CHAMADA PÚBLICA nº 01/2025 – COPIRN

CONTRATAÇÃO POR INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO DE PESSOAS JURÍDICAS PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

DOCUMENTAÇÃO

- **Edital**
- **Anexo I - Termo de Referência**
- **Anexo II- Declaração de Idoneidade**
- **Anexo III – Declaração de Não-Emprego de Menores**
- **Anexo IV – Minuta de Contrato**

CHAMADA PÚBLICA nº 01/2025 – COPIRN - CONTRATAÇÃO POR INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO DE PESSOAS JURÍDICAS PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Processo nº 286/2025 - COPIRN

O Consórcio Público Intermunicipal do Rio Grande do Norte – COPIRN no uso legal de suas atribuições estatutárias, de acordo com as disposições constantes na Lei n.º 14.133/2021 e alterações, na Lei n.º 8080/90, e demais leis pertinentes, torna público a realização de CHAMAMENTO PÚBLICO – CONTRATAÇÃO POR INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO DE PESSOAS JURÍDICAS PRESTADORES DE SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA REDE PRIVADA COM E SEM FINS LUCRATIVOS, COM E SEM TÍTULOS DE FILANTROPIA, QUE ESTEJAM APTAS E POSSUAM INTERESSE EM PRESTAR ATENDIMENTO/SERVIÇOS DE SAÚDE, DE FORMA COMPLEMENTAR, AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE ATENDIDOS PELOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS, nos termos das condições estabelecidas neste edital.

1. DO OBJETO:

O presente chamamento tem por objetivo o credenciamento de pessoas jurídicas interessadas em prestar os serviços na área de saúde pública (**consultas, exames e pequenas cirurgias eletivas**) para os Municípios Consorciados, conforme as suas necessidades, de acordo com a tabela discriminatória de serviços no Anexo – 01 deste Edital.

2. DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO:

2.1. O acesso ao credenciamento é livre a todas as empresas, desde que prestadoras de algum dos serviços constantes do objeto deste Edital, na forma do artigo 44 do Código Civil, e se dará a qualquer momento, a partir da data de publicação do presente, desde que atendidos os requisitos definidos no presente Edital.

2.2. Não poderão disputar licitação ou participar da execução de contrato, direta ou indiretamente, conforme artigo 14 da lei nº 14133/21

I - Autor do anteprojeto, do projeto básico ou do projeto executivo, pessoa física ou jurídica, quando a licitação versar sobre obra, serviços ou fornecimento de bens a ele relacionados;

II - Empresa, isoladamente ou em consórcio, responsável pela elaboração do projeto básico ou do projeto executivo, ou empresa da qual o autor do projeto seja dirigente, gerente, controlador, acionista ou detentor de mais de 5% (cinco por cento) do capital com direito a

voto, responsável técnico ou subcontratado, quando a licitação versar sobre obra, serviços ou fornecimento de bens a ela necessários;

III - pessoa física ou jurídica que se encontre, ao tempo da licitação, impossibilitada de participar da licitação em decorrência de sanção que lhe foi imposta;

IV - 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 na licitação 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, devendo essa proibição constar expressamente do edital de licitação;

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

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

2.3 No presente credenciamento é vedada a participação de empresas em consórcio.

2.4 Não poderá participar empresa declarada inidônea por órgão ou entidade da administração pública direta ou indireta, federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal.

2.5 Não poderá participar empresa em processo de falência, dissolução ou liquidação. No caso de a pessoa jurídica estar em processo de recuperação judicial, caberá a apresentação de certidão do Juízo competente, onde tramita a recuperação judicial, certificando que tal empresa está em situação econômico-financeira que a possibilite contratar com a Administração Pública, levando em consideração o objeto a ser contratado.

2.6 Somente poderão participar empresas que atuem no território do Estado do Rio Grande do Norte.

3. DOS DOCUMENTOS:

3.1 A pessoa jurídica interessada deverá enviar os seguintes documentos, devidamente atualizados e vigentes e na forma do art. 62 da Lei n.º 14.133/2021, no seguinte endereço:https://copirn.nuvemsitcon.com.br/copirn/login_credenciando.php:

3.1.1 Declaração de Empresário (Individual), Estatuto ou Contrato Social e suas alterações, devidamente registrados; no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores; no caso de associações civis, acompanhado de prova de diretoria em exercício;

3.1.2. Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral de Pessoa Jurídica no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;

3.1.3. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas - CNDT;

3.1.4 Certificado de Regularidade com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS (CRF);

3.1.5. Certidão Negativa de débitos relativos aos tributos federais e à Dívida Ativa da União (Certidão Conjunta PGFN/RFB);

3.1.6. Certidão Negativa de Tributos Estaduais e à Dívida Ativa do Estado;

3.1.7. Certidão Negativa de Débitos de Tributos Municipais;

3.1.8. Certidão de Falência e/ou Recuperação Judicial e Extrajudicial;

3.1.9. Alvará de Licença Sanitária do(s) local(is) onde serão realizados os atendimentos, emitido pelo Órgão responsável pela vigilância sanitária do Município da sede da empresa. Poderá ser admitido Alvará Sanitário Provisório, em caso de consultas e exames, ou protocolo de solicitação de renovação desde que acompanhado da licença atual (Os laboratórios que apresentarem posto de coleta como local de atendimento deverá encaminhar também o alvará sanitário do respectivo local);

3.1.10. Alvará de Localização expedido pela Prefeitura da sede do licitante;

3.1.11. Apresentar cadastro devidamente regular no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/MS de acordo com a Resolução CNS Nº 71/2010, Portaria Nº 1.646, de 2 de outubro de 2015.;

3.1.12. Apresentar documento que comprove o Regime de Tributação da empresa a Declaração de Débitos e Créditos dos Tributários Federais - DCTF para as empresas tributadas no **Lucro Real ou Presumido** e o Extrato do Simples para as formas tributadas neste regime. Atualizada ao exercício vigente;

3.1.13 Declaração emitida pelo prestador, demonstrando a capacidade de execução dos serviços que se dispõe a prestar ao Consórcio (cirurgias eletivas);

3.1.15. Nome do responsável técnico pela pessoa jurídica e/ou filantrópica;

3.1.16. Registro da pessoa jurídica e/ou filantrópica no Conselho respectivo da categoria;

3.1.17. - Comprovação de qualificação dos profissionais através da apresentação dos respectivos registros profissionais no Órgão de Classe, acompanhada de documentos comprobatórios (Carteira Profissional, Diploma e Certificado de residência médica chancelada pelo MEC ou pela Sociedade Médica da área ou Título de Especialista emitidos pela Sociedade Médica pertinente);

3.1.18. Declaração que contenha o nome dos profissionais que realizarão os atendimentos, suas profissões ou especialidades, conforme o caso;

3.1.19. Declaração de que a pessoa jurídica não foi declarada inidônea pela Administração Pública, de qualquer Ente Federado (Anexo II); e

3.1.20. Declaração de que não mantém trabalhador, empregado ou não, menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, bem como menor de dezesseis anos, exceto na condição de aprendiz (Anexo III).

3.2. Os documentos a serem exigidos para fins de habilitação, seguirão as diretrizes da Lei nº 14.133, de 2021, podendo ser consultado o Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF.

OBS: Os documentos que não forem originais, necessariamente deverão ser cópias autenticadas e digitalizados para envio pelo ENDEREÇO DO CREDENCIAMENTO.

4. PERÍODO PARA ENVIO DA DOCUMENTAÇÃO:

4.1. O presente Edital será amplamente divulgado e o Chamamento Público terá vigência de doze (12) meses a partir da sua publicação;

4.2. A documentação relacionada no item 3 deve ser enviada pelo seguinte endereço: https://copirn.nuvemsitcon.com.br/copirn/login_credenciando.php, no período discriminado no item 4.1.

5. DAS ETAPAS DO CREDENCIAMENTO/CONTRATAÇÃO:

5.1 Os Prestadores de Serviços de Saúde interessados em participar do Credenciamento, poderão enviar a documentação relacionada no item 3, através do https://copirn.nuvemsitcon.com.br/copirn/login_credenciando.php, no período discriminado no Item 4;

5.2 Os dados dos profissionais deverão ser preenchidos na aba (CREDENCIAMENTO – PROFISSIONAIS) discriminando as especialidades médicas e anexando todos os documentos solicitados;

5.3 Após recebimento dos documentos dos interessados, a Comissão de Contratação terá dez (10) dias para análise, relacionando as empresas previamente habilitadas;

5.4 Os interessados poderão prestar serviços em mais de uma especialidade médica, desde que possuam em seus quadros de colaboradores ou empregados os respectivos profissionais e equipamentos necessários, apresentando os documentos exigidos neste Edital para todos os profissionais que realizarão os atendimentos pretendidos, devidamente cadastrados no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;

5.5 Com exceção da especialidade de Diagnóstico por Imagem, todos os prestadores das demais especialidades médicas deverão realizar a consulta médica, além dos exames e procedimentos.

