01.004	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ES- PECIALIZADA (EX- CETO MÉDICO) - TERAPIA OCU- PACIONAL	R\$ 6,30	R\$ 63,70	R\$ 70,00
03.01.01.004	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ES- PECIALIZADA (EX- CETO MÉDICO) - NEUROPSICOLO- GIA	R\$ 6,30	R\$ 63,70	R\$ 70,00
03.01.01.004	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ES- PECIALIZADA (EX- CETO MÉDICO) - PSICOLOGIA	R\$ 6,30	R\$ 63,70	R\$ 70,00
ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO PSICOSSOCIAL / REABILITAÇÃO *				
03.01.08.017	ATENDIMENTO IN- DIVIDUAL 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 FONOAUDIOLOGICA (Máximo 15 Sessões - Sequenciais)	R\$ 10,90	R\$ 39,10	R\$ 50,00
02.11.10.001	APLICAÇÃO DE TESTE PARA PSICODIAGNÓSTICO	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 POLICARBOXILATO	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 / INTRARADICULARES FIXAS / ADESIVAS (POR ELEMENTO)	R\$ 0,00	R\$ 180,00	R\$ 180,00
03.07.04.008	REEMBASAMENTO E CONSRTO 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	ULTRASSONO- GRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	R\$ 37,95	R\$ 37,05	R\$ 75,00
02.05.02.005	ULTRASSONO- GRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00
02.05.02.006	ULTRASSONO- GRAFIA DE ARTIC- ULAÇÃO	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00
02.05.02.007	ULTRASSONO- GRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00
02.05.02.008	ULTRASSONO- GRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR)	R\$ 24,20	R\$ 25,80	R\$ 50,00
02.05.02.009	ULTRASSONO- GRAFIA MAMARIA BILATERAL	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00
02.05.02.010	ULTRASSONO- GRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00
02.05.02.011	ULTRASSONO- GRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00
02.05.02.012	ULTRASSONO- GRAFIA DE TIRE- OIDE	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00
02.05.02.014	ULTRASSONO- GRAFIA OB- STÉTRICA	R\$ 24,20	R\$ 40,80	R\$ 65,00
02.05.02.016	ULTRASSONO- GRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00



02.05.02.017	ULTRASSONO- GRAFIA TRANS- FONTANELA	R\$ 24,20	R\$ 71,80	R\$ 96,00
02.05.02.018	ULTRASSONO- GRAFIA TRANS- VAGINAL	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00
02.05.02.006	ULTRASSONO- GRAFIA DE PARTES MOLES	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00
02.05.02.006	ULTRASSONO- GRAFIA DE ESTRU- TURAS SUPERFI- CIAIS (CERVICAL, AXILAS, MÚSCULO OU TENDÃO)	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00
02.05.02.003	ULTRASSONO- GRAFIA DE PAREDE AB- DOMINAL	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00
02.05.02.014	ULTRASSONO- GRAFIA OB- STÉTRICA GE- MELAR	R\$ 24,20	R\$ 225,80	R\$ 250,00
DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA - DOPPLER				
02.05.01.004	DOPPLER COLOR- IDO ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00
02.05.01.004	DOPPLER COLOR- IDO ARTERIAL DE MEMBRO SUPE- RIOR (UNILAT- ERAL)	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00
02.05.01.004	DOPPLER COLOR- IDO DE ARTÉRIA RENAL	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00
02.05.01.004	DOPPLER COLOR- IDO DE ARTÉRIAS PENIANAS (SEM	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00



	FÁRMACO-IN- DUÇÃO)			
02.05.01.004	DOPPLER COLOR- IDO DE CARÓTIDAS	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00
02.05.01.004	DOPPLER COLOR- IDO DE VASOS CERVICAIS ARTE- RIAIS BILATERAL (CARÓTIDAS E VERTEBRAIS)	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00
02.05.01.004	DOPPLER COLOR- IDO DE VASOS CERVICAIS VENOSOS BILAT- ERAL (SUBCLA- VIAS E JUGULA- RES)	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00
02.05.01.004	DOPPLER COLOR- IDO VENOSO DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00
02.05.01.004	DOPPLER COLOR- IDO VENOSO DE MEMBRO SUPE- RIOR (UNILAT- ERAL)	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00
02.05.01.004	ULTRASSONO- GRAFIA CERVICAL COM DOPPLER	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00
02.05.01.004	ULTRASSONO- GRAFIA DE TIRE- OIDE COM DOP- PLER	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00
02.05.01.004	ULTRASSONO- GRAFIA TRANS- VAGINAL COM DOPPLER	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00
02.05.01.004	ULTRASSONO- GRAFIA VASCULAR DOPPLER COLOR- IDO	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00



02.05.02.007	ULTRASSONO- GRAFIA 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 TORÁ- CICA	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 SUPE- RIOR (UNILAT- ERAL)	R\$ 268,75	R\$ 46,25	R\$ 315,00
02.07.02.003	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX	R\$ 268,75	R\$ 46,25	R\$ 315,00
02.07.03.001	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDÔMEN SUPE- RIOR	R\$ 268,75	R\$ 46,25	R\$ 315,00
02.07.03.002	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BA- CIA / Pelve /	R\$ 268,75	R\$ 46,25	R\$ 315,00



	ABDÔMEN INFE- RIOR			
02.07.03.003	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFE- RIOR (UNILAT- ERAL)	R\$ 268,75	R\$ 46,25	R\$ 315,00
02.07.03.004	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES / COLANGIO- RESSONÂNCIA	R\$ 268,75	R\$ 46,25	R\$ 315,00
DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA				
02.06.01.001	TOMOGRAFIA COMPUTADOR- IZADA DE COLUNA CERVICAL COM OU SEM CONTRASTE	R\$ 86,76	R\$ 0,00	R\$ 86,76
02.06.01.002	TOMOGRAFIA COMPUTADOR- IZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA COM OU SEM CONTRASTE	R\$ 101,10	R\$ 0,00	R\$ 101,10
02.06.01.003	TOMOGRAFIA COMPUTADOR- IZADA DE COLUNA TORÁCICA COM OU SEM CONTRASTE	R\$ 86,76	R\$ 0,00	R\$ 86,76
02.06.01.004	TOMOGRAFIA COMPUTADOR- IZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIB- ULARES	R\$ 86,75	R\$ 0,00	R\$ 86,75
02.06.01.005	TOMOGRAFIA COMPUTADOR- IZADA DO PESCOÇO	R\$ 86,75	R\$ 0,00	R\$ 86,75



02.06.01.006	TOMOGRAFIA COMPUTADOR- IZADA DE SELA TÚRCICA	R\$ 97,44	R\$ 0,00	R\$ 97,44
02.06.01.007	TOMOGRAFIA COMPUTADOR- IZADA DO CRÂNIO	R\$ 97,44	R\$ 0,00	R\$ 97,44
02.06.02.001	TOMOGRAFIA COMPUTADOR- IZADA DE ARTICU- LAÇÕES DE MEM- BRO SUPERIOR	R\$ 86,75	R\$ 0,00	R\$ 86,75
02.06.02.002	TOMOGRAFIA COMPUTADOR- IZADA DE SEG- MENTOS APENDIC- ULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	R\$ 86,75	R\$ 0,00	R\$ 86,75
02.06.02.003	TOMOGRAFIA COMPUTADOR- IZADA DE TÓRAX	R\$ 136,41	R\$ 0,00	R\$ 136,41
02.06.03.001	TOMOGRAFIA COMPUTADOR- IZADA DE ABDÔMEN SUPE- RIOR	R\$ 138,63	R\$ 0,00	R\$ 138,63
02.06.03.003	TOMOGRAFIA COMPUTADOR- IZADA DE PELVE / BACIA / ABDÔMEN INFERIOR	R\$ 138,63	R\$ 0,00	R\$ 138,63
DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA				
02.04.01.005	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIB- ULAR 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-	R\$ 14,90	R\$ 4,10	R\$ 19,00



	SACRA (COM OBLÍQUAS)			
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 TORÁ- CICA (AP + LAT- ERAL)	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 PAN- ORAMICA DE COLUNA TOTAL- TELESPONDILO- GRAFIA (P/ ESCO- LIOSE)	R\$ 0,00	R\$ 18,00	R\$ 18,00
02.04.02.012	RADIOGRAFIA DE REGIÃO SACRO- COCCÍGEA	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 + IN-	R\$ 14,32	R\$ 4,68	R\$ 19,00



	SPIRAÇÃO + EX- PIRAÇÃO + LAT- ERAL)			
02.04.03.015	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PER- FIL)	R\$ 9,50	R\$ 8,50	R\$ 18,00
02.04.03.016	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA PA- DRÃO 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 BI- LATERAL 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 ACROMIOCLAVICU- LAR	R\$ 7,40	R\$ 9,60	R\$ 17,00
02.04.04.003	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ES- CAPULOUMERAL	R\$ 7,40	R\$ 9,60	R\$ 17,00
02.04.04.004	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ES- TERNOCLAVICU- LAR	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 + LAT- ERAL)	R\$ 6,78	R\$ 10,22	R\$ 17,00
02.04.06.013	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LAT- ERAL + AXIAL)	R\$ 7,16	R\$ 9,84	R\$ 17,00
02.04.06.014	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LAT- ERAL + 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 INFERI- ORES	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 ARTE- RIAL (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	ELETROENCE- FALOGRAFIA EM VIGÍLIA COM OU SEM FOTORES- TÍMULO	R\$ 11,34	R\$ 78,66	R\$ 90,00
02.11.05.003	ELETROENCE- FALOGRAMA EM SONO INDUZIDO COM OU SEM MEDICAMENTO (EEG)	R\$ 25,00	R\$ 89,00	R\$ 114,00
02.11.05.004	ELETROENCE- FALOGRAMA EM VIGÍLIA E SONO ESPONTÂNEO COM OU SEM FOTORES- TÍMULO (EEG)	R\$ 25,00	R\$ 98,00	R\$ 123,00
02.11.05.005	ELETROENCE- FALOGRAMA QUANTITATIVO COM MAPEA- MENTO (EEG)	R\$ 25,00	R\$ 95,00	R\$ 120,00
02.11.05.010	POLISSONO- GRAFIA	R\$ 125,00	R\$ 117,00	R\$ 242,00
DIAGNÓSTICO POR UROLOGIA				
02.11.09.001	AVALIAÇÃO URO- DINÂMICA COM- PLETA	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 URETROSCO- PIA	R\$ 18,00	R\$ 182,00	R\$ 200,00
DIAGNÓSTICO EM OFTALMOLOGIA				
02.11.06.001	BIOMETRIA UL- TRASSÔNICA (MO- NOCULAR)	R\$ 24,24	R\$ 0,00	R\$ 24,24