5.6 Os Prestadores de Serviços cadastrados, após serem habilitados poderão ser convocadas a assinar o respectivo contrato;

5.7 As certidões de regularidade fiscal deverão estar em dia no ato da contratação;

5.8 Os Contratos celebrados com base no presente Edital, terão vigência de doze (12) meses, podendo ser prorrogado nos termos dos artigos 105 e 106 da Lei nº 14.133/2021;

5.9 A qualquer tempo o Contrato poderá ser alterado, suspenso ou cancelado, se os Prestadores de Serviços deixarem de satisfazer e (ou) não cumprirem com as obrigações e exigências estabelecidas neste Edital e no respectivo Contrato;

5.10 O COPIRN não se obriga a contratar os Prestadores de Serviços de Saúde cadastrados, em sua totalidade.

6. DAS CONDIÇÕES PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO:

6.1 Os serviços deverão ser realizados no estabelecimento da pessoa jurídica contratada, informado no Credenciamento na aba (CREDENCIAMENTO - PROFISSIONAIS – LOCAIS DE ATENDIMENTO);

6.1.1 Em caso do prestador demonstrar interesse em atender em outro local que não esteja no Credenciamento (aba – Profissionais – Locais de Atendimento), deverá encaminhar solicitação por escrito ao COPIRN juntamente com os alvarás sanitário e de localização, para avaliação da viabilidade pela equipe técnica;

6.2 É de inteira responsabilidade do prestador os equipamentos e sua manutenção, insumos e materiais necessários para execução dos serviços;

6.3 O Prestador não poderá cobrar do usuário ou seu acompanhante qualquer complementação aos valores estabelecidos na Tabela de Serviços de Saúde do COPIRN, parte integrante deste Edital;

6.4 Conforme o resultado da Chamada Pública, o COPIRN poderá contratar quantos prestadores forem necessários para o atendimento da demanda de seus municípios consorciados;

6.5. Os prestadores contratados não terão direito à realização de quaisquer quantitativos físicos e financeiros mínimos mensais;

6.6. Não é permitida a subcontratação dos serviços;

6.7. O COPIRN reserva-se o direito de fiscalizar permanentemente a prestação dos serviços, podendo descredenciar o prestador de serviço de saúde e rescindir o contrato, em caso de má prestação de serviços, verificada em processo administrativo específico com garantia do contraditório e da ampla defesa;

6.8. O agendamento de consultas, exames e procedimentos será realizado diretamente pelo município consorciado junto ao prestador de serviços, de acordo com as demandas existentes;

6.9. A validação do respectivo exame deverá ser feita até às 23h59 da data de realização do mesmo. Os exames que necessitam de laudos médicos para entrega ao paciente terão um prazo de até oito (08) dias para emissão do respectivo laudo;

7. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Unidade Orçamentária: 01.001 CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL DO RN

Função: 10 SAÚDE

Sub - Função: 302 - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

Programa: 0100 - Atividade de Apoio

Ação: 1004 - Contratação de Serviço Especializado de Saúde de Média e Alta Complexidade

Natureza: 3390.39 - Outros Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica

8. DO PAGAMENTO DOS SERVIÇOS

8.1. O pagamento será efetuado, mensalmente, considerando apenas aqueles serviços efetivamente prestados e realizados em benefício da população dos municípios consorciados, em respeito às normas da Lei n° 4.320/64 e de acordo com os valores determinados na Tabela de Serviços do COPIRN, anexa a este Edital;

8.2. O pagamento será realizado a partir do dia 20 do mês subsequente, após a apresentação das notas fiscais correspondentes de cada município, que discriminará os serviços prestados e tributos pertinentes;

8.3. O pagamento está condicionado à validade das certidões a que se referem os itens 3.3; 3.4; 3.5; 3.6 e 3.7, sendo realizado mediante ordem bancária, na conta corrente da Pessoa Jurídica, indicada no contrato;

8.4. Os pagamentos decorrentes da execução dos serviços correrão por conta de dotação orçamentária do COPIRN, cujos recursos serão provenientes dos municípios consorciados que assinaram o "Convênio de Adesão" ao Programa de Contratação de Serviços de Saúde.

9. DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES (CONTRATADA E CONTRATANTE)

9.1 As obrigações do Contratante e da Contratada, são as constantes na Cláusula Sexta do Anexo IV – Minuta do Contrato.

10. DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL DE CHAMAMENTO

10.1 Qualquer interessado poderá impugnar o presente Edital de Chamamento Público, por eventuais irregularidades, ficando para tanto estabelecido o prazo improrrogável de 10 (dez) dias após a publicação do edital para protocolar o pedido de impugnação.

11. RECURSOS

11.1 É assegurado às empresas credenciadas o direito de Recurso nos termos do artigo 165 da Lei n.º 14.133/2021.

12. DO PRAZO DE CONTRATAÇÃO

12.1 O prazo de vigência do credenciamento da pessoa jurídica será de 12 (doze) meses, a contar da data da assinatura do contrato, podendo ser prorrogado, por interesse do Consórcio Credenciante e com a anuência da Credenciada, por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses, mediante termo aditivo consensual.

13. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

13.1 O CONTRATADO sujeitar-se-á, em caso de inadimplemento de suas obrigações, definidas neste instrumento ou em outros que o complementam, as seguintes multas, sem prejuízo das sanções legais, artigos.156, 162 Parágrafo único e a 163 da Lei 14.133/2021:

13.2 Até 10% (dez por cento) sobre o valor do contrato, pelo descumprimento de qualquer cláusula do contrato, exceto prazo de execução;

13.3 A multa será descontada dos créditos constantes da fatura, ou da outra forma de cobrança administrativa ou judicial.

14. DAS PROPOSIÇÕES GERAIS

14.1. Não serão cadastradas as pessoas jurídicas que deixarem de atender quaisquer das disposições deste Edital ou de algum de seus anexos.

14.2. Havendo necessidade, a documentação enviada pela pessoa jurídica poderá ser complementada, em prazo estipulado pelo COPIRN, sob pena de não cadastramento e consequente impossibilidade de celebrar o contrato.

14.3. Nenhuma pessoa jurídica, cadastrada e/ou contratada, fará jus a qualquer reivindicação ou indenização em caso de cancelamento, seja por anulação ou revogação, do presente Chamamento Público.

14.4. O Edital desta Chamada Pública está disponível nos sites https://copirn.nuvemsitcon.com.br/copirn/login_credenciando.php e quaisquer dúvidas e esclarecimentos poderão ser encaminhadas para o e-mail: licitacao@copirn.org.br.

14.5. Os casos omissos neste Edital serão resolvidos conforme a legislação pertinente.

15. DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca de Natal – Rio Grande do Norte para dirimir eventuais litígios decorrentes do presente Edital ou dos instrumentos deste decorrentes.

Natal, 28 de fevereiro de 2025.

Antônio Marcos Freire
Presidente

ANEXO I - TERMO DE REFERÊNCIA
Nº 02/2025

CONTRATAÇÃO POR INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO DE PESSOAS JURÍDICAS PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

1. INTRODUÇÃO

Um dos grandes problemas na assistência à saúde da população é a ausência de profissionais médicos especialistas nos municípios, impossibilitando um tratamento qualificado e eficaz ao paciente. Por esse motivo, os gestores municipais enfrentam sérios problemas administrativos na busca de obedecer aos preceitos legais do Sistema Único de Saúde (SUS), como a Universalidade, acesso aos serviços de saúde, a integralidade da assistência, aqui entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; e a capacidade resolutiva dos serviços, em todos os níveis de assistência, dentro da região de saúde, dentre outras questões.

Nesse cenário, particularmente no Rio Grande do Norte, encontra-se a instituição do **Consórcio Público Intermunicipal do Rio Grande do Norte - COPIRN**, sem dúvida, um importante instrumento para consolidação do SUS, principalmente quando pensamos na hierarquização e regionalização da assistência à saúde.

2. OBJETO

O presente Termo de Referência é parte integrante do Edital de Chamada Pública Nº 001/2025 que tem como objeto a formação de um banco de Pessoas Jurídicas Prestadoras de Serviços de Saúde (consultas, exames e pequenas cirurgias eletivas), visando ao credenciamento como condição de possibilidade para eventual e futura contratação pelo **COPIRN**, distribuídas conforme as Regiões de Saúde definidas neste Termo, em benefício dos seus municípios consorciados.

3. JUSTIFICATIVA

Justifica-se este documento por tratar importantes questões acerca da saúde da população, cujos problemas apontados devem ser enfrentados, no nível municipal, considerando a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, cumprindo-se, assim, o princípio da universalidade no atendimento.

Nesse sentido, o **Consórcio Público Intermunicipal do Rio Grande do Norte** coloca-se como alternativa para o cumprimento desse princípio constitucional, cuidando de estabelecer parcerias para adoção das medidas de regulação e ordenamento da implementação, de forma sistêmica, evitando expansão desordenada dos serviços de saúde, maximizando benefícios e minimizando custos, considerando as necessidades da população, evidenciando a necessidade de planejamento, controle e avaliação em todas as fases da execução.

4. CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO:

4.1 Poderão participar deste Chamamento Público as Pessoas Jurídicas e filantrópicas Prestadoras de Serviços de Saúde que possuam unidades de atendimento regularmente licenciadas e localizadas no Estado do RN, e que ofereçam prestação de serviços de acordo com as especialidades médicas e/ou laboratoriais, discriminadas na Tabela de Serviços do COPIRN, anexa a este Termo de Referência;

4.2 É vedada a subcontratação de terceiros para a execução total ou parcial do objeto deste Edital, realizados em cada região;

4.3 Não poderão disputar licitação ou participar da execução de contrato, direta ou indiretamente, conforme artigo 14 da lei nº 14133/21;

I - Autor do anteprojeto, do projeto básico ou do projeto executivo, pessoa física ou jurídica, quando a licitação versar sobre obra, serviços ou fornecimento de bens a ele relacionados;

II - Empresa, isoladamente ou em consórcio, responsável pela elaboração do projeto básico ou do projeto executivo, ou empresa da qual o autor do projeto seja dirigente, gerente, controlador, acionista ou detentor de mais de 5% (cinco por cento) do capital com direito a voto, responsável técnico ou subcontratado, quando a licitação versar sobre obra, serviços ou fornecimento de bens a ela necessários;

III - pessoa física ou jurídica que se encontre, ao tempo da licitação, impossibilitada de participar da licitação em decorrência de sanção que lhe foi imposta;

IV - 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 na licitação 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, devendo essa proibição constar expressamente do edital de licitação;

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

VI - Pessoa física ou 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."