02.11.06.003	CAMPIMETRIA COMPUTADOR- IZADA 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 BIN- OCULAR	R\$ 6,74	R\$ 0,00	R\$ 6,74
02.11.06.012	MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCU- LAR)	R\$ 24,24	R\$ 0,00	R\$ 24,24
02.11.06.014	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA (MONOC- ULAR)	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 (MO- NOCULAR)	R\$ 24,24	R\$ 0,00	R\$ 24,24
02.11.06.018	RETINOGRRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R\$ 64,00	R\$ 0,00	R\$ 64,00
02.11.06.020	TESTE DE PROVOCAÇÃO DE GLAUCOMA (BIN- OCULAR)	R\$ 6,74	R\$ 8,26	R\$ 15,00
02.11.06.025	TONOMETRIA (BIN- OCULAR)	R\$ 3,37	R\$ 0,00	R\$ 3,37
02.11.06.026	TOPOGRAFIA COM- PUTADORIZADA DE	R\$ 24,24	R\$ 0,00	R\$ 24,24



	CÓRNEA (MONOCULAR)			
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 HEMORRÁGICA 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	VIDEO-LARINGOSCOPIA	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 INFERI- ORES (BILATERAL)	R\$ 392,62	R\$ 549,38	R\$ 942,00
DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO				
02.02.03.028-8	PESQUISA DE AN- TICORPOS 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 COMPUTADOR- IZADA OU RES- SONÂNCIA MAG- NÉTICA OU ANGI- ORRESSONÂNCIA	R\$ 15,15	R\$ 436,85	R\$ 452,00
	PREPARO PARA SEDAÇÃO DE EN- DOSCOPIA - CO- LONOSCOPIA - UL- TRASSONOGRFIA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA - AN- GIORESSONÂNCIA (COMPLEMENTAR AO PROCEDI- MENTO 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 LACRI- MAL	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 CÔRNEA	R\$ 25,00	R\$ 0,00	R\$ 25,00
04.05.01.001	CORRECAO CIRURGICA DE ENTROPIO E EC-TROPIO	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 CONJUNTIVAL	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, ÓRGÃOS 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 PAVIL- HAO 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 TECI- DOS MOLES DA BOCA	R\$ 21,56	R\$ 0,00	R\$ 21,56
30.30.80.019	CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PE- QUENAS LESÕES	R\$ 1,48	R\$ 0,00	R\$ 1,48
30.30.80.027	DESBASTAMENTO DE CALOSIDADE E/OU MAL PERFU- RANTE (DESBASTAMENTO)	R\$ 1,48	R\$ 0,00	R\$ 1,48
40.10.10.015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRID- AMENTO	R\$ 32,40	R\$ 0,00	R\$ 32,40
40.10.10.040	ELETROCOAGULA- CAO DE LESAO CU- TANEA	R\$ 11,84	R\$ 0,00	R\$ 11,84
40.10.10.058	EXCISAO DE LESAO E/OU SU- TURA DE FERI- MENTO DA PELE ANEXOS E MU- COSA	R\$ 23,16	R\$ 0,00	R\$ 23,16
40.10.10.074	EXERESE DE TU- MOR 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 CU- TANEAS	R\$ 11,84	R\$ 0,00	R\$ 11,84
40.10.10.104	INCISAO E DRENA- GEM DE AB- SCCESSO	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

5.2.1. 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.



Desta forma estimamos para essa contratação o valor de R\$ 16.789.780,92 (dezesesseis milhões, setecentos e oitenta e nove mil, setecentos e oitenta reais e noventa e dois centavos).

5.3. Do agrupamento de itens em lotes

A aquisição/contratação se dará em lotes?

(X) Não

() Sim

Justificativa: O credenciamento se dará por procedimento individual.

5.4. Será admitida a subcontratação?

() Não

(X) Sim

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.

6. PRAZOS DE ENTREGA E PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

6.1. Da execução

6.1.1. O quantitativo total de procedimentos estimado para a prestação destes serviços será distribuído entre as empresas contratadas de acordo com as necessidades e critérios da Secretaria Municipal de Saúde de Indaial, o número de credenciados e a capacidade técnica declarada de cada contratada.

6.1.2. Os atendimentos serão realizados exclusivamente para os usuários devidamente regulados pelo Sistema SISREG, que tenham sido encaminhados pela Rede Municipal de Saúde de Indaial, com agendamento prévio;

6.1.3. A prestação dos serviços poderá ser realizada tanto nas dependências da contratada quanto em unidades de saúde da SMS, conforme a natureza do serviço e a disponibilidade operacional da Secretaria Municipal de Saúde;

6.1.4. Disponibilizar agenda em dias e horários previamente pactuados, assegurando o integral cumprimento do cronograma estabelecido;



- 6.1.5. A contratada deverá disponibilizar agendamentos até o dia 30 de cada mês a Regulação da SMS, para execução dos serviços no mês subsequente; em havendo necessidade, poderão incluir serviços para agendamento e execução no próprio mês corrente;
- 6.1.6. Caso o prestador não envie a agenda nesse período será enviada advertência e caso persista o fato gerador da punição será realizada a suspensão temporária do contrato;
- 6.1.7. A regulação da fila e do processo de agendamento é responsabilidade exclusiva da SMS;
- 6.1.8. Na hipótese de necessidade de complementação dos serviços e/ou procedimentos inicialmente autorizados, o prestador deverá, de forma imediata e previamente à sua realização, solicitar formalmente autorização ao setor de Regulação, mediante apresentação de justificativa técnica devidamente fundamentada e assinada, contendo os dados completos do usuário, para fins de análise e eventual autorização, sob pena de inviabilização do respectivo pagamento;
- 6.1.9. Os serviços somente serão prestados mediante apresentação da requisição de procedimento e guia do SISREG acompanhado de documento de identificação com foto do usuário;
- 6.1.10. Os procedimentos da presente contratação poderão ser realizados nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde, desde que o espaço disponibilizado apresente condições adequadas à execução dos atendimentos.
- 6.1.11.
A utilização das dependências da Secretaria Municipal de Saúde para a realização dos atendimentos ficará condicionada ao interesse da Contratante, observadas as necessidades do serviço. Nesses casos, a organização dos atendimentos será definida pela Contratante, visando garantir a adequada prestação dos serviços à população usuária do Sistema Único de Saúde.
- 6.1.12. Deve ser garantida a acessibilidade adequada para os pacientes encaminhados para atendimento;
- 6.1.13. Do registro do atendimento no Sistema de Regulação Ambulatorial:



- a) **Confirmação do atendimento:** Todo atendimento realizado deverá, obrigatoriamente, ser confirmado pelo prestador do serviço na semana da ocorrência. A Coordenação Municipal de Regulação realizará periodicamente o monitoramento desse indicador e, quando não identificada à realização de tal atividade, este receberá advertência por escrito. Após a comunicação formal, o prestador que persistir na ausência de confirmação da realização do exame e/ou consulta e/ou procedimento terá seu pagamento suspenso até regularizar a situação;
- b) **Registro da Falta:** Realizar o registro da **FALTA** no Sistema de Regulação, quando o usuário faltar a avaliação. O registro deverá acontecer pelo prestador do serviço na semana da ocorrência. A Coordenação Municipal de Regulação realizará periodicamente o monitoramento desse indicador e, quando não identificada à realização de tal atividade, este receberá advertência por escrito. Após a comunicação formal, o prestador que persistir na ausência de confirmação da realização do exame e/ou consulta e/ou procedimento terá seu pagamento suspenso, até regularizar a situação;
- c) **Disponibilização das agendas:** A agenda do prestador deverá ser enviada à Coordenação de Regulação da SMS, respeitando a oferta contratada, na assinatura do contrato. Situações de afastamento (férias, licença saúde, entre outras) e alterações de agenda devem ser comunicadas preferencialmente, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.
- d) **Reagendamento de usuários:** Prioritariamente, o procedimento deve ser realizado na data agendada. Nos casos em que ocorra necessidade de reagendamento do usuário por motivos alheios a esta Secretaria, a responsabilidade da comunicação do reagendamento é do prestador. Este deve ocorrer até a próxima competência de processamento;



6.1.14. Para os serviços de prótese odontológica:

- a)** A contratada deverá fornecer GARANTIA na execução dos serviços, bem como por eventuais vícios ocultos, pelo prazo de no mínimo 120 (cento e vinte) dias.
- b)** A confecção total da prótese deverá ocorrer no prazo máximo de 30 dias a contar da retirada da moldagem inicial.
- c)** Os preços ofertados deverão incluir todos os custos diretos e indiretos da proponente, inclusive encargos sociais, trabalhistas e fiscais que recaiam sobre o objeto, de modo que nenhuma outra remuneração será devida pela adequada e perfeita prestação do objeto deste termo de referência.

6.2. Os procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade, a serem realizados nas unidades de saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), quando compatíveis com programas, campanhas ou portarias instituídas no âmbito federal ou estadual, poderão ser objeto de complementação financeira, observados rigorosamente os atos normativos específicos de recursos Federais, ou estaduais que os regulamentam o repasse.

- a)** A remuneração ocorrerá exclusivamente com base na produção efetivamente realizada pelo prestador e devidamente registrada, processada e aprovada nos sistemas oficiais de informação do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente o SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares) e o SIA/SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais).
- b)** O pagamento da complementação financeira ficará integral e indissociavelmente condicionado ao efetivo repasse dos recursos financeiros provenientes das esferas governamentais federal ou estadual, não gerando, em qualquer hipótese, direito subjetivo ao recebimento do complemento na ausência do correspondente repasse.
- c)** Nos procedimentos cirúrgicos em que o material e os equipamentos específicos necessários à execução do serviço sejam integralmente fornecidos pelo prestador, será devido o pagamento correspondente a



88% (oitenta e oito por cento) do valor total faturado pelos serviços realizados.

- d) Nos casos em que o procedimento cirúrgico não demandar o fornecimento de material ou equipamentos pelo prestador, o pagamento corresponderá a 50% (cinquenta por cento) do valor total do faturamento.
- e) Em ambas as hipóteses previstas nos itens d e e, o primeiro retorno pós-operatório não será passível de remuneração.

7. DO PAGAMENTO

7.1. A remuneração pela prestação de serviços será de acordo com a Tabela de Procedimentos e Valores constante neste Termo de Referência, estando inclusos taxas de administração, taxas de sala, custos diretos e indiretos, mão-de-obra, impostos, tarifas, encargos e outros dispêndios necessários para a realização dos serviços.

7.2. 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.

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

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.

7.3.1. **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.

7.3.2. **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.

7.4. 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.

7.4.1. 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.

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

7.5. 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.



- 7.6. O prestador deverá seguir as orientações relativas à emissão de Nota Fiscal solicitada pela Administração
- 7.7. O pagamento da produção possui previsão de 30 (trinta) dias após a apresentação da nota fiscal;
- 7.8. 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.
- 7.9. Não serão remunerados os casos de absenteísmo, assim entendidos como o não comparecimento do usuário do SUS ao atendimento previamente agendado;
- 7.10. Excepcionalmente, quando comprovado pelo contratado que a não conclusão do procedimento se deu por culpa exclusiva do usuário SUS, como a ausência de preparo ou outras causas devidamente comprovadas, o contratado terá direito ao recebimento de 50% (cinquenta por cento) do valor equivalente ao procedimento;
- 7.11. 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
- 7.11.1. 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.
- 7.12. 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

8. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA



- 8.1. Cumprir fielmente todas as obrigações constantes no Termo de Referência, Edital e Termo de Credenciamento assumindo os riscos e as despesas decorrentes da boa e perfeita execução dos serviços;
- 8.2. Alocar os empregados necessários, com habilitação e conhecimento adequados, ao perfeito cumprimento das cláusulas deste instrumento, fornecendo os materiais, equipamentos, ferramentas e utensílios demandados, cuja quantidade, qualidade e tecnologia deverão atender às recomendações de boa técnica e a legislação de regência;
- 8.3. Atender às convocações para participação em reuniões com as áreas técnicas da SMS, sempre que necessário, para o repasse e alinhamento de informações técnicas e operacionais.
- 8.4. Manter o ambiente de atendimento dos pacientes em perfeito estado de conservação, higiene, acessibilidade e funcionamento;
- 8.5. Estar de acordo com a Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida e outras providências e com as normas disposto na ABNT-NBR nº 9050, de 30 de junho de 2004;
- 8.6. Disponibilizar Atendimento Humanizado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH).
- 8.7. Dispor de Sistema informatizado com capacidade de armazenamento para guarda, armazenamento e manuseio dos prontuários dos pacientes, conforme as diretrizes estabelecidas pela Lei nº 13.787/2018 e Lei nº 13.709/2018;
- 8.8. O contratado deverá arquivar os laudos e prontuários por, no mínimo, 20 (vinte) anos, devendo estar facilmente recuperáveis e de forma a garantir sua rastreabilidade.
- 8.9. A solicitação, o registro e o processamento dos exames e procedimentos deverão ser realizados exclusivamente por meio dos formulários oficiais instituídos pelo Ministério da Saúde, quais sejam: o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), a Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade (APAC), quando aplicável, e a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), para os procedimentos que demandem

internação, observando-se integralmente as normas, fluxos, campos obrigatórios, códigos e demais critérios estabelecidos pelos sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente o SIA/SUS e o SIH/SUS, sob pena de glosa da produção apresentada

- 8.10. Para os atendimentos de consulta que incluam, em sua descrição, a realização de procedimentos complementares, o médico prestador deverá registrar em evolução médica no sistema oficial utilizado pelo Município os resultados obtidos, bem como as conclusões e condutas decorrentes dos laudos dos exames realizados, assegurando a adequada formalização em prontuário e a continuidade do cuidado.
- 8.11. Toda demanda por encaminhamentos, procedimentos e/ou cirurgias deverá ser devidamente formalizada e entregue ao usuário, em estrita observância aos protocolos do Sistema Único de Saúde (SUS), contendo, de forma completa e legível, as informações do paciente, de modo a possibilitar sua apresentação à unidade de referência competente e assegurar a continuidade da assistência;
- 8.12. O contratado deverá incluir CID (Código Internacional de Doenças) no registro dos procedimentos realizados, bem quando na emissão de laudos e prescrições especiais, devidamente autorizado pelo paciente;
- 8.13. Obriga-se à prescrição de medicamentos em conformidade com a Política Nacional de Medicamentos, excetuadas as situações previamente autorizadas pela Comissão de Ética Médica. A prescrição deverá observar os limites de competência para dispensação estabelecidos pelas normas do SUS, especialmente aqueles definidos na RENAME, em consonância com a REMUME e protocolos avalizados pela SMS;
- 8.14. Realizar os atendimentos conforme a capacidade assistencial ofertada, observando integralmente as diretrizes da regulação. O prestador deverá atender exclusivamente os usuários devidamente regulados pelo Sistema SISREG, encaminhados pela Rede Municipal de Saúde de Indaial.
- 8.15. Utilizar a ferramenta de regulação instituída em Santa Catarina: Sistema Nacional de Regulação – SISREG III, ou outro que vier a substituí-lo. Devendo destinar equipamento necessário para operacionalização do sistema (SISREG),



indicando profissionais aptos a utilizá-lo no perfil Solicitante e Executante - ambiente ambulatorial e/ou outros que vierem a integrar ou substituir.

- 8.16. Utilizar, quando estabelecimento próprio e/ou em unidade de saúde da SMS, o sistema de informação da SMS para: registro em prontuário eletrônico e fechamento de sua produção mensal, a ser instalado em momento oportuno.
- 8.17. Apresentar mensalmente arquivos e relatórios de produção de atendimento;
- 8.18. Utilizar o sistema SISREG como método de auditoria e comprovação de atendimento e comprovação de agendamento regulado. Em caso de a CONTRATANTE realizar atendimento não agendado e regulado este atendimento será rejeitado para pagamento.
- 8.19. Solicitar ao usuário ao final do atendimento, que assine e date a requisição de procedimento e guia do SISREG, para fins de controle e avaliação. No caso do usuário ser menor de idade ou portador de necessidades especiais, o responsável deverá assinar. Tal documentação, posteriormente deverá ser enviado a SMS quando do período do faturamento;
- 8.20. Registrar Falta: O prestador deverá realizar o registro da FALTA, quando o atendimento não for realizado, no Sistema de Regulação SISREG, ou qualquer outro que vier a substituí-lo até o final da competência (mês), pelo prestador do serviço. A Coordenação Municipal de Regulação realizará periodicamente o monitoramento desse indicador e, quando não identificada a realização de tal atividade, este receberá advertência por escrito. Após a comunicação formal, o prestador que persistir na ausência de confirmação da realização do exame e/ou consulta e/ou procedimento terá seu pagamento suspenso, até regularizar a situação;
- 8.21. Manter, durante toda a execução do contrato, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas neste instrumento.
- 8.22. Manter o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) atualizado, com todos os profissionais da equipe devidamente registrados e vinculados ao serviço garantindo a conformidade entre os profissionais cadastrados e os efetivamente atuantes no serviço.



- 8.23. Apresentar, sempre que solicitado, a habilitação dos profissionais executores do serviço.
- 8.24. Os serviços contratados deverão ser prestados pelos profissionais pertencentes ao quadro-técnico do prestador, de acordo com as condições e especificações estabelecidas neste instrumento e no contrato.
- 8.25. Prestar prontamente todos os esclarecimentos que forem solicitados pela SMS, e atender e/ou responder as reclamações relativas aos serviços prestados, bem como, responder as demandas de Ouvidoria recebidas no canal do município, de acordo o Art. 16, Parágrafo Único da Lei nº 13.460/2017, que dispõe sobre a participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública;
- 8.26. A contratada deverá estar sujeita a avaliação de satisfação do usuário realizada pela SMS por meio de pesquisa de satisfação, em consonância aos artigos 4º e 5º, da Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, artigo 23 da Lei 13.460 de 26 de junho de 2017 e do Programa de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS;
- 8.27. Sujeitar-se à mais ampla e irrestrita fiscalização por parte do servidor autorizado da Contratante, encarregado de acompanhar a execução do Contrato, prestando todos os esclarecimentos que lhes forem solicitados e atendendo às reclamações formuladas.
- 8.28. Permitir o livre acesso de servidores do Serviço de Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde, a qualquer tempo e lugar, a todos os atos e fatos relacionados direta e indiretamente com o instrumento pactuado, quando em missão de fiscalização exigindo-se sua identificação;
- 8.29. A CONTRATADA obriga-se a conceder livre acesso aos seus documentos e registros contábeis, físicos ou eletrônicos, referentes ao objeto contratado e custeado com recursos oriundos do respectivo instrumento, bem como a prestar todas as informações e esclarecimentos que lhe forem solicitados, a qualquer tempo, aos servidores do CONTRATANTE, aos órgãos de controle interno e externo da União, aos funcionários da mandatária e aos apoiadores técnicos, para fins de



acompanhamento, fiscalização, monitoramento e auditoria da execução do objeto contratual.

- 8.30. Reportar-se, quando houver necessidade, ao responsável pelo acompanhamento dos serviços do Município e tomar todas as providências pertinentes para que sejam corrigidas as falhas detectadas.
- 8.31. Relatar ao Município toda e qualquer irregularidade observada nas instalações onde houver prestação de serviços.
- 8.32. Acatar os protocolos e fluxos de atendimentos determinados pela Secretaria Municipal de Saúde de Indaial.
- 8.33. Ao longo da vigência contratual, poderão ser instituídos novos fluxos, formulários, nota técnicas e protocolos pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde, Colegiados de Gestão vinculados ao SUS, Consórcio Público Interfederativo de Saúde e Serviços do Vale Europeu - CISAMVE ou Secretaria Municipal de Saúde, os quais deverão ser obrigatoriamente observados e implementados pela contratada, sem que disso decorra qualquer ônus adicional para a Administração Pública.
- 8.34. Responsabilizar-se, caso ocorra eventualmente a paralisação dos serviços por parte dos seus profissionais, pela continuidade dos serviços, sem qualquer ônus ao Município.
- 8.35. Se o prestador deixar de executar os serviços, objeto do presente contrato, fica obrigado a reagendar novo procedimento até a próxima competência de processamento, sob risco de penalização por descumprimento contratual;
- 8.36. Justificar ao usuário, ou ao seu responsável, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato previsto no instrumento de Credenciamento. Fornecer a todos os usuários do SUS eventualmente não atendidos no serviço de saúde solicitado, certidão ou documento equivalente, no qual conste: nome do usuário, unidade de saúde, data, hora e motivo de recusa de atendimento, sempre que assim solicitarem, e caso a declaração de comparecimento



já não contenha essas informações (Recomendação nº 01/2017 do Ministério Público Federal – MPF), conforme Anexo V;

- 8.37. Comunicar a SMS, por escrito e com antecedência mínima de 10 (dez) dias úteis, os motivos de ordem técnica que impossibilitem a execução dos serviços ou quando verificar condições inadequadas ou a iminência de fatos que possam prejudicar a perfeita prestação dos serviços.
- 8.38. Refazer obrigatoriamente, às suas expensas, no total ou em partes, os serviços que apresentarem vícios, defeitos ou incorreções, resultantes da má execução, decorrentes de sua culpa ou dolo, sem prejuízo da indenização cabível à Prefeitura Municipal de Indaial/SMS/Fundo Municipal de Saúde (FMS) e ao usuário do SUS;
- 8.39. O exame cujo resultado se mostrar incompatível com a condição clínica do paciente poderá ser novamente solicitado pelo profissional requisitante, mediante apresentação de justificativa técnica devidamente fundamentada, devendo a sua repetição ocorrer sem ônus para a SMS. Tais situações poderão ser encaminhadas ao Fiscal do Contrato da SMS para avaliar a necessidade de revisão da rotina de realização do procedimento ou exame, com vistas a assegurar a sua adequada acurácia e qualidade;
- 8.40. Em nenhuma hipótese o prestador poderá cobrar do paciente ou de seu responsável qualquer complementação de valores dos serviços prestados referentes ao SUS.
- 8.41. O prestador receberá pelos serviços prestados exclusivamente os valores previstos neste edital. Eventual cobrança de qualquer valor excedente dos usuários ou seus responsáveis acarretará na imediata rescisão do contrato e sujeição à declaração de inidoneidade e responsabilização cível e criminal.
- 8.42. A Contratada é responsável, direta e exclusivamente, pela execução dos serviços, objeto deste Termo e, consequentemente, responde civil e criminalmente, por todos os danos e prejuízos que, na execução dele, venha, direta ou indiretamente, a provocar ou causar para o Município ou a terceiros, independentemente da fiscalização exercida pelo Município.