5. DOCUMENTAÇÃO

A pessoa jurídica interessada deverá enviar os seguintes documentos, devidamente atualizados e vigentes e na forma do art. 62 da Lei n.º 14.133/2021, no seguinte endereço: https://copirn.nuvemsitcon.com.br/copirn/login_credenciando.php;

5.1. Declaração de Empresário (Individual), Estatuto ou Contrato Social e suas alterações, devidamente registrados; no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores; no caso de associações civis, acompanhado de prova de diretoria em exercício;

5.2. Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral de Pessoa Jurídica no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;

5.3. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas - CNDT;

5.4. Certificado de Regularidade com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS (CRF);

5.5. Certidão Negativa de débitos relativos aos tributos federais e à Dívida Ativa da União (Certidão Conjunta PGFN/RFB);

5.6. Certidão Negativa de Tributos Estaduais e à Dívida Ativa do Estado;

5.7. Certidão Negativa de Débitos de Tributos Municipais;

5.8. Certidão de Falência e/ou Recuperação Judicial e Extrajudicial;

5.9. **Alvará de Licença Sanitária do(s) local(is) onde serão realizados os atendimentos, emitido pelo Órgão responsável pela vigilância sanitária do Município da sede da empresa. Poderá ser admitido Alvará Sanitário Provisório, em caso de consultas e exames, ou protocolo de solicitação de renovação desde que acompanhado da licença atual (Os laboratórios que apresentarem posto de coleta como local de atendimento deverá encaminhar também o alvará sanitário do respectivo local);**

5.10. Alvará de Localização expedido pela Prefeitura da sede do licitante;

5.11. Apresentar cadastro devidamente regular no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/MS de acordo com a Resolução CNS Nº 71/2010, Portaria Nº 1.646, de 2 de outubro de 2015;

5.12. Apresentar documento que comprove o Regime de Tributação da

empresa a Declaração de Débitos e Créditos dos Tributários Federais - DCTF para as empresas tributadas no Lucro Real ou Presumido e o Extrato do Simples para as formas tributadas neste regime. Atualizada ao exercício vigente;

5.13. Declaração emitida pelo prestador, demonstrando a capacidade de execução dos serviços que se dispõe a prestar ao Consórcio (cirurgias eletivas);

5.14. Nome do responsável técnico pela pessoa jurídica e/ou filantrópica;

5.15. Registro da pessoa jurídica e/ou filantrópica no Conselho respectivo da categoria;

5.16. Comprovação de qualificação dos profissionais através da apresentação dos respectivo registros profissionais no Órgão de Classe, acompanhada de documentos comprobatórios (Carteira Profissional, Diploma e Certificado de residência médica chancelada pelo MEC ou pela Sociedade Médica da área ou Título de Especialista emitido pela Sociedade Médica em questão);

5.17. Declaração que contenha o nome dos profissionais que realizarão os atendimentos, suas profissões ou especialidades, conforme o caso;

5.18. Declaração de que a pessoa jurídica não foi declarada inidônea pela Administração Pública de qualquer Ente Federado (Anexo II);

5.19. Declaração de que não mantém trabalhador, empregado ou não, menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, bem como menor de dezesseis anos, exceto na condição de aprendiz (Anexo III);

5.20. Os documentos a serem exigidos para fins de habilitação, seguirão as diretrizes da Lei nº 14.133, de 2021, podendo ser consultado o Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF.

OBS: Os documentos que não forem originais, necessariamente deverão ser cópias autenticadas e digitalizados para envio pelo ENDEREÇO DO CREDENCIAMENTO.

6. PERÍODO PARA ENVIO DA DOCUMENTAÇÃO

6.1. O presente Termo de Referência será amplamente divulgado e o Chamamento Público terá vigência de doze (12) meses a partir da sua publicação;

6.2. A documentação relacionada no item 5 deve ser enviada pelo seguinte endereço: https://copirn.nuvemsitcon.com.br/copirn/login_credenciando.php, no período citado no item 6.1.

7. ETAPAS DO CREDENCIAMENTO

7.1 Os Prestadores de Serviços de Saúde interessados em participar do Credenciamento, poderão enviar a documentação relacionada no item 5 através do site https://copirn.nuvemsitcon.com.br/copirn/login_credenciando.php no período discriminado no Item 6;

7.2 Os dados dos profissionais deverão ser preenchidos na aba (CREDENCIAMENTO – PROFISSIONAIS) discriminando as especialidades médicas e anexando todos os documentos solicitados;

7.3 **Após recebimento dos documentos dos interessados, a Comissão de Contratação terá dez (10) dias para análise, relacionando as empresas previamente habilitadas;**

7.4 Os interessados poderão prestar serviços em mais de uma especialidade médica, desde que possua em seu quadro de colaboradores ou empregados os respectivos profissionais e equipamentos necessários, apresentando os documentos exigidos neste Termo de Referência para todos os profissionais que realizarão os atendimentos pretendidos, devidamente cadastrados no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;

7.5 Com exceção da especialidade de Diagnóstico por Imagem, todos os prestadores das demais especialidades médicas deverão realizar a consulta médica, além dos exames e procedimentos.

7.6 Os Prestadores de Serviços cadastrados, após serem habilitados poderão ser convocadas a assinar o respectivo contrato;

7.7 As certidões de regularidade fiscal deverão estar em dia no ato da contratação;

7.8 Os Contratos celebrados com base no presente Termo de Referência, terão vigência de doze (12) meses, podendo ser prorrogado nos termos dos artigos 105 e 106 da Lei nº 14.133/2021;

7.9 A qualquer tempo o contrato poderá ser alterado, suspenso ou cancelado, se os Prestadores de Serviços deixarem de satisfazer e (ou) não cumprirem com as obrigações e exigências estabelecidas neste Termo de Referência e no respectivo contrato;

7.10 O COPIRN não se obriga a contratar os Prestadores de Serviços de Saúde cadastrados, em sua totalidade.

8. CONDIÇÕES PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

8.1 Os serviços deverão ser realizados no estabelecimento da pessoa jurídica contratada informado no Credenciamento na aba (CREDENCIAMENTO - PROFISSIONAIS – LOCAIS DE ATENDIMENTO);

8.1.1 Em caso do prestador demonstrar interesse em atender em outro local que não esteja no Credenciamento na aba (PROFISSIONAIS – LOCAIS DE ATENDIMENTO) deverá encaminhar solicitação por escrito ao COPIRN juntamente com os alvarás sanitário e de localização para avaliação da viabilidade pela equipe técnica;

8.2 É de inteira responsabilidade do prestador os equipamentos e sua manutenção, insumos e materiais necessários para execução dos serviços;

8.3 O Prestador não poderá cobrar do usuário ou seu acompanhante qualquer complementação aos valores estabelecidos na Tabela de Serviços de Saúde do COPIRN, parte integrante deste Termo de Referência;

8.4 Conforme o resultado da Chamada Pública, o COPIRN poderá contratar quantos prestadores forem necessários para o atendimento da demanda de seus municípios consorciados;

8.5. Os prestadores contratados não terão direito à realização de quaisquer quantitativos físicos e financeiros mínimos mensais;

8.6. Não é permitida a subcontratação dos serviços;

8.7. O COPIRN reserva-se o direito de fiscalizar permanentemente a prestação dos serviços, podendo descredenciar o prestador de serviço de saúde e rescindir o contrato em caso de má prestação de serviços, verificada em processo administrativo específico com garantia do contraditório e da ampla defesa;

8.8. O agendamento de consultas, exames e procedimentos cirúrgicos será realizado diretamente pelo município consorciado junto ao prestador de serviços de acordo com as demandas existentes;

8.9. A validação do respectivo exame deverá ser feita até às 23h59 da data de realização do mesmo. Os exames que necessitam de laudos médicos para entrega ao paciente terão um prazo de até oito (08) dias para emissão do respectivo laudo.

9. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Unidade Orçamentária: 01.001 CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL DO RN

Função: 10 SAÚDE

Sub - Função: 302 - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

Programa: 0100 - Atividade de Apoio

Ação: 1004 - Contratação de Serviço Especializado de Saúde de Média e Alta

Complexidade Natureza: 3390.39 - Outros Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica

10. PAGAMENTO DOS SERVIÇOS

10.1 O pagamento será efetuado, mensalmente, considerando apenas aqueles serviços efetivamente prestados e realizados em benefício da população dos municípios consorciados, em respeito às normas da Lei n° 4.320/64 e de acordo com os valores determinados na Tabela de Serviços do
COPIRN, anexo a este Termo de Referência;

10.2 O pagamento será realizado a partir do dia 20 do mês subsequente, após apresentação das notas fiscais de cada município, que discriminará os serviços prestados e tributos pertinentes;

10.3. O pagamento está condicionado à validade das certidões a que se referem os itens **5.3;**
5.4; 5.5; 5.6 e 5.7, sendo realizado mediante ordem bancária, na conta corrente da Pessoa Jurídica, indicada no contrato;

10.4. Os pagamentos decorrentes da execução dos serviços correrão por conta de dotação orçamentária do COPIRN, cujos recursos serão provenientes dos municípios consorciados que assinaram o "Convênio de Adesão" ao Programa de Contratação de Serviços de Saúde.

11. DAS OBRIGAÇÕES PARTES

I - DA CONTRATADA:

a) Prestar atendimento de qualidade, com resolubilidade, dignidade e respeito aos pacientes encaminhados pelos municípios consorciados, segundo agendamento e apresentação de guias de atendimento expedidas pelas Secretarias Municipais de

Saúde;

b) Atender os pacientes encaminhados nas dependências e instalações físicas citadas no Credenciamento na aba Profissionais;

c) Obedecer e fazer respeitar a ordem de agendamento existente, exceto nos casos urgentes, devidamente comprovados, encaminhados com prioridade;

d) Disponibilizar as agendas para atendimento dos pacientes encaminhados pelos municípios consorciados;

e) Responsabilizar-se pelo agendamento das consultas de retorno no prazo de até 30 dias da primeira consulta;

f) Expressamente proibida a validação da guia de atendimento antes da realização de consultas, procedimentos, exames laboratoriais e/ou cirurgias eletivas, podendo ser aplicada alguma sanção administrativa;

g) Responsabilizar-se pelo arquivamento das guias de atendimento encaminhadas pelos municípios durante o período de cinco (05) anos;

h) Não utilizar e nem permitir que terceiros utilizem o usuário para fins de experimentação;

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

j) Notificar o CONTRATANTE de eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança em sua diretoria, contrato ou estatuto, enviando ao CONTRATANTE, no prazo máximo de sessenta (60) dias, contados a partir da data do registro da alteração, cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de registro de pessoas jurídicas;

k) Comunicar, imediatamente, ao **CONTRATANTE,** qualquer ocorrência que possa acarretar prejuízo ao desenvolvimento das atividades;

l) Manter válidas as certidões a que se referem os itens 5.3; 5.4; 5.5; 5.6 e 5.7 deste Termo de Referência;

m) Manter registro atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.114 de 07.10.2010);

n) O Contratante deverá cumprir as determinações do PRT GM/MS nº 07/10/2010.

II – DO CONTRATANTE:

a) Efetuar o pagamento referente aos procedimentos realizados no mês anterior, a partir do dia 20 (vinte) do mês subsequente;

b) Acompanhar e avaliar a execução do contrato, objetivando o fiel cumprimento de suas finalidades;

c) Realizar supervisão e fiscalização na prestação dos serviços, objeto do contrato.

12. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

12.1. Pelo atraso injustificado na execução do contrato ou pela sua inexecução total ou parcial, a CONTRATADA ficará sujeita às seguintes penalidades:

I - Advertência;

II - Multa;

III - Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com o COPIRN por prazo de até 2 (dois) anos; e

IV - Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a administração pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a CONTRATADA ressarcir ao CONSÓRCIO pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base no inciso anterior.

12.2. **PARÁGRAFO PRIMEIRO** – O atraso injustificado na execução do contrato sujeitará o contratado à multa de mora, na forma prevista em edital ou em contrato.conforme o artigo 162 da lei nº 14133/2021 esta aplicação de multa de mora não impedirá que a Administração a converta em compensatória e promova a extinção unilateral do contrato com a aplicação cumulada de outras sanções previstas nesta Lei.

12.3. **PARÁGRAFO SEGUNDO** - Para os casos de inexecução de obrigação contratual ou legal,

não previstos nos parágrafos anteriores, o CONSÓRCIO aplicará multa correspondente a até 10% (dez por cento) do valor global estimado deste instrumento, em razão da gravidade apurada.

12.4. **PARÁGRAFO TERCEIRO** - A multa, aplicada após regular processo administrativo, garantido o direito ao contraditório e à ampla defesa, será paga diretamente no CONSÓRCIO, descontada das faturas emitidas pela CONTRATADA.

12.5. **PARÁGRAFO QUARTO** - Não ocorrendo quitação total da multa, administrativamente, na forma do parágrafo anterior, será o valor remanescente cobrado judicialmente.

13 DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

a) Nenhuma pessoa jurídica, cadastrada ou contratada, fará jus a qualquer reivindicação ou indenização em caso de cancelamento, seja por anulação ou revogação, do presente Chamamento Público;

b) O Edital deste Termo de Referência estará disponível no site https://copirn.nuvemsitcon.com.br/copirn/login_credenciando.php e quaisquer dúvidas e esclarecimentos poderão ser encaminhadas para o e-mail: licitacao@copirn.org.br

c) Os casos omissos neste Termo de Referência serão resolvidos conforme a legislação pertinente.

Natal, 27 de fevereiro de 2025.

Selma Santigo Nunes
Diretora Executiva

ANEXO 01 do Termo de Referência

TABELA DE SERVIÇOS DE SAÚDE - COPIRN

Aprovada na Assembleia Geral Ordinária do Consórcio Público Intermunicipal do RN em 17 de dezembro de 2024

DETALHAMENTO DOS PROCEDIMENTOS POR GRUPO

Nº DE ORDEM	GRUPO I	CÓDIGO
01	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	0406020574
02	HEMORROIDECTOMIA	0407020284
03	LIPOMAS GIGANTES	0401010074
04	GRANDES CISTOS SEBACEOS	0401010074
05	SALPINJECTOMIA	
06	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	0407020276
07	CONIZAÇÃO	0409060038
08	LAQUEADURA TUBARIA	0409060186
09	MIOMECTOMIA	0409060194
10	OOFORECTOMIA / OOFOROPLASTIA	0409060216
11	EXERESE DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE	0409070157
12	ADENOIDECTOMIA	0404010016
13	AMIGDALECTOMIA	0404010032
14	SINUSOTOMIA UNI/BILATERAL	
15	TURBINECTOMIA UNI/BILATERAL	0404010415
16	VASECTOMIA	0409040240
17	CURETAGEM DE COLO DE ÚTERO	0409060046
18	FRENECTOMIA	0401010082
19	AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA	0404010032

GRUPO I - VALOR DO PACOTE
R$ 2.020,48

Obs: Será cobrada à parte, Tela de Prolene, se necessário, no valor de R$200,00 (duzentos reais), para cada unidade.

Nº DE ORDEM	GRUPO III	CÓDIGO
01	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	0408050020
02	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	0409060119
03	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HÉRNIAS INGUINO-ESCROTAIS GRANDES	
04	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HÉRNIAS INCISIONAIS MÉDIAS	0407040080
05	TRATAMENTO DE FÍSTULA RETO VAGINAL	0409070238
06	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)*	0406020566
07	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)*	0407040099
08	TURBINECTOMIA BILATERAL COM SEPTOPLASTIA	0404010415

GRUPO III - VALOR DO PACOTE
R$ 3.706,19

Obs: Será cobrada à parte, Tela de Prolene, se necessário, no valor de R$200,00 (duzentos reais), para cada unidade.

Nº DE ORDEM	GRUPO IV	CÓDIGO
01	SALPINGECTOMIA LAPAROSCÓPICA	0409060240
02	HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA COM RESSECTOSCÓPIO	0409060178
03	COLECISTECTOMIAS COM EXPLORAÇÃO DE BILIAR	0407030026
04	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GRANDES HÉRNIAS INCISIONAIS/ COMPLEXAS	0407040080
05	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HÉRNIAS RECIDIVADAS	
06	MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL OU RADICAL MODIFICADA	0404010229
07	COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	0405010036
08	APENDICECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	0407030034
09	HISTERECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	0407020047
10	OOFORECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	0409060151
11	PROSTATECTOMIA ABERTA(HPB)*	
12	RESSECÇÃO TRANSURETRAL DE PRÓSTATA(RTUP)*	0409030040
13	SINUSECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA – MAXILAR ETMÓIDE, FRONTAL E/OU ESFENÓIDE	30502322

GRUPO IV - VALOR DO PACOTE
R$ 4.951,75

Obs: Será cobrada à parte, Tela de Prolene, se necessário, no valor de R$200,00 (duzentos reais),

Nº DE ORDEM	GRUPO V	CÓDIGO
01	NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA	31101275
02	NEFRECTOMIA TOTAL LAPAROSCÓPICA	0409010219
03	URETERORRENOLITOTRIPSIA RÍGIDA*	0409010596

GRUPO V - VALOR DO PACOTE
R$ 5.704,45

Obs: Será cobrada à parte, Tela de Prolene, se necessário, no valor de R$200,00 (duzentos reais), para cada unidade.

*Procedimentos constavam em grupos diferentes do atual.