- 8.43. Assumir todas as responsabilidades e tomar as medidas necessárias ao atendimento de seus empregados, acidentados ou quando acometidos de mal súbito, assumindo ainda as responsabilidades civil, penal e demais sanções legais decorrentes do descumprimento destas.
- 8.44. Zelar pela intimidade e honra dos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo sigilo dos dados, conforme preconizado na Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD (Lei n.º 13.709/2018), realizando os serviços sem qualquer tipo de discriminação em relação aos pacientes particulares ou de outros convênios;
- 8.45. No que se refere aos serviços de prótese odontológica, além dos itens acima elencados e compatíveis como o serviço, caberá:
- 8.45.1. Transporte dos modelos/trabalhos protéticos ficará a cargo do prestador
- 8.45.2. Confecção de próteses totais superiores conforme as fases descritas abaixo (fases sob responsabilidade do Laboratório de Prótese):
- a. confecção dos modelos de gesso a partir das moldagens enviadas ao
 - b. laboratório;
 - c. confecção das moldeiras individuais;
 - d. confecção do plano de cera;
 - e. montagem dos dentes;
 - f. acrilização das próteses (dupla prensagem com caracterização ou não da gengiva e palato incolor quando necessário);
 - g. polimento das peças quando houver necessidade de desgastes para adaptação das peças;
 - h. os dentes estão incluídos na montagem pelo laboratório;
 - i. cada etapa deve ser obrigatoriamente aprovada e testada com o paciente pelo cirurgião dentista responsável e para isto o laboratório deverá enviar e buscar o produto no endereço indicado pela Secretaria Municipal de Saúde de Indaial/SC.
 - j. após a entrega do produto ao paciente haverá um prazo de garantia de 120 (cento e vinte) dias.



8.45.3. Confeção de próteses totais inferiores conforme as fases descritas abaixo
(Fases sob responsabilidade do Laboratório de Prótese):

- a. confecção dos modelos de gesso à partir das moldagens enviadas ao
- b. laboratório;
- c. confecção das moldeiras individuais;
- d. confecção do plano de cera;
- e. montagem dos dentes;
- f. acrilização das próteses (dupla prensagem com caracterização ou não da gengiva e palato incolor quando necessário);
- g. polimento das peças quando houver necessidade de desgastes para adaptação das peças;
- h. os dentes estão incluídos na montagem pelo laboratório;
- i. cada etapa deve ser obrigatoriamente aprovada e testada com o paciente pelo cirurgião dentista responsável e para isto o laboratório deverá enviar e buscar o produto no endereço indicado pela Secretaria Municipal de Saúde de Indaial/SC.
- j. após a entrega do produto ao paciente haverá um prazo de garantia de 120 (cento e vinte) dias.

9. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

- 9.1. Promover o acompanhamento e a fiscalização dos serviços prestados do presente Termo, sob os aspectos quantitativos e qualitativos, anotando em registro próprio as falhas detectadas e a noticiar a contratada sobre as ocorrências de quaisquer fatos que, a critério da contratante, exijam medidas corretivas por parte daquela.
- 9.2. Prestar quaisquer informações e esclarecimentos que venham a ser formalmente solicitados pela contratada e pertinente ao objeto do presente Termo.
- 9.3. Efetuar os pagamentos à contratada nos termos do contrato, do Edital e seus Anexos;
- 9.4. Aplicar à contratada as sanções regulamentares e contratuais quando da inexecução total ou parcial do contrato, e pelas demais infrações administrativas sujeitas à fiscalização.



- 9.5. Realizar a regulação do acesso do paciente, respeitando suas filas e a ordem de classificação;
- 9.6. Exigir o cumprimento dos recolhimentos tributários, trabalhistas e previdenciários através dos documentos pertinentes;
- 9.7. Notificar a contratada por escrito da ocorrência de eventuais imperfeições, falhas ou irregularidades constatadas no curso da execução dos serviços, fixando prazo para a sua correção, certificando-se de que as soluções por ele propostas sejam as mais adequadas.
- 9.8. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) reserva-se o direito de, após a realização de conferência técnica e administrativa por profissionais devidamente habilitados, por meio do setor de Monitoramento, Auditoria em Saúde, Controle e Avaliação, em parceria com os responsáveis técnicos da área, bem como mediante solicitação de auditoria e de informações complementares, proceder à glosa de despesas e procedimentos constantes nas faturas apresentadas, sempre que verificada inconsistência, inadequação ou desconformidade com as normas vigentes e com as condições pactuadas.

10. CLASSIFICAÇÃO DOS BENS

10.1. O objeto de contratação tem natureza de serviço comum, uma vez que é possível ter uma base de mercado quando buscamos alternativas parecidas, bem como, o objeto possui grande recorrência nas administrações públicas.

11. DA DESPESA E DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

11.1 As despesas para atender a esta licitação estão programadas em dotação orçamentária própria, conforme classificação abaixo:

Campo	Informação
Código Reduzido	417
Órgão	20 – Fundo Municipal de Saúde
Ação	2522 - Ações da Saúde - Média e Alta Complexidade



Vínculo	150010020000 - Saúde
Subelemento	3.3.90.39.50 - SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALAR, ODONTOLÓGICO E LABORATORIAL

12. GESTÃO E FISCALIZAÇÃO

12.1 O contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas e as normas da Lei nº 14.133, de 2021, e cada parte responderá pelas consequências de sua inexecução total ou parcial (Lei nº 14.133/2021, art. 115, caput).

12.1.1 ficam nomeados como gestor e fiscais dessa contratação os seguintes servidores:

Gestor:

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

Fiscal:

Nome: Neide Rosália de Barcelos
Cargo: Controle, Avaliação em Saúde
Matrícula: 1215753967-01
E-mail: ca.adm@saudeindaial.sc.gov.br

12.2 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).

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



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

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

12.6 SOBRE O MONITORAMENTO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

12.6.1 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.

12.6.2 Compete aos setores:

- 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, renovações 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.

13. DAS SANÇÕES

13.1 O atraso injustificado na execução do contrato sujeitará a CONTRATADA à multa de mora, na forma prevista no instrumento convocatório ou no contrato;



13.2 A multa não impede que a CONTRATANTE rescinda unilateralmente o contrato e aplique as outras sanções previstas na Lei 14.133/2021.

13.3 A multa, aplicada após regular processo administrativo, será descontada da garantia do respectivo contratado.

13.4 Pela inexecução total ou parcial do contrato a CONTRATANTE poderá, garantida a prévia defesa, aplicar ao contratado as seguintes sanções:

I - advertência;

II - multa, na forma prevista no instrumento convocatório ou no contrato;

III - impedimento de licitar ou contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos;

IV - declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública.

13.5 Na aplicação das sanções serão considerados:

I - a natureza e a gravidade da infração cometida;

II - as peculiaridades do caso concreto;

III - as circunstâncias agravantes ou atenuantes;

IV - os danos que dela provierem para a Administração Pública;

V - a implantação ou o aperfeiçoamento de programa de integridade, conforme normas e orientações dos órgãos de controle.

13.6 A sanção de advertência será aplicada exclusivamente pela infração administrativa prevista no inciso I do caput do art. 155 da Lei 14.133/2021, quando não se justificar a imposição de penalidade mais grave.

13.7 A sanção de multa, calculada na forma do edital ou do contrato, não poderá ser inferior a 0,5% (cinco décimos por cento) nem superior a 30% (trinta por cento) do valor do contrato licitado ou celebrado com contratação direta e será aplicada ao responsável por qualquer das infrações administrativas previstas no art. 155 da Lei 14.133/2021.

13.8 A sanção de impedimento de licitar ou contratar será aplicada ao responsável pelas infrações administrativas previstas nos incisos II, III, IV, V, VI e VII do caput do art. 155 da Lei 14.133/2021, quando não se justificar a imposição de penalidade mais grave, e impedirá o responsável de licitar ou contratar no âmbito da Administração Pública direta e indireta do ente federativo que tiver aplicado a sanção, pelo prazo máximo de 3 (três) anos.

13.9 A sanção de declaração de idoneidade para licitar ou contratar será aplicada ao responsável pelas infrações administrativas previstas nos incisos VIII, IX, X, XI e XII do caput do art. 155 da Lei 14.133/2021, bem como pelas infrações administrativas previstas nos incisos II, III, IV, V, VI e VII do caput do referido artigo que justifiquem a imposição de



penalidade mais grave que a sanção referida no § 4º deste artigo, e impedirá o responsável de licitar ou contratar no âmbito da Administração Pública direta e indireta de todos os entes federativos, pelo prazo mínimo de 3 (três) anos e máximo de 6 (seis) anos.

13.10 As sanções previstas nos incisos I, III e IV do item 13.4 supra poderão ser aplicadas cumulativamente com a multa.

13.11 Se a multa aplicada e as indenizações cabíveis forem superiores ao valor de pagamento eventualmente devido pela Administração ao contratado, além da perda desse valor, a diferença será descontada da garantia prestada ou será cobrada judicialmente.

13.12 A aplicação das sanções previstas nesse item 13.4 não exclui, em hipótese alguma, a obrigação de reparação integral do dano causado à Administração Pública.

14. DA FORMALIZAÇÃO E VIGÊNCIA DO CONTRATO

Prazo de contratação será de 12 meses, prorrogável por até 10 anos, na forma dos artigos 106 e 107 da Lei nº 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.

14.1. 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;

14.2. 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.

14.3. 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 expedirá resolução para formalização do reajuste.