DETALHAMENTO DOS VALORES SUS PARA OS PROCEDIMENTOS DO GRUPO VI (CIRURGIAS OFTALMOLÓGICAS)

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
405050020	CAPSULOTOMIA YAG LASER	R$ 112,77
405010079	EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQ. LESOES DA PALPEBRA E SURPECILIO	R$ 78,75
405050089	EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA	R$ 82,28
405050372	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR DOBRÁVEL	R$ 771,60
405050151	IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTE INTRAOCULAR	R$ 1.112,83
405050240	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CAMARA INTERIOR DO OLHO	R$ 335,72
405050291	SUTURA DE CONJUNTIVA	R$ 82,28
405050305	SUTURA DE CORNEA	R$ 164,08
405050364	TRATAMENTO CIRURGICO DE PITERIGIO	R$ 209,55
405010010	CORRECAO CIRURGICA DE ENTROPIO E ECTROPIO	R$ 203,74
405010125	RECONSTITUIÇAO PARCIAL DE PALPEBRA COM TARSORRAFIA (MONOCULAR)	R$ 311,04
405010125	RECONSTITUIÇAO PARCIAL DE PALPEBRA COM TARSORRAFIA (BINOCOLUCAR)	R$ 311,04
405010150	SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL	R$ 203,73
405040075	EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR	R$ 587,52

CHAMADA PÚBLICA 01/2025			
TABELA DE SERVIÇOS DE SAÚDE / COPIRN			
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA			
SUB-GRUPO 01 - COLETA DE MATERIAL			
FORMA ORGANIZACIONAL 01 - COLETA DE MATERIAL POR MEIO DE PUNÇÃO/BIÓPSIA			
CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	VALOR SUS	COPIRN
02.01.01.001-1	AMNIOCENTESE	R$ 2,20	R$ 4,40
02.01.01.002-0	BIOPSIA / PUNCAO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE	R$ 14,10	R$ 14,10
02.01.01.003-8	BIOPSIA CIRURGICA DE TIREOIDE	R$ 200,56	R$ 200,56
02.01.01.004-6	BIOPSIA DE ANUS E CANAL ANAL	R$ 18,46	R$ 36,92
02.01.01.006-2	BIOPSIA DE BEXIGA	R$ 41,68	R$ 83,36
02.01.01.007-0	BIOPSIA DE BOLSA ESCROTAL	R$ 18,33	R$ 36,66
02.01.01.008-9	BIOPSIA DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO	R$ 19,06	R$ 19,06
02.01.01.009-7	BIOPSIA DE CONJUNTIVA	R$ 31,10	R$ 62,20
02.01.01.010-0	BIOPSIA DE CORDAO ESPERMATICO (UNILATERAL)	R$ 46,19	R$ 92,38
02.01.01.011-9	BIOPSIA DE CORNEA	R$ 68,62	R$ 137,24
02.01.01.012-7	BIOPSIA DE CORPO VERTEBRAL A CEU ABERTO	R$ 812,46	R$ 812,46
02.01.01.013-5	BIOPSIA DE CORPO VERTEBRAL LAMINA E PEDICULO VERTEBRAL (POR DISPOSITIVO GUIADO)	R$ 278,61	R$ 278,61
02.01.01.014-3	BIOPSIA DE ENDOCARDIO / MIOCARDIO	R$ 709,26	R$ 709,26
02.01.01.015-1	BIOPSIA DE ENDOMETRIO	R$ 18,33	R$ 96,00
02.01.01.016-0	BIOPSIA DE ENDOMETRIO POR ASPIRACAO MANUAL INTRA-UTERINA	R$ 85,69	R$ 171,38
02.01.01.017-8	BIOPSIA DE EPIDIDIMO	R$ 46,19	R$ 92,38
02.01.01.018-6	BIOPSIA DE ESCLERA	R$ 68,62	R$ 137,24
02.01.01.019-4	BIOPSIA DE FARINGE/LARINGE	R$ 19,06	R$ 38,12
02.01.01.020-8	BIOPSIA DE FIGADO EM CUNHA / FRAGMENTO	R$ 197,59	R$ 197,59
02.01.01.021-6	BIOPSIA DE FIGADO POR PUNCAO	R$ 71,15	R$ 142,30
02.01.01.022-4	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO	R$ 46,19	R$ 92,38
02.01.01.023-2	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	R$ 31,27	R$ 62,54
02.01.01.024-0	BIOPSIA DE IRIS, CORPO CILIAR, RETINA, COROIDE, VITREO E TUMOR INTRA OCULAR	R$ 199,21	R$ 398,42
02.01.01.025-9	BIOPSIA DE LAMINA PEDICULO E PROCESSOS VERTEBRAIS (A CEU ABERTO)	R$ 287,48	R$ 287,48
02.01.01.026-7	BIOPSIA DE LESAO DE PARTES MOLES (POR AGULHA / CEU ABERTO)	R$ 114,36	R$ 228,72
02.01.01.027-5	BIOPSIA DE MEDULA OSSEA	R$ 200,00	R$ 400,00
02.01.01.028-3	BIOPSIA DE MUSCULO (A CEU ABERTO)	R$ 18,33	R$ 36,66
02.01.01.029-1	BIOPSIA DE NERVO	R$ 30,06	R$ 30,06

02.01.01.030-5	BIOPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DA CINTURA ESCAPULAR (POR AGULHA / CEU ABERTO)	R$	182,75	R$	365,50
02.01.01.031-3	BIOPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DA CINTURA PELVICA (POR AGULHA / CEU ABERTO)	R$	183,39	R$	366,78
02.01.01.032-1	BIOPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DE MEMBRO INFERIOR (POR AGULHA / CEU ABERTO)	R$	188,78	R$	377,56
02.01.01.033-0	BIOPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DE MEMBRO SUPERIOR (POR AGULHA / CEU ABERTO)	R$	188,26	R$	376,52
02.01.01.034-8	BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE	R$	23,99	R$	23,99
02.01.01.035-6	BIOPSIA DE PALPEBRA	R$	18,33	R$	18,33
02.01.01.036-4	BIOPSIA DE PAVILHAO AURICULAR	R$	14,66	R$	14,66
02.01.01.037-2	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	R$	25,83	R$	96,00
02.01.01.038-0	BIOPSIA DE PENIS	R$	18,33	R$	144,50
02.01.01.039-9	BIOPSIA DE PIRAMIDE NASAL	R$	18,33	R$	18,33
02.01.01.040-2	BIOPSIA DE PLEURA (POR ASPIRAÇÃO/AGULHA / PLEUROSCOPIA)	R$	113,68	R$	227,36
02.01.01.041-0	BIOPSIA DE PROSTATA	R$	92,38	R$	184,76
02.01.01.043-7	BIOPSIA DE RIM POR PUNCAO	R$	46,19	R$	92,38
02.01.01.044-5	BIOPSIA DE SEIO PARANASAL	R$	18,33	R$	18,33
02.01.01.045-3	BIOPSIA DE SINOVIA	R$	30,06	R$	30,06
02.01.01.046-1	BIOPSIA DE TESTICULO	R$	46,19	R$	46,19
02.01.01.047-0	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - PAAF	R$	23,73	R$	23,73
02.01.01.048-8	BIOPSIA DE URETER	R$	46,19	R$	92,38
02.01.01.049-6	BIOPSIA DE URETRA	R$	46,19	R$	92,38
02.01.01.050-0	BIOPSIA/PUNÇÃO DE VAGINA	R$	18,33	R$	96,00
02.01.01.051-8	BIOPSIA/PUNÇÃO DE VULVA	R$	18,33	R$	96,00
02.01.01.052-6	BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	R$	21,56	R$	72,00
02.01.01.053-4	BIOPSIA ESTEREOTAXICA	R$	1.744,53	R$	1.744,53
02.01.01.054-2	BIOPSIA PERCUTANEA ORIENTADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA / ULTRASSONOGRAFIA / RESSONANCIA MAGNETICA / RAIO X	R$	97,00	R$	194,00
02.01.01.055-0	BIOPSIA PRE-ESCALENICA	R$	178,23	R$	178,23
02.01.01.056-9	BIOPSIA/EXERESE DE NODULO DE MAMA	R$	70,00	R$	108,00
02.01.01.058-5	PUNCAO ASPIRATIVA DE MAMA OU TIREÓIDE OU OUTROS, POR AGULHA FINA	R$	66,48	R$	144,00
02.01.01.059-3	PUNCAO DE CISTERNA SUB-OCCIPITAL	R$	7,04	R$	7,04
02.01.01.060-7	PUNCAO DE MAMA POR AGULHA GROSSA	R$	140,00	R$	140,00
02.01.01.061-5	PUNCAO DE VAGINA	R$	14,10	R$	28,20
02.01.01.062-3	PUNCAO EXPLORADORA DO DEFERENTE	R$	14,10	R$	28,20
02.01.01.063-1	PUNCAO LOMBAR	R$	7,04	R$	7,04
02.01.01.064-0	PUNCAO P/ ESVAZIAMENTO	R$	13,25	R$	13,25
02.01.01.065-8	PUNCAO VENTRICULAR TRANSFONTANELA	R$	7,04	R$	7,04
02.01.01.066-6	BIOPSIA DO COLO UTERINO	R$	18,33	R$	96,00
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					
SUB-GRUPO 02 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO					

FORMA ORGANIZACIONAL 01 - EXAMES BIOQUIMICOS					
02.02.01.001-5	CLEARANCE OSMOLAR	R$	3,51	R$	3,77
02.02.01.002-3	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R$	2,01	R$	24,19
02.02.01.003-1	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	R$	15,65	R$	59,41
02.02.01.004-0	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R$	3,63	R$	3,90
02.02.01.005-8	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	R$	6,55	R$	7,04
02.02.01.006-6	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	R$	3,68	R$	3,95
02.02.01.007-4	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R$	10,00	R$	41,09
02.02.01.008-2	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	R$	3,51	R$	32,97
02.02.01.009-0	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	R$	3,51	R$	84,57
02.02.01.010-4	DOSAGEM DE ACETONA	R$	1,85	R$	1,98
02.02.01.011-2	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R$	2,01	R$	70,24
02.02.01.012-0	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R$	1,85	R$	5,87
02.02.01.013-9	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	R$	9,00	R$	31,99
02.02.01.014-7	DOSAGEM DE ALDOLASE	R$	3,68	R$	11,55
02.02.01.015-5	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R$	3,68	R$	23,30
02.02.01.016-3	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R$	3,68	R$	24,73
02.02.01.017-1	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	R$	3,68	R$	32,25
02.02.01.018-0	DOSAGEM DE AMILASE	R$	2,25	R$	5,87
02.02.01.019-8	DOSAGEM DE AMONIA	R$	3,51	R$	3,77
02.02.01.020-1	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R$	2,01	R$	5,87
02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CALCIO	R$	1,85	R$	5,87
02.02.01.022-8	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R$	3,51	R$	7,04
02.02.01.023-6	DOSAGEM DE CAROTENO	R$	2,01	R$	2,16
02.02.01.025-2	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R$	3,68	R$	29,57
02.02.01.026-0	DOSAGEM DE CLORETO	R$	1,85	R$	12,63
02.02.01.027-9	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R$	3,51	R$	7,04
02.02.01.028-7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R$	3,51	R$	4,69
02.02.01.029-5	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R$	1,85	R$	5,87
02.02.01.030-9	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R$	3,68	R$	12,09
02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA	R$	1,85	R$	5,87
02.02.01.032-5	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R$	3,68	R$	17,61
02.02.01.033-3	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R$	4,12	R$	19,89
02.02.01.034-1	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	R$	3,51	R$	3,77
02.02.01.035-0	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	R$	3,51	R$	122,93
02.02.01.036-8	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R$	3,68	R$	17,61
02.02.01.037-6	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R$	3,68	R$	3,95
02.02.01.038-4	DOSAGEM DE FERRITINA	R$	15,59	R$	17,61

02.02.01.039-2	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R$	3,51	R$	7,04
02.02.01.040-6	DOSAGEM DE FOLATO	R$	15,65	R$	16,82
02.02.01.041-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	R$	2,01	R$	13,17
02.02.01.042-2	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R$	2,01	R$	5,87
02.02.01.043-0	DOSAGEM DE FOSFORO	R$	1,85	R$	5,87
02.02.01.044-9	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	R$	2,01	R$	13,17
02.02.01.045-7	DOSAGEM DE GALACTOSE	R$	3,51	R$	10,75
02.02.01.046-5	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R$	3,51	R$	5,87
02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	R$	1,85	R$	5,87
02.02.01.048-1	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R$	3,68	R$	17,61
02.02.01.049-0	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R$	3,68	R$	24,01
02.02.01.050-3	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R$	7,86	R$	17,61
02.02.01.051-1	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R$	3,68	R$	61,29
02.02.01.052-0	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	R$	3,51	R$	3,77
02.02.01.053-8	DOSAGEM DE LACTATO	R$	3,68	R$	14,24
02.02.01.054-6	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	R$	3,51	R$	3,77
02.02.01.055-4	DOSAGEM DE LIPASE	R$	2,25	R$	10,57
02.02.01.056-2	DOSAGEM DE MAGNESIO	R$	2,01	R$	7,04
02.02.01.057-0	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R$	2,01	R$	17,92
02.02.01.058-9	DOSAGEM DE PIRUVATO	R$	3,68	R$	50,18
02.02.01.059-7	DOSAGEM DE PORFIRINAS	R$	3,51	R$	349,47
02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTASSIO	R$	1,85	R$	9,39
02.02.01.061-9	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R$	1,40	R$	1,50
02.02.01.062-7	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R$	1,85	R$	9,39
02.02.01.063-5	DOSAGEM DE SODIO	R$	1,85	R$	9,39
02.02.01.064-3	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R$	2,01	R$	9,39
02.02.01.065-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R$	2,01	R$	9,39
02.02.01.066-0	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R$	4,12	R$	14,08
02.02.01.067-8	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R$	3,51	R$	9,39
02.02.01.068-6	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	R$	3,51	R$	84,59
02.02.01.069-4	DOSAGEM DE UREIA	R$	1,85	R$	5,87
02.02.01.070-8	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R$	15,24	R$	17,61
02.02.01.071-6	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R$	3,68	R$	36,29
02.02.01.072-4	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R$	4,42	R$	30,91
02.02.01.073-2	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	R$	15,65	R$	16,82
02.02.01.074-0	PROVA DA D-XILOSE	R$	3,68	R$	3,95
02.02.01.075-9	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	R$	6,55	R$	7,04
02.02.01.076-7	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R$	15,24	R$	16,38
02.02.01.077-5	DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO	R$	1,53	R$	1,64

02.02.01.078-3	ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)	R$	3,04	R$	3,26
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					
SUB-GRUPO 02 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO					
FORMA ORGANIZACIONAL 02 - EXAMES HEMATOLÓGICOS E HEMOSTASIA					
02.02.02.001-0	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	R$	6,48	R$	6,96
02.02.02.002-9	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R$	2,73	R$	5,87
02.02.02.003-7	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R$	2,73	R$	5,87
02.02.02.047-9	COOMBS DIRETO	R$	-	R$	11,74
02.02.02.047-9	COOMBS INDIRETO	R$	-	R$	11,74
02.02.02.004-5	DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	R$	2,73	R$	2,93
02.02.02.005-3	DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	R$	2,73	R$	2,93
02.02.02.006-1	DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R$	2,73	R$	31,18
02.02.02.007-0	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	R$	2,73	R$	3,51
02.02.02.008-8	DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R$	2,73	R$	2,93
02.02.02.009-6	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R$	2,73	R$	3,51
02.02.02.010-0	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R$	9,00	R$	9,67
02.02.02.011-8	DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	R$	5,79	R$	6,22
02.02.02.012-6	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	R$	2,85	R$	3,06
02.02.02.013-4	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R$	5,77	R$	9,38
02.02.02.014-2	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R$	2,73	R$	9,38
02.02.02.015-0	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)	R$	2,73	R$	3,51
02.02.02.016-9	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R$	4,11	R$	29,57
02.02.02.017-7	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R$	6,48	R$	48,65
02.02.02.018-5	DOSAGEM DE FATOR II	R$	5,31	R$	121,15
02.02.02.019-3	DOSAGEM DE FATOR IX	R$	7,61	R$	56,18
02.02.02.020-7	DOSAGEM DE FATOR V	R$	4,73	R$	39,78
02.02.02.021-5	DOSAGEM DE FATOR VII	R$	8,09	R$	69,53
02.02.02.022-3	DOSAGEM DE FATOR VIII	R$	6,63	R$	63,08
02.02.02.023-1	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	R$	15,00	R$	16,12
02.02.02.024-0	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	R$	18,91	R$	152,69
02.02.02.025-8	DOSAGEM DE FATOR X	R$	6,66	R$	98,57
02.02.02.026-6	DOSAGEM DE FATOR XI	R$	9,11	R$	121,86
02.02.02.027-4	DOSAGEM DE FATOR XII	R$	10,51	R$	69,53
02.02.02.028-2	DOSAGEM DE FATOR XIII	R$	6,66	R$	127,60
02.02.02.029-0	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R$	4,60	R$	23,11
02.02.02.030-4	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R$	1,53	R$	1,64

02.02.02.031-2	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	R$	2,73	R$	2,93
02.02.02.032-0	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R$	2,73	R$	27,23
02.02.02.033-9	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R$	2,73	R$	37,99
02.02.02.034-7	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R$	4,11	R$	310,76
02.02.02.035-5	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R$	5,41	R$	36,82
02.02.02.036-3	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R$	2,73	R$	5,87
02.02.02.037-1	HEMATOCRITO	R$	1,53	R$	5,87
02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	R$	4,11	R$	14,08
02.02.02.039-8	LEUCOGRAMA	R$	2,73	R$	8,10
02.02.02.040-1	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	R$	25,00	R$	146,96
02.02.02.041-0	PESQUISA DE CELULAS LE	R$	4,11	R$	4,41
02.02.02.042-8	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	R$	2,73	R$	19,71
02.02.02.043-6	PESQUISA DE FILARIA	R$	2,73	R$	2,93
02.02.02.044-4	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R$	2,73	R$	26,52
02.02.02.046-0	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R$	2,73	R$	2,93
02.02.02.048-7	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R$	4,11	R$	4,41
02.02.02.049-5	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R$	2,73	R$	5,87
02.02.02.050-9	PROVA DO LACO	R$	2,73	R$	2,93
02.02.02.051-7	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R$	2,73	R$	2,93
02.02.02.052-5	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	R$	12,00	R$	12,90
02.02.02.053-3	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	R$	2,73	R$	2,93
02.02.02.054-1	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R$	2,73	R$	29,57
02.02.02.015-0	VELOCIDADE DE SEDIMENTAÇÃO DE HEMÁCIAS (VSH)	R$	2,73	R$	3,51
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					
SUB-GRUPO 02 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO					
FORMA ORGANIZACIONAL 03 - EXAMES SOROLÓGICOS E IMUNOLÓGICOS					
02.02.03.001-6	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R$	15,00	R$	63,08
02.02.03.002-4	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	R$	15,00	R$	37,63
02.02.03.003-2	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R$	15,00	R$	83,33
02.02.03.004-0	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R$	65,00	R$	24,19
02.02.03.005-9	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R$	96,00	R$	26,88
02.02.03.006-7	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	R$	9,25	R$	36,29
02.02.03.007-5	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R$	2,83	R$	3,04
02.02.03.008-3	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	R$	9,25	R$	9,94
02.02.03.009-1	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R$	15,06	R$	16,19
02.02.03.010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R$	16,42	R$	17,65
02.02.03.011-3	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R$	13,55	R$	14,57
02.02.03.012-1	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R$	17,16	R$	18,45
02.02.03.013-0	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R$	17,16	R$	18,45