15. DA RESCISÃO CONTRATUAL

15.1 O presente instrumento poderá ser extinto, nas situações elencadas art. 138 da Lei nº 14.133/2021.

15.2 Caso o contratado não cumpra a oferta pactuada por 1 (um) mês consecutivo ou 2 (dois) meses intercalados, sem justificativa, o contrato poderá ser rescindido unilateralmente, de acordo com as normas vigentes;

Indaial, 11 de junho de 2026.

Neide Rosália de Barcelos
Controle, Avaliação em Saúde

Gabriela Porto Manfredini
Coordenadora Geral de Monitoramento e Auditoria da Saúde

Jaqueline Mocelin
Secretária Municipal de Saúde de Indaial
Gestora do Fundo Municipal de Saúde



ANEXO I

1. TABELA DE PROCEDIMENTOS GERAIS

TABELA DE PROCEDIMENTOS GERAIS

CÓDIGO PROCEDI- MENTO	DE- SCRIÇÃO DO PRO- CEDI- MENTO	VALOR UNITÁRI O SIG- TAP	VALOR UNITÁ RIO COM- PLE- MENTO	VALOR UNITÁRI O TO- TAL	QUAN- TIDADE ANO	VALOR TOTAL POR PROCED- IMENTO - ANO	OB- SERVA ÇÃO
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	Atendi- mento Exclu- sivo 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	R\$ 10,00	R\$ 90,00	R\$ 100,00	540	R\$ 54.000,00	



**Secretaria
de Saúde**

Cuidando
de Você.



	ESPECIAL- IZADA - NE- FROLOGIA						
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIAL- IZADA - ORTOPEDIA/ TRAUMATO- LOGIA	R\$ 10,00	R\$ 90,00	R\$ 100,00	8400	R\$ 840.000,00	
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIAL- IZADA - PEDI- ATRIA	R\$ 10,00	R\$ 90,00	R\$ 100,00	1200	R\$ 120.000,00	
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIAL- IZADA - PROCTOLO- GIA	R\$ 10,00	R\$ 90,00	R\$ 100,00	504	R\$ 50.400,00	
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIAL- IZADA - URO- LOGIA GERAL	R\$ 10,00	R\$ 90,00	R\$ 100,00	1920	R\$ 192.000,00	
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIAL- IZADA - CAR- DIOLOGIA ((inclui eletro- cardiograma e laudo)	R\$ 10,00	R\$ 120,00	R\$ 130,00	3960	R\$ 514.800,00	
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIAL- IZADA - CAR- DIOLOGIA PEDIÁTRICA (0 A 16 Anos)	R\$ 10,00	R\$ 340,00	R\$ 350,00	60	R\$ 21.000,00	



**Secretaria
de Saúde**

Cuidando
de Você.



	((inclui eletrocardiograma e laudo)						
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	R\$ 10,00	R\$ 340,00	R\$ 350,00	240	R\$ 84.000,00	



	PEDIÁTRICA (0 A 16 Anos)						
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIAL- IZADA - GASTROEN- TEROLOGIA 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 ESPECIAL- IZADA - NEU- ROLOGIA PEDIÁTRICA (0 A 16 Anos)	R\$ 10,00	R\$ 340,00	R\$ 350,00	3720	R\$ 1.302.000,00	Atendi- mento Exclu- sivo na SMS
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIAL- IZADA - PNEUMOLO- GIA 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 ESPECIAL- IZADA - PSIQUIATRIA PEDIÁTRICA (0 A 16 ANOS)	R\$ 10,00	R\$ 340,00	R\$ 350,00	360	R\$ 126.000,00	Atendi- mento Exclu- sivo na SMS
CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)							
03.01.01.004	CONSULTA DE PROFIS- SIONAIS DE NÍVEL SUPE- RIOR NA ATENÇÃO ESPECIAL- IZADA (EX- CETO MÉ-	R\$ 6,30	R\$ 63,70	R\$ 70,00	1200	R\$ 84.000,00	Atendi- mento Exclu- sivo na SMS



**Secretaria
de Saúde**

Cuidando
de Você.



	DICO) - FON- OAUDIOLO- GIA						
03.01.01.004	CONSULTA DE PROFIS- SIONAIS DE NÍVEL SUPE- RIOR NA ATENÇÃO ESPECIAL- IZADA (EX- CETO MÉ- DICO) - TER- APIA OCU- PACIONAL	R\$ 6,30	R\$ 63,70	R\$ 70,00	600	R\$ 42.000,00	Atendi- mento Exclu- sivo na SMS
03.01.01.004	CONSULTA DE PROFIS- SIONAIS DE NÍVEL SUPE- RIOR NA ATENÇÃO ESPECIAL- IZADA (EX- CETO MÉ- DICO) - NEU- ROPSICOLO- GIA	R\$ 6,30	R\$ 63,70	R\$ 70,00	1200	R\$ 84.000,00	Atendi- mento Exclu- sivo na SMS
03.01.01.004	CONSULTA DE PROFIS- SIONAIS DE NÍVEL SUPE- RIOR NA ATENÇÃO ESPECIAL- IZADA (EX- CETO MÉ- DICO) - PSI- COLOGIA	R\$ 6,30	R\$ 63,70	R\$ 70,00	1200	R\$ 84.000,00	Atendi- mento Exclu- sivo na SMS
ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO PSICOSSOCIAL / REABILITAÇÃO *							
03.01.08.017	ATENDI- MENTO INDIV- IDUAL EM PSICOTERA- PIA (Máximo 15 Sessões - Sequenciais)	R\$ 2,55	R\$ 47,45	R\$ 50,00	18000	R\$ 900.000,00	Atendi- mento Exclu- sivo na SMS con- forme as ob- servaçõe s do An- exo I



**Secretaria
de Saúde**

Cuidando
de Você.



03.01.04.004	ATENDI- MENTO INDI- VIDUAL EM TERAPIA OC- UPACIONAL (Máximo 15 Sessões - Se- quenciais)	R\$ 2,81	R\$ 67,19	R\$ 70,00	9000	R\$ 630.000,00	Atendi- mento Exclu- sivo na SMS con- forme as ob- servaçõe s do An- exo I
03.01.07.011	ATENDI- MENTO INDI- VIDUAL EM TERAPIA FONOAUDIO- LÓGICA (Máximo 15 Sessões - Sequenciais)	R\$ 10,90	R\$ 39,10	R\$ 50,00	18000	R\$ 900.000,00	Atendi- mento Exclu- sivo na SMS con- forme as ob- servaçõe s do An- exo I
02.11.10.001	APLICAÇÃO DE TESTE PARA PSICODI- AGNÓSTICO	R\$ 2,74	R\$ 0,00	R\$ 2,74	18024	R\$ 49.385,76	Atendi- mento Exclu- sivo na SMS con- forme as ob- servaçõe s do An- exo I
TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS							
ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ODONTOLOGIA							
07.01.07.004	COROA DE ACO E POLI- CARBOXI- LATO	R\$ 23,54	R\$ 50,04	R\$ 73,58	240	R\$ 17.659,20	
07.01.07.012	PRÓTESE TOTAL MAN- DIBULAR	R\$ 225,00	R\$ 239,24	R\$ 464,24	120	R\$ 55.708,80	
07.01.07.013	PRÓTESE TOTAL MAXI- LAR	R\$ 225,00	R\$ 239,24	R\$ 464,24	120	R\$ 55.708,80	



**Secretaria
de Saúde** Cuidando
de Você.



07.01.07.014	PRÓTESE CORO- NÁRIAS / IN- TRARRADIC- ULARES FIXAS / ADESIVAS (POR ELE- MENTO)	R\$ 0,00	R\$ 180,00	R\$ 180,00	120	R\$ 21.600,00	
03.07.04.008	REEMBASAM ENTO E CONCERTO DE PROTESE DENTARIA	R\$ 1,16	R\$ 118,84	R\$ 120,00	120	R\$ 14.400,00	
RADIOGRAFIA ODONTOLÓGICA							
02.04.01.017	RADIO- GRAFIA PANORÂMIC A (MAN- DÍBULA / MAXILA)	R\$ 9,30	R\$ 75,00	R\$ 84,30	300	R\$ 25.290,00	
APLICAÇÃO DE CONTRASTE							
	APLICAÇÃO DE CON- TRASTE EM PROCEDI- MENTOS DE DI- AGNÓSTICO POR TOMO- GRAFIA - RESSONÂN- CIA MAG- NÉTICA - AN- GIO- RESSONÂN- CIA	R\$ 0,00	R\$ 125,00	R\$ 125,00	1200	R\$ 150.000,00	
DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA - GERAL							
02.05.01.001	ECOCARDIO- GRAFIA DE ESTRESSE	R\$ 165,00	R\$ 135,00	R\$ 300,00	360	R\$ 108.000,00	
02.05.01.002	ECOCARDIO- GRAFIA TRANSESOF ÁGICA	R\$ 165,00	R\$ 132,00	R\$ 297,00	60	R\$ 17.820,00	



02.05.01.003	ECOCARDIO- GRAFIA TRANSTORÁ- CICA	R\$ 67,86	R\$ 74,14	R\$ 142,00	1200	R\$ 170.400,00	
02.05.01.004	ULTRASSO- NOGRAFIA 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	ULTRASSO- NOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OB- STÉTRICO	R\$ 42,90	R\$ 41,48	R\$ 84,38	60	R\$ 5.062,80	
02.05.02.001	ECODOP- PLER TRAN- SCRANIANO	R\$ 117,00	R\$ 22,71	R\$ 139,71	60	R\$ 8.382,60	
02.05.02.002	PAQUIME- TRIA UL- TRASSÔNICA (MONOCU- LAR)	R\$ 14,81	R\$ 0,00	R\$ 14,81	120	R\$ 1.777,20	
02.05.02.003	ULTRASSO- NOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00	348	R\$ 20.880,00	
02.05.02.004	ULTRASSO- NOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	R\$ 37,95	R\$ 37,05	R\$ 75,00	840	R\$ 63.000,00	
02.05.02.005	ULTRASSO- NOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00	1440	R\$ 86.400,00	
02.05.02.006	ULTRASSO- NOGRAFIA DE ARTICU- LAÇÃO	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00	2400	R\$ 144.000,00	
02.05.02.007	ULTRASSO- NOGRAFIA	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00	60	R\$ 3.600,00	



	DE BOLSA ESCROTAL						
02.05.02.008	ULTRASSO- NOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MO- NOCULAR)	R\$ 24,20	R\$ 25,80	R\$ 50,00	60	R\$ 3.000,00	
02.05.02.009	ULTRASSO- NOGRAFIA MAMARIA BI- LATERAL	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00	840	R\$ 50.400,00	
02.05.02.010	ULTRASSO- NOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA AB- DOMINAL)	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00	600	R\$ 36.000,00	
02.05.02.011	ULTRASSO- NOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETA L)	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00	600	R\$ 36.000,00	
02.05.02.012	ULTRASSO- NOGRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00	300	R\$ 18.000,00	
02.05.02.014	ULTRASSO- NOGRAFIA OBSTÉTRICA	R\$ 24,20	R\$ 40,80	R\$ 65,00	1920	R\$ 124.800,00	
02.05.02.016	ULTRASSO- NOGRAFIA PÉLVICA (GINECO- LÓGICA)	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00	132	R\$ 7.920,00	
02.05.02.017	ULTRASSO- NOGRAFIA TRANSFON- TANELA	R\$ 24,20	R\$ 71,80	R\$ 96,00	36	R\$ 3.456,00	
02.05.02.018	ULTRASSO- NOGRAFIA TRANSVAGI- NAL	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00	2400	R\$ 144.000,00	



**Secretaria
de Saúde**

Cuidando
de Você.