02.02.03.014-8	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	R$	2,83	R$	23,30
02.02.03.015-6	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R$	17,16	R$	29,35
02.02.03.016-4	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R$	9,25	R$	17,61
02.02.03.017-2	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)	R$	-	R$	31,69
02.02.03.018-0	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R$	17,16	R$	18,45
02.02.03.019-9	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	R$	9,25	R$	34,05
02.02.03.020-2	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R$	2,83	R$	3,04
02.02.03.056-3	FATOR ANTI-NÚCLEO (FAN)	R$	13,10	R$	14,08
02.02.03.021-0	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	R$	298,48	R$	475,28
02.02.03.022-9	IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS	R$	17,16	R$	18,81
02.02.03.023-7	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R$	80,00	R$	86,02
02.02.03.025-3	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R$	10,00	R$	36,82
02.02.03.026-1	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R$	10,00	R$	36,82
02.02.03.027-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R$	8,67	R$	29,83
02.02.03.028-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R$	17,16	R$	148,74
02.02.03.029-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R$	85,00	R$	243,37
02.02.03.030-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R$	10,00	R$	21,03
02.02.03.031-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R$	18,55	R$	45,16
02.02.03.032-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R$	17,16	R$	18,45
02.02.03.033-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R$	5,74	R$	57,71
02.02.03.034-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R$	17,16	R$	18,45
02.02.03.035-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R$	18,55	R$	19,94
02.02.03.036-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R$	18,55	R$	19,94
02.02.03.037-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R$	9,25	R$	9,94
02.02.03.038-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R$	10,00	R$	10,75
02.02.03.039-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R$	9,25	R$	83,87
02.02.03.040-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R$	3,70	R$	143,73
02.02.03.041-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R$	5,83	R$	27,95
02.02.03.042-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R$	10,00	R$	29,57
02.02.03.043-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	R$	17,16	R$	37,63
02.02.03.044-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	R$	9,25	R$	9,94
02.02.03.045-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R$	10,00	R$	10,75
02.02.03.046-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	R$	9,70	R$	61,29
02.02.03.047-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R$	2,83	R$	3,04
02.02.03.048-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	R$	10,00	R$	10,75

02.02.03.049-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLIADINA (GLUTEN) IGG IGM E IGA	R$	17,16	R$	29,35
02.02.03.050-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	R$	10,00	R$	43,54
02.02.03.051-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	R$	10,00	R$	10,75
02.02.03.052-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	R$	17,16	R$	39,43
02.02.03.053-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R$	4,10	R$	73,12
02.02.03.054-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	R$	5,50	R$	29,57
02.02.03.055-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R$	17,16	R$	18,45
02.02.03.056-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R$	17,16	R$	18,45
02.02.03.057-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R$	17,16	R$	50,27
02.02.03.058-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R$	17,16	R$	18,45
02.02.03.059-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	R$	17,16	R$	18,45
02.02.03.060-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	R$	17,16	R$	52,33
02.02.03.061-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	R$	10,00	R$	10,75
02.02.03.062-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R$	17,16	R$	18,45
02.02.03.063-6	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R$	18,55	R$	19,94
02.02.03.064-4	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R$	18,55	R$	19,94
02.02.03.065-2	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R$	7,78	R$	55,91
02.02.03.066-0	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	R$	9,71	R$	10,44
02.02.03.067-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R$	18,55	R$	22,94
02.02.03.068-7	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	R$	18,55	R$	61,96
02.02.03.069-5	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R$	9,25	R$	70,45
02.02.03.070-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	R$	4,10	R$	63,98
02.02.03.071-7	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	R$	18,55	R$	101,07
02.02.03.072-5	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R$	17,16	R$	59,14
02.02.03.073-3	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R$	2,83	R$	50,00
02.02.03.074-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R$	11,00	R$	15,26
02.02.03.075-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R$	9,25	R$	9,94
02.02.03.076-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R$	16,97	R$	18,24

02.02.03.077-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R$	9,25	R$	9,94
02.02.03.078-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R$	18,55	R$	23,48
02.02.03.079-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS	R$	30,00	R$	35,22
02.02.03.080-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R$	18,55	R$	19,94
02.02.03.081-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R$	17,16	R$	18,45
02.02.03.082-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R$	17,16	R$	55,10
02.02.03.083-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R$	17,16	R$	38,71
02.02.03.084-9	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R$	17,16	R$	29,35
02.02.03.085-7	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R$	11,61	R$	12,48
02.02.03.086-5	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R$	10,00	R$	10,75
02.02.03.087-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R$	18,55	R$	19,94
02.02.03.088-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R$	9,25	R$	21,14
02.02.03.089-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R$	18,55	R$	29,35
02.02.03.090-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS	R$	20,00	R$	21,50
02.02.03.091-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R$	18,55	R$	19,94
02.02.03.092-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R$	17,16	R$	18,45
02.02.03.093-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R$	17,16	R$	55,10
02.02.03.094-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R$	17,16	R$	29,35
02.02.03.095-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R$	17,16	R$	46,86
02.02.03.096-2	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R$	13,35	R$	14,35
02.02.03.097-0	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R$	18,55	R$	19,94
02.02.03.098-9	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R$	18,55	R$	19,94
02.02.03.099-7	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	R$	60,00	R$	69,89
02.02.03.100-4	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R$	2,83	R$	21,50
02.02.03.101-2	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R$	4,10	R$	4,40

02.02.03.102-0	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	R$	10,00	R$	43,01
02.02.03.103-9	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	R$	9,25	R$	31,69
02.02.03.104-7	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R$	10,00	R$	21,14
02.02.03.105-5	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	R$	1,77	R$	1,90
02.02.03.106-3	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	R$	1,77	R$	1,90
02.02.03.107-1	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	R$	18,00	R$	220,43
2.02.03.108-0	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	R$	168,48	R$	410,97
02.02.03.109-8	TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R$	4,10	R$	4,40
02.02.03.110-1	REACAO DE MONTENEGRO ID	R$	2,83	R$	3,04
02.02.03.111-0	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R$	2,83	R$	5,87
02.02.03.112-8	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R$	10,00	R$	10,75
02.02.03.113-6	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R$	10,00	R$	10,75
02.02.03.114-4	TESTES ALERGICOS DE CONTATO	R$	1,77	R$	1,90
02.02.03.115-2	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	R$	1,77	R$	1,90
02.14.01.016-3	TESTE QUALITATIVO IGG/IGM POR IMUNOCROMATOGRAFIA (TESTE RÁPIDO) PARA COVID-19	R$	-	R$	172,04
02.13.01.021-6	TESTE QUANTITATIVO IGG/IGM POR QUIMIOIMUNOLUMINESCÊNCIA PARA COVID-19	R$	-	R$	223,12
02.02.03.116-0	TESTES RAPIDOS P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R$	10,00	R$	5,87
02.02.03.117-9	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES	R$	2,83	R$	5,87
02.02.03.118-7	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA	R$	18,55	R$	58,71
02.02.03.119-5	DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	R$	17,16	R$	77,15
02.02.03.120-9	DOSAGEM DE TROPONINA	R$	9,00	R$	9,67
02.02.03.121-7	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	R$	13,35	R$	14,35
02.02.03.122-5	EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER I	R$	80,00	R$	86,02
02.02.03.123-3	EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER II	R$	120,00	R$	129,03
02.02.03.125-0	DETECÇÃO DE RNA DO HTLV-1	R$	65,00	R$	69,89
02.02.03.126-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 (WESTERN-BLOT)	R$	85,00	R$	181,72
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					
SUB-GRUPO 02 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO					
FORMA ORGANIZACIONAL 04 - EXAMES COPROLÓGICOS					
02.02.04.001-1	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	R$	1,65	R$	1,77
02.02.04.002-0	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R$	3,04	R$	3,26
02.02.04.003-8	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	R$	3,04	R$	48,74

02.02.04.004-6	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	R$	1,65	R$	6,98
02.02.04.005-4	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	R$	1,65	R$	1,77
02.02.04.006-2	PESQUISA DE EOSINOFILOS	R$	1,65	R$	8,95
02.02.04.007-0	PESQUISA DE GORDURA FECAL	R$	1,65	R$	17,74
02.02.04.008-9	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R$	1,65	R$	7,88
02.02.04.009-7	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R$	1,65	R$	1,77
02.02.04.010-0	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R$	1,65	R$	6,98
02.02.04.011-9	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	R$	1,65	R$	17,74
02.02.04.012-7	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R$	1,65	R$	1,77
02.02.04.013-5	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R$	10,25	R$	33,60
02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R$	1,65	R$	20,16
02.02.04.015-1	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	R$	1,65	R$	7,04
02.02.04.016-0	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	R$	1,65	R$	50,53
02.02.04.017-8	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	R$	1,65	R$	6,98
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					
SUB-GRUPO 02 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO					
FORMA ORGANIZACIONAL 05 - EXAMES UROANÁLISE					
02.02.05.001-7	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R$	3,70	R$	3,97
02.02.05.002-5	CLEARANCE DE CREATININA	R$	3,51	R$	14,08
02.02.05.003-3	CLEARANCE DE FOSFATO	R$	3,51	R$	30,46
02.02.05.004-1	CLEARANCE DE UREIA	R$	3,51	R$	14,24
02.02.05.005-0	CONTAGEM DE ADDIS	R$	2,04	R$	51,96
02.02.05.006-8	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	R$	3,70	R$	3,97
02.02.05.007-6	IDENTIFICAÇÃO DE GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA)	R$	3,70	R$	3,97
02.02.05.008-4	DOSAGEM DE CITRATO	R$	2,01	R$	23,48
02.02.05.009-2	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R$	8,12	R$	24,65
02.02.05.010-6	DOSAGEM DE OXALATO	R$	3,68	R$	52,95
02.02.05.011-4	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R$	2,04	R$	9,39
02.02.05.012-2	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	R$	3,04	R$	53,76
02.02.05.013-0	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	R$	3,70	R$	24,87
02.02.05.014-9	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	R$	3,70	R$	77,42
02.02.05.015-7	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	R$	2,04	R$	2,19
02.02.05.016-5	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	R$	3,70	R$	75,62
02.02.05.017-3	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	R$	2,04	R$	2,19
02.02.05.018-1	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	R$	2,40	R$	425,46
02.02.05.019-0	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R$	2,04	R$	23,48
02.02.05.020-3	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	R$	2,04	R$	61,02