02.05.02.006	ULTRASSO- NOGRAFIA DE PARTES MOLES	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00	180	R\$ 10.800,00	
02.05.02.006	ULTRASSO- NOGRAFIA DE ESTRU- TURAS SU- PERFICIAIS (CERVICAL, AXILAS, MÚSCULO OU TENDÃO)	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00	24	R\$ 1.440,00	
02.05.02.003	ULTRASSO- NOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00	300	R\$ 18.000,00	
02.05.02.014	ULTRASSO- NOGRAFIA 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 (UNILAT- ERAL)	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00	372	R\$ 55.800,00	
02.05.01.004	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR (UNILAT- ERAL)	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 AR- TÉRIAS PE- NIANAS (SEM	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00	60	R\$ 9.000,00	



	FÁRMACO- INDUÇÃO)						
02.05.01.004	DOPPLER COLORIDO DE CARÓTI- DAS	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 VERTE- BRAIS)	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00	24	R\$ 3.600,00	
02.05.01.004	DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS VENOSOS BI- LATERAL (SUBCLA- VIAS E JUG- ULARES)	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00	24	R\$ 3.600,00	
02.05.01.004	DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO IN- FERIOR (UNI- LATERAL)	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00	3000	R\$ 450.000,00	
02.05.01.004	DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO SU- PERIOR (UNI- LATERAL)	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00	60	R\$ 9.000,00	
02.05.01.004	ULTRASSO- NOGRAFIA CERVICAL COM DOP- PLER	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00	12	R\$ 1.800,00	
02.05.01.004	ULTRASSO- NOGRAFIA DE TIREOIDE COM DOP- PLER	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00	72	R\$ 10.800,00	



02.05.01.004	ULTRASSO- NOGRAFIA TRANSVAGI- NAL COM DOPPLER	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00	36	R\$ 5.400,00	
02.05.01.004	ULTRASSO- NOGRAFIA VASCULAR DOPPLER COLORIDO	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00	60	R\$ 9.000,00	
02.05.02.007	ULTRASSO- NOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL COM DOP- PLER	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00	24	R\$ 1.440,00	
DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA							
02.07.01.003	RESSONÂN- CIA MAG- NÉTICA DE COLUNA CERVICAL / PESCOÇO	R\$ 268,75	R\$ 46,25	R\$ 315,00	60	R\$ 18.900,00	
02.07.01.004	RESSONÂN- CIA MAG- NÉTICA DE COLUNA LOMBO-SA- CRA	R\$ 268,75	R\$ 46,25	R\$ 315,00	180	R\$ 56.700,00	
02.07.01.005	RESSONÂN- CIA MAG- NÉTICA DE COLUNA TO- RÁCICA	R\$ 268,75	R\$ 46,25	R\$ 315,00	120	R\$ 37.800,00	
02.07.01.006	RESSONÂN- CIA MAG- NÉTICA DE CRÂNIO	R\$ 268,75	R\$ 46,25	R\$ 315,00	120	R\$ 37.800,00	
02.07.01.007	RESSONÂN- CIA MAG- NÉTICA DE SELA TÚR- CICA	R\$ 268,75	R\$ 46,25	R\$ 315,00	60	R\$ 18.900,00	
02.07.02.002	RESSONÂN- CIA MAG- NÉTICA DE	R\$ 268,75	R\$ 46,25	R\$ 315,00	60	R\$ 18.900,00	



**Secretaria
de Saúde**

Cuidando
de Você.



	MEMBRO SUPERIOR (UNILAT- ERAL)						
02.07.02.003	RESSONÂN- CIA MAG- NÉTICA DE TÓRAX	R\$ 268,75	R\$ 46,25	R\$ 315,00	60	R\$ 18.900,00	
02.07.03.001	RESSONÂN- CIA MAG- NÉTICA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 268,75	R\$ 46,25	R\$ 315,00	60	R\$ 18.900,00	
02.07.03.002	RESSONÂN- CIA MAG- NÉTICA DE BACIA / PELVE / ABDÔMEN INFERIOR	R\$ 268,75	R\$ 46,25	R\$ 315,00	60	R\$ 18.900,00	
02.07.03.003	RESSONÂN- CIA MAG- NÉTICA DE MEMBRO IN- FERIOR (UNI- LATERAL)	R\$ 268,75	R\$ 46,25	R\$ 315,00	60	R\$ 18.900,00	
02.07.03.004	RESSONÂN- CIA MAG- NÉTICA DE VIAS BILI- ARES / COL- ANGIO- RESSONÂN- CIA	R\$ 268,75	R\$ 46,25	R\$ 315,00	24	R\$ 7.560,00	
DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA							
02.06.01.001	TOMO- GRAFIA COMPU- TADORIZADA DE COLUNA CERVICAL COM OU SEM CON- TRASTE	R\$ 86,76	R\$ 0,00	R\$ 86,76	60	R\$ 5.205,60	
02.06.01.002	TOMO- GRAFIA	R\$ 101,10	R\$ 0,00	R\$ 101,10	60	R\$ 6.066,00	



**Secretaria
de Saúde** Cuidando
de Você.



	COMPU- TADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SA- CRA COM OU SEM CON- TRASTE						
02.06.01.003	TOMO- GRAFIA COMPU- TADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA COM OU SEM CON- TRASTE	R\$ 86,76	R\$ 0,00	R\$ 86,76	60	R\$ 5.205,60	
02.06.01.004	TOMO- GRAFIA COMPU- TADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / AR- TICULAÇÕES TEMPORO- MANDIBU- LARES	R\$ 86,75	R\$ 0,00	R\$ 86,75	60	R\$ 5.205,00	
02.06.01.005	TOMO- GRAFIA COMPU- TADORIZADA DO PESCOÇO	R\$ 86,75	R\$ 0,00	R\$ 86,75	12	R\$ 1.041,00	
02.06.01.006	TOMO- GRAFIA COMPU- TADORIZADA DE SELA TÚRCICA	R\$ 97,44	R\$ 0,00	R\$ 97,44	12	R\$ 1.169,28	
02.06.01.007	TOMO- GRAFIA COMPU- TADORIZADA DO CRÂNIO	R\$ 97,44	R\$ 0,00	R\$ 97,44	300	R\$ 29.232,00	
02.06.02.001	TOMO- GRAFIA COMPU- TADORIZADA	R\$ 86,75	R\$ 0,00	R\$ 86,75	12	R\$ 1.041,00	



**Secretaria
de Saúde** Cuidando
de Você.



	DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR						
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	R\$ 6,88	R\$ 10,12	R\$ 17,00	504	R\$ 8.568,00	



**Secretaria
de Saúde**

Cuidando
de Você.



	CAVUM (LATERAL + HIRTZ)						
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 TÚRICA (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 COLUMNA 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 COLUMNA	R\$ 8,19	R\$ 8,81	R\$ 17,00	372	R\$ 6.324,00	



**Secretaria
de Saúde**

Cuidando
de Você.



	CERVICAL (AP + LAT- ERAL + TO / FLEXAO)						
02.04.02.005	RADIO- GRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINÂMICA	R\$ 10,29	R\$ 7,71	R\$ 18,00	60	R\$ 1.080,00	
02.04.02.006	RADIO- GRAFIA DE COLUNA LOMBO-SA- CRA	R\$ 10,96	R\$ 7,04	R\$ 18,00	1800	R\$ 32.400,00	
02.04.02.007	RADIO- GRAFIA DE COLUNA LOMBO-SA- CRA (COM OBLÍQUAS)	R\$ 14,90	R\$ 4,10	R\$ 19,00	720	R\$ 13.680,00	
02.04.02.008	RADIO- GRAFIA DE COLUNA LOMBO-SA- CRA FUN- CIONAL / DINÂMICA	R\$ 16,88	R\$ 2,12	R\$ 19,00	72	R\$ 1.368,00	
02.04.02.009	RADIO- GRAFIA DE COLUNA TO- RÁCICA (AP + LATERAL)	R\$ 9,16	R\$ 8,84	R\$ 18,00	420	R\$ 7.560,00	
02.04.02.010	RADIO- GRAFIA DE COLUNA TÓRACO- LOMBAR	R\$ 9,73	R\$ 8,27	R\$ 18,00	480	R\$ 8.640,00	
02.04.02.011	RADIO- GRAFIA DE COLUNA TÓRACO- LOMBAR DINÂMICA	R\$ 15,58	R\$ 3,42	R\$ 19,00	60	R\$ 1.140,00	
02.04.02.013	RADIO- GRAFIA PAN- ORAMICA DE	R\$ 0,00	R\$ 18,00	R\$ 18,00	60	R\$ 1.080,00	



	COLUNA TO- TAL- TELE- SPONDILO- GRAFIA (P/ ESCOLIOSE)						
02.04.02.012	RADIO- GRAFIA DE REGIÃO SACROCOC- CÍGEA	R\$ 7,80	R\$ 9,20	R\$ 17,00	120	R\$ 2.040,00	
02.04.03.003	MAMO- GRAFIA	R\$ 22,50	R\$ 1,50	R\$ 24,00	120	R\$ 2.880,00	
02.04.03.007	RADIO- GRAFIA DE COSTELAS (POR HEMI- TÓRAX)	R\$ 8,37	R\$ 1,63	R\$ 10,00	192	R\$ 1.920,00	
02.04.03.009	RADIO- GRAFIA DE ESTERNO	R\$ 7,98	R\$ 2,02	R\$ 10,00	24	R\$ 240,00	
02.04.03.012	RADIO- GRAFIA DE TÓRAX (ÂPICO- LORDÓR- TICA)	R\$ 5,56	R\$ 11,44	R\$ 17,00	12	R\$ 204,00	
02.04.03.013	RADIO- GRAFIA DE TÓRAX (PA + INSPIRAÇÃO + EX- PIRAÇÃO + LATERAL)	R\$ 14,32	R\$ 4,68	R\$ 19,00	12	R\$ 228,00	
02.04.03.015	RADIO- GRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL)	R\$ 9,50	R\$ 8,50	R\$ 18,00	3600	R\$ 64.800,00	
02.04.03.016	RADIO- GRAFIA DE TÓRAX (PA PADRÃO OIT)	R\$ 6,55	R\$ 10,45	R\$ 17,00	12	R\$ 204,00	
02.04.03.017	RADIO- GRAFIA DE TÓRAX (PA)	R\$ 6,88	R\$ 10,12	R\$ 17,00	180	R\$ 3.060,00	



02.04.03.018	MAMO- GRAFIA BI- LATERAL PARA RASTREAME NTO	R\$ 45,00	R\$ 0,00	R\$ 45,00	2820	R\$ 126.900,00	
02.04.04.001	RADIO- GRAFIA DE ANTEBRAÇO	R\$ 6,42	R\$ 10,58	R\$ 17,00	60	R\$ 1.020,00	
02.04.04.002	RADIO- GRAFIA DE ARTICU- LAÇÃO ACROMIO- CLAVICULAR	R\$ 7,40	R\$ 9,60	R\$ 17,00	120	R\$ 2.040,00	
02.04.04.003	RADIO- GRAFIA DE ARTICU- LAÇÃO ES- CAPULO- MERAL	R\$ 7,40	R\$ 9,60	R\$ 17,00	120	R\$ 2.040,00	
02.04.04.004	RADIO- GRAFIA DE ARTICU- LAÇÃO ES- TERNOCLA- VICULAR	R\$ 7,40	R\$ 9,60	R\$ 17,00	12	R\$ 204,00	
02.04.04.005	RADIO- GRAFIA DE BRAÇO	R\$ 7,77	R\$ 9,23	R\$ 17,00	84	R\$ 1.428,00	
02.04.04.006	RADIO- GRAFIA DE CLAVÍCULA	R\$ 7,40	R\$ 9,60	R\$ 17,00	60	R\$ 1.020,00	
02.04.04.007	RADIO- GRAFIA DE COTOVELO	R\$ 5,90	R\$ 11,10	R\$ 17,00	120	R\$ 2.040,00	
02.04.04.008	RADIO- GRAFIA DE DEDOS DA MÃO	R\$ 5,62	R\$ 11,38	R\$ 17,00	180	R\$ 3.060,00	
02.04.04.009	RADIO- GRAFIA DE MÃO	R\$ 6,30	R\$ 10,70	R\$ 17,00	720	R\$ 12.240,00	
02.04.04.010	RADIO- GRAFIA DE	R\$ 6,00	R\$ 11,00	R\$ 17,00	240	R\$ 4.080,00	



**Secretaria
de Saúde**

Cuidando
de Você.



	MÃO E PUNHO (PARA DE- TERMI- NAÇÃO DE IDADE ÓS- SEA)						
02.04.04.011	RADIO- GRAFIA DE ESCÁPULA / OMBRO (TRÊS POSIÇÕES)	R\$ 7,98	R\$ 9,02	R\$ 17,00	360	R\$ 6.120,00	
02.04.04.012	RADIO- GRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLÍQUA)	R\$ 6,91	R\$ 10,09	R\$ 17,00	300	R\$ 5.100,00	
02.04.05.012	RADIO- GRAFIA DE ABDÔMEN AGUDO (MÍ- NIMO DE 3 INCIDÊN- CIAS)	R\$ 15,30	R\$ 3,70	R\$ 19,00	12	R\$ 228,00	
02.04.05.013	RADIO- GRAFIA DE ABDÔMEN SIMPLES (AP)	R\$ 7,17	R\$ 9,83	R\$ 17,00	24	R\$ 408,00	
02.04.06.002	DENSITOME- TRIA ÓSSEA DUO-ENER- GÉTICA 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	ESCANOME- TRIA	R\$ 7,77	R\$ 12,23	R\$ 20,00	60	R\$ 1.200,00	
02.04.06.006	RADIO- GRAFIA DE ARTICU- LAÇÃO COXOFEMO- RAL	R\$ 7,77	R\$ 9,23	R\$ 17,00	240	R\$ 4.080,00	



02.04.06.007	RADIO- GRAFIA DE ARTICU- LAÇÃO	R\$ 7,77	R\$ 9,23	R\$ 17,00	60	R\$ 1.020,00	
02.04.06.008	RADIO- GRAFIA DE ARTICU- LAÇÃO TIBI- OTÁRSICA	R\$ 6,50	R\$ 10,50	R\$ 17,00	360	R\$ 6.120,00	
02.04.06.009	RADIO- GRAFIA DE BACIA	R\$ 7,77	R\$ 9,23	R\$ 17,00	1080	R\$ 18.360,00	
02.04.06.010	RADIO- GRAFIA DE CALCÂNEO	R\$ 6,50	R\$ 10,50	R\$ 17,00	360	R\$ 6.120,00	
02.04.06.011	RADIO- GRAFIA DE COXA	R\$ 8,94	R\$ 9,06	R\$ 18,00	120	R\$ 2.160,00	
02.04.06.012	RADIO- GRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R\$ 6,78	R\$ 10,22	R\$ 17,00	1440	R\$ 24.480,00	
02.04.06.013	RADIO- GRAFIA 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	RADIO- GRAFIA 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	RADIO- GRAFIA DE PÉ / DEDOS DO PÉ	R\$ 6,78	R\$ 10,22	R\$ 17,00	960	R\$ 16.320,00	
02.04.06.016	RADIO- GRAFIA DE PERNA	R\$ 8,94	R\$ 9,06	R\$ 18,00	240	R\$ 4.320,00	
02.04.06.017	RADIO- GRAFIA PANORÂMICA	R\$ 9,29	R\$ 8,71	R\$ 18,00	120	R\$ 2.160,00	



**Secretaria
de Saúde** Cuidando
de Você.



	A DE MEM- BROS INFE- RIORES						
DIAGNÓSTICO POR CARDIOLOGIA							
02.11.02.004	MONITO- RAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HORAS (3 CANALIS)	R\$ 30,00	R\$ 100,00	R\$ 130,00	300	R\$ 39.000,00	
02.11.02.005	MONITOR- IZAÇÃO AM- BULATORIAL 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 ER- GOMÉTRICO	R\$ 30,00	R\$ 112,00	R\$ 142,00	336	R\$ 47.712,00	
DIAGNÓSTICO POR NEUROLOGIA							
02.11.05.002	ELETRO- ENCEFALO- GRAFIA EM VIGÍLIA COM OU SEM FO- TOESTÍMULO	R\$ 11,34	R\$ 78,66	R\$ 90,00	12	R\$ 1.080,00	
02.11.05.003	ELETRO- ENCEFALO- GRAMA EM SONO IN- DUZIDO COM OU SEM MEDICA- MENTO (EEG)	R\$ 25,00	R\$ 89,00	R\$ 114,00	12	R\$ 1.368,00	
02.11.05.004	ELETRO- ENCEFALO- GRAMA EM VIGÍLIA E SONO ES- PONTÂNEO COM OU	R\$ 25,00	R\$ 98,00	R\$ 123,00	60	R\$ 7.380,00	



**Secretaria
de Saúde** Cuidando
de Você.



	SEM FO- TOESTÍMULO (EEG)						
02.11.05.005	ELETRO- ENCEFALO- GRAMA QUANTITA- TIVO COM MAPEA- MENTO (EEG)	R\$ 25,00	R\$ 95,00	R\$ 120,00	24	R\$ 2.880,00	
02.11.05.010	POLISSONO- GRAFIA	R\$ 125,00	R\$ 117,00	R\$ 242,00	60	R\$ 14.520,00	
DIAGNÓSTICO POR UROLOGIA							
02.11.09.001	AVALIAÇÃO URO- DINÂMICA COMPLETA	R\$ 7,62	R\$ 277,38	R\$ 285,00	48	R\$ 13.680,00	
02.11.09.007	UROFLUXO- METRIA	R\$ 8,82	R\$ 87,18	R\$ 96,00	24	R\$ 2.304,00	
02.09.02.001	CISTOSCO- PIA E/OU URETER- OSCOPIA E/OU URET- ROSCOPIA	R\$ 18,00	R\$ 182,00	R\$ 200,00	60	R\$ 12.000,00	
DIAGNÓSTICO EM OFTALMOLOGIA							
02.11.06.001	BIOMETRIA UL- TRASSÔNICA (MONOCU- LAR)	R\$ 24,24	R\$ 0,00	R\$ 24,24	24	R\$ 581,76	
02.11.06.003	CAMPI- METRIA COMPU- TADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO (MONOCU- LAR)	R\$ 40,00	R\$ 0,00	R\$ 40,00	240	R\$ 9.600,00	
02.11.06.005	CERATOME- TRIA (BINOC- ULAR)	R\$ 3,37	R\$ 0,00	R\$ 3,37	24	R\$ 80,88	



**Secretaria
de Saúde**

Cuidando
de Você.



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	RETINOGRRAFIA 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 CÔRNEA	R\$ 24,24	R\$ 0,00	R\$ 24,24	120	R\$ 2.908,80	



	(MONOCU- LAR)						
02.11.06.028	TOMO- GRAFIA 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	COLON- OSCOPIA *	R\$ 112,66	R\$ 351,34	R\$ 464,00	1140	R\$ 528.960,00	
02.09.01.003	ESO- FAGOGAS- TRODUE- DENOSCO- PIA*	R\$ 48,16	R\$ 308,84	R\$ 357,00	1320	R\$ 471.240,00	
02.09.01.005	RETOSSIG- MOIDOSCO- PIA*	R\$ 23,13	R\$ 173,87	R\$ 197,00	24	R\$ 4.728,00	
	ENDOSCO- PIA DIGES- TIVA COM DILATAÇÃO ESOFÁGICA	R\$ 0,00	R\$ 1.413,00	R\$ 1.413,00	24	R\$ 33.912,00	
	MATERIAL ESPECIAL - PINÇA/ALÇA/ AGULHA IN- JETORA/CLIP	R\$ 0,00	R\$ 107,00	R\$ 107,00	720	R\$ 77.040,00	Con- forme descrito em Ori- entações
	TRATA- MENTO ESCLERO- SANTE DE LESÃO HEM- ORRAGICA DO APARELHO DIGESTIVO POR COLON- OSCOPIA	R\$ 0,00	R\$ 1.521,00	R\$ 1.521,00	120	R\$ 182.520,00	
DIAGNÓSTICO EM OTORRINOLARINGOLOGIA/FONOAUDIOLOGIA							
02.09.04.002	LARINGOSC OPIA	R\$ 47,10	R\$ 2,90	R\$ 50,00	120	R\$ 6.000,00	



02.09.04.004	VIDEO-LARINGOSCÓPIA	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	120	R\$ 12.600,00	
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	R\$ 13,51	R\$ 3,49	R\$ 17,00	120	R\$ 2.040,00	



**Secretaria
de Saúde**

Cuidando
de Você.



	PARA TRI- AGEM AUDI- TIVA (TESTE DA ORELHINHA)						
	VIDEONASO- FIBROSCO- PIA FLEXÍVEL / VIDEOEN- DOSCOPIA NASO-SI- NUSAL COM ÓTICA FLEXÍVEL	R\$ 0,00	R\$ 81,00	R\$ 81,00	60	R\$ 4.860,00	
TERAPIAS ESPECIALIZADAS							
03.09.07.001	TRATA- MENTO ESCLERO- SANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEM- BROS INFE- RIORES (UNI- LATERAL)	R\$ 300,78	R\$ 549,22	R\$ 850,00	60	R\$ 51.000,00	Atendi- mento Exclu- sivo na SMS
03.09.07.002	TRATA- MENTO ESCLERO- SANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEM- BROS INFE- RIORES (BI- LATERAL)	R\$ 392,62	R\$ 549,38	R\$ 942,00	60	R\$ 56.520,00	Atendi- mento Exclu- sivo na SMS
DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO							
02.02.03.028-8	PESQUISA DE ANTICOR- POS ANTI- HELICOBAC- TER 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	



**Secretaria
de Saúde**

Cuidando
de Você.



04.17.01.006	SEDAÇÃO PARA ENDOSCOPIA OU COLONOSCOPIA OU TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA OU ANGIO-RESSONÂNCIA	R\$ 15,15	R\$ 436,85	R\$ 452,00	240	R\$ 108.480,00	
	PREPARO PARA SEDAÇÃO DE ENDOSCOPIA - COLONOSCOPIA - ULTRASSONOGRAFIA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA - ANGIO-RESSONÂNCIA (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	RECONSTITUIÇÃO 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	R\$ 107,61	R\$ 0,00	R\$ 107,61	24	R\$ 2.582,64	Atendimento



**Secretaria
de Saúde** Cuidando
de Você.



	SESSÃO) - MONOCULAR						Exclu- sivo na SMS
04.05.01.007	EXÉRESE DE CALÁZIO E OUTRAS PE- QUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPER- CÍLIOS	R\$ 78,75	R\$ 0,00	R\$ 78,75	36	R\$ 2.835,00	Atendi- mento Exclu- sivo na SMS
04.05.03.019	PAN-FOTO- COAGU- LAÇÃO DE RETINA A LA- SER	R\$ 430,46	R\$ 0,00	R\$ 430,46	60	R\$ 25.827,60	Atendi- mento Exclu- sivo 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	Atendi- mento Exclu- sivo na SMS
04.05.01.001	CORRECAO CIRURGICA DE EN- TROPIO E ECTROPIO	R\$ 203,74	R\$ 0,00	R\$ 203,74	240	R\$ 48.897,60	Atendi- mento Exclu- sivo na SMS
04.05.04.020	TRATA- MENTO DE PTOSE PAL- PEBRAL	R\$ 449,44	R\$ 0,00	R\$ 449,44	240	R\$ 107.865,60	Atendi- mento Exclu- sivo na SMS
04.05.01.012	RECONSTI- TUICAO PAR- CIAL DE PAL- PEBRA COM TARSOR- RAFIA	R\$ 311,04	R\$ 0,00	R\$ 311,04	300	R\$ 93.312,00	Atendi- mento Exclu- sivo na SMS
04.05.05.022	RECONSTI- TUIÇÃO DE FORNIX CONJUNTI- VAL	R\$ 436,44	R\$ 0,00	R\$ 436,44	300	R\$ 130.932,00	Atendi- mento Exclu- sivo na SMS
04.05.05.021	RFCO- BRIMENTO CONJUNTI VAL	R\$ 172,27	R\$ 0,00	R\$ 172,27	360	R\$ 62.017,20	Atendi- mento



							Exclu- sivo na SMS
04.05.05.036	TRATA- MENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	R\$ 209,55	R\$ 0,00	R\$ 209,55	360	R\$ 75.438,00	Atendi- mento Exclu- sivo na SMS
04.05.05.002	CAPSULO- TOMIA A YAG LASER (MO- NOCULAR)	R\$ 112,77	R\$ 0,00	R\$ 112,77	600	R\$ 67.662,00	Atendi- mento Exclu- sivo na SMS
04.05.05.037	FACOEMUL- SIFICAÇÃO COM IM- PLANTE DE LENTE IN- TRA-OCULAR DOBRÁVEL	R\$ 771,60	R\$ 0,00	R\$ 771,60	840	R\$ 648.144,00	Atendi- mento Exclu- sivo na SMS
CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, ÓRGÃOS ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL							
04.07.01.025	RETIRADA DE POLIPO DO TUBO DI- GESTIVO POR EN- DOSCOPIA (INCLUI ALÇA DE POLIPECTO- MIA))	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 POLIPECTO- MIA)	R\$ 13,63	R\$ 123,37	R\$ 137,00	480	R\$ 65.760,00	
	POLIPECTO- MIA DO ESO- FAGO, ES- TOMAGO OU DUODENO (INDE- PENDENTE	R\$ 0,00	R\$ 120,00	R\$ 120,00	600	R\$ 72.000,00	



**Secretaria
de Saúde**

Cuidando
de Você.



	DO NÚMERO DE PÓLIPOS) - UTILIZAÇÃO DE ALÇA DE POLIPECTO- MIA						
	MUCOSEC- TOMIA	R\$ 0,00	R\$ 781,00	R\$ 781,00	120	R\$ 93.720,00,00	
CIRURGIA DO APARELHO GENITURINÁRIO							
04.09.04.024	VASECTO- MIA	R\$ 438,87	R\$ 0,00	R\$ 438,87	240	R\$ 105.328,80	Atendi- mento Exclu- sivo na SMS
04.09.05.008	POSTECTO- MIA	R\$ 219,12	R\$ 0,00	R\$ 219,12	120	R\$ 26.294,40	Atendi- mento Exclu- sivo na SMS
PROCEDIMENTOS EM DERMATOLOGIA							
20.10.10.020	BIOPSIA / PUNCAO DE TUMOR SU- PERFICIAL DA PELE	R\$ 14,10	R\$ 0,00	R\$ 14,10	228	R\$ 3.214,80	
20.10.10.356	BIOPSIA DE PALPEBRA	R\$ 18,33	R\$ 0,00	R\$ 18,33	60	R\$ 1.099,80	
20.10.10.364	BIOPSIA DE PAVILHAO AURICULAR	R\$ 14,66	R\$ 0,00	R\$ 14,66	72	R\$ 1.055,52	
20.10.10.372	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	R\$ 25,83	R\$ 0,00	R\$ 25,83	360	R\$ 9.298,80	
20.10.105.26	BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	R\$ 21,56	R\$ 0,00	R\$ 21,56	72	R\$ 1.552,32	
30.30.80.019	CAUTER- IZAÇÃO QUÍMICA DE	R\$ 1,48	R\$ 0,00	R\$ 1,48	840	R\$ 1.243,20	



**Secretaria
de Saúde**

Cuidando
de Você.



	PEQUENAS LESÕES						
30.30.80.027	DESBASTA- MENTO DE CALOSIDADE E/OU MAL PERFU- RANTE (DESBASTA- MENTO)	R\$ 1,48	R\$ 0,00	R\$ 1,48	60	R\$ 88,80	
40.10.10.015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DE- BRIDAMENTO	R\$ 32,40	R\$ 0,00	R\$ 32,40	84	R\$ 2.721,60	
40.10.10.040	ELETRO- COAGULA- CAO DE LESAO CUTA- NEA	R\$ 11,84	R\$ 0,00	R\$ 11,84	120	R\$ 1.420,80	
40.10.10.058	EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE AN- EXOS E MU- COSA	R\$ 23,16	R\$ 0,00	R\$ 23,16	180	R\$ 4.168,80	
40.10.10.074	EXERESE DE TUMOR DE PELE E AN- EXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA	R\$ 12,46	R\$ 0,00	R\$ 12,46	432	R\$ 5.382,72	
40.10.10.090	FULGURA- CAO / CAU- TERIZACAO QUIMICA DE LESOES CU- TANEAS	R\$ 11,84	R\$ 0,00	R\$ 11,84	2400	R\$ 28.416,00	
40.10.10.104	INCISAO E DRENAGEM DE AB- SCCESSO	R\$ 11,84	R\$ 0,00	R\$ 11,84	120	R\$ 1.420,80	
40.10.10.112	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	R\$ 11,84	R\$ 0,00	R\$ 11,84	168	R\$ 1.989,12	



**Secretaria
de Saúde** Cuidando
de Você.



	SUBCUTA- NEO						
40.10.10.120	RETIRADA DE LESAO POR SHAV- ING	R\$ 19,79	R\$ 0,00	R\$ 19,79	120	R\$ 2.374,80	
ODONTOLOGIA *							
03.01.01.004	SERVIÇO ES- PECIAL- IZADO EM ATENDI- MENTO DE CIRURGIÃO DENTISTA - TRAUMATOL- OGISTA BU- COMAXILO- FACIAL	R\$ 100,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	1152	R\$ 115.200,00	
03.01.01.004	SERVIÇO ES- PECIAL- IZADO EM ATENDI- MENTO DE CIRURGIÃO DENTISTA - PERIODON- TISTA	R\$ 100,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	768	R\$ 76.800,00	
03.01.01.004	SERVIÇO ES- PECIAL- IZADO EM ATENDI- MENTO DE CIRURGIÃO DENTISTA - ENDODON- TISTA	R\$ 100,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	1152	R\$ 115.200,00	
03.01.01.005	SERVIÇO ES- PECIAL- IZADO EM ATENDI- MENTO DE CIRURGIÃO DENTISTA - ODONTOLO- GIA PARA PACIENTES COM NECES- SIDADES ES- PECIAIS	R\$ 100,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	768	R\$ 76.800,00	



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 pólipos 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 BIÓPSIA 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 anestesta no momento do procedimento (deverá ser comprovado com laudo do profissional anestesta). 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. Atendimento Odontológico (Serviço Especializado em Atendimento de Cirurgião Dentista : Traumatologista Bucomaxilofacial, Periodontista, Endodontista)

2.3.1. Traumatologista Bucomaxilofacial

- 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 Bidas 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.
- Ações Específicas: 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 distúrbios da ATM, procedimentos necessários à manutenção de saúde dentro da especialidade que envolvam o terço médio e inferior da face.

2.3.2. Periodontista

- 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 carióstático (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 ATENÇÃO 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 ATENÇÃO 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

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 recebi 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.



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 (dezesesseis) 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