02.02.05.021-1	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	R$	3,70	R$	67,74
02.02.05.022-0	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R$	2,04	R$	37,63
02.02.05.023-8	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R$	2,04	R$	31,18
02.02.05.024-6	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	R$	3,36	R$	3,61
02.02.05.026-2	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R$	2,04	R$	46,23
02.02.05.027-0	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	R$	2,04	R$	2,19
02.02.05.028-9	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	R$	3,70	R$	62,01
02.02.05.029-7	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	R$	2,04	R$	49,10
02.02.05.030-0	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R$	4,44	R$	26,88
02.02.05.031-9	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R$	2,04	R$	2,19
02.02.05.032-7	PROVA DE DILUICAO (URINA)	R$	2,04	R$	2,19
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					
SUB-GRUPO 02 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO					
FORMA ORGANIZACIONAL 06 - EXAMES HORMONAIS					
02.02.06.001-2	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	R$	12,54	R$	13,48
02.02.06.002-0	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	R$	12,54	R$	55,64
02.02.06.003-9	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	R$	14,69	R$	15,79
02.02.06.004-7	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R$	10,20	R$	10,96
02.02.06.005-5	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R$	6,72	R$	32,25
02.02.06.006-3	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	R$	6,72	R$	55,56
02.02.06.007-1	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	R$	6,72	R$	72,04
02.02.06.008-0	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R$	14,12	R$	48,11
02.02.06.009-8	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R$	11,89	R$	12,78
02.02.06.010-1	DOSAGEM DE AMP CICLICO	R$	12,01	R$	92,12
02.02.06.011-0	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R$	11,53	R$	12,39
02.02.06.012-8	DOSAGEM DE CALCITONINA	R$	14,38	R$	15,46
02.02.06.013-6	DOSAGEM DE CORTISOL	R$	9,86	R$	23,48
02.02.06.014-4	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R$	11,25	R$	42,20
02.02.06.015-2	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R$	11,71	R$	41,66
02.02.06.016-0	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R$	10,15	R$	17,61
02.02.06.017-9	DOSAGEM DE ESTRIOL	R$	11,55	R$	12,41
02.02.06.018-7	DOSAGEM DE ESTRONA	R$	11,12	R$	23,48
02.02.06.019-5	DOSAGEM DE GASTRINA	R$	14,15	R$	40,05
02.02.06.020-9	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R$	15,35	R$	62,01
02.02.06.021-7	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R$	7,85	R$	8,44
02.02.06.022-5	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R$	10,21	R$	10,97

02.02.06.023-3	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R$	7,89	R$	17,61
02.02.06.024-1	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R$	8,97	R$	9,64
02.02.06.025-0	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R$	8,96	R$	9,63
02.02.06.026-8	DOSAGEM DE INSULINA	R$	10,17	R$	17,61
02.02.06.027-6	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R$	43,13	R$	46,37
02.02.06.028-4	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R$	15,35	R$	34,05
02.02.06.029-2	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R$	10,22	R$	17,61
02.02.06.030-6	DOSAGEM DE PROLACTINA	R$	10,15	R$	14,08
02.02.06.031-4	DOSAGEM DE RENINA	R$	13,19	R$	47,58
02.02.06.032-2	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R$	15,35	R$	56,45
02.02.06.033-0	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R$	13,11	R$	14,09
02.02.06.034-9	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R$	10,43	R$	11,21
02.02.06.035-7	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R$	13,11	R$	14,09
02.02.06.036-5	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R$	15,35	R$	16,50
02.02.06.037-3	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R$	8,76	R$	9,41
02.02.06.038-1	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R$	11,60	R$	12,47
02.02.06.039-0	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R$	8,71	R$	9,36
02.02.06.040-3	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	R$	12,01	R$	12,91
02.02.06.041-1	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	R$	12,01	R$	12,91
02.02.06.042-0	TESTE DE ESTIMULO COM GNRH OU COM AGONISTA GNRH	R$	12,01	R$	12,91
02.02.06.043-8	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R$	12,01	R$	12,91
02.02.06.044-6	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	R$	12,01	R$	12,91
02.02.06.045-4	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	R$	12,01	R$	12,91
02.02.06.046-2	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	R$	8,43	R$	9,06
02.02.06.047-0	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	R$	12,15	R$	40,32
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					
SUB-GRUPO 02 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO					
FORMA ORGANIZACIONAL 07 - EXAMES TOXICOLÓGICOS OU DE MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA					
02.02.07.001-8	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	R$	2,06	R$	24,19
02.02.07.002-6	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	R$	2,23	R$	25,26
02.02.07.003-4	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	R$	3,68	R$	33,06
02.02.07.004-2	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	R$	2,04	R$	25,26
02.02.07.005-0	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R$	15,65	R$	44,89
02.02.07.006-9	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R$	3,51	R$	3,77
02.02.07.007-7	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	R$	2,01	R$	32,25
02.02.07.008-5	DOSAGEM DE ALUMINIO	R$	27,50	R$	29,57
02.02.07.009-3	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	R$	10,00	R$	10,75
02.02.07.010-7	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R$	10,00	R$	63,08

02.02.07.011-5	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	R$	10,00	R$	821,88
02.02.07.012-3	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R$	13,13	R$	61,29
02.02.07.013-1	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	R$	13,48	R$	61,64
02.02.07.014-0	DOSAGEM DE CADMIO	R$	6,55	R$	39,06
02.02.07.015-8	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R$	17,53	R$	18,85
02.02.07.016-6	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	R$	4,11	R$	18,63
02.02.07.017-4	DOSAGEM DE CHUMBO	R$	8,83	R$	36,82
02.02.07.018-2	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R$	58,61	R$	63,02
02.02.07.019-0	DOSAGEM DE COBRE	R$	3,51	R$	39,78
02.02.07.020-4	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R$	8,97	R$	27,60
02.02.07.021-2	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	R$	15,65	R$	128,31
02.02.07.022-0	DOSAGEM DE FENITOINA	R$	35,22	R$	37,87
02.02.07.023-9	DOSAGEM DE FENOL	R$	2,05	R$	24,73
02.02.07.024-7	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	R$	3,51	R$	3,77
02.02.07.025-5	DOSAGEM DE LITIO	R$	2,25	R$	14,08
02.02.07.026-3	DOSAGEM DE MERCURIO	R$	2,04	R$	45,96
02.02.07.027-1	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R$	4,11	R$	25,08
02.02.07.028-0	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	R$	10,00	R$	39,78
02.02.07.029-8	DOSAGEM DE METOTREXATO	R$	10,00	R$	193,55
02.02.07.030-1	DOSAGEM DE QUINIDINA	R$	10,00	R$	10,75
02.02.07.031-0	DOSAGEM DE SALICILATOS	R$	2,01	R$	2,16
02.02.07.032-8	DOSAGEM DE SULFATOS	R$	3,51	R$	3,77
02.02.07.033-6	DOSAGEM DE TEOFILINA	R$	15,65	R$	80,70
02.02.07.034-4	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R$	3,68	R$	58,78
02.02.07.035-2	DOSAGEM DE ZINCO	R$	15,65	R$	21,14
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					
SUB-GRUPO 02 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO					
FORMA ORGANIZACIONAL 08 - EXAMES MICROBIOLÓGICOS					
02.02.08.001-3	ANTIBIOGRAMA	R$	4,98	R$	5,35
02.02.08.002-1	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R$	13,33	R$	14,33
02.02.08.003-0	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	R$	13,33	R$	14,33
02.02.08.004-8	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R$	4,20	R$	4,51
02.02.08.005-6	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	R$	4,20	R$	4,51
02.02.08.006-4	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	R$	4,20	R$	4,51
02.02.08.007-2	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R$	2,80	R$	20,43
02.02.08.008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R$	5,62	R$	33,60
02.02.08.008-0	CULTURA DE FEZES - COPROCULTURA	R$	5,62	R$	21,14
02.02.08.008-0	CULTURA DE URINA - UROCULTURA	R$	5,62	R$	17,61
02.02.08.009-9	CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO)	R$	5,62	R$	6,04
02.02.08.010-2	CULTURA P/ HERPESVIRUS	R$	4,33	R$	4,65
02.02.08.011-0	CULTURA PARA BAAR	R$	5,63	R$	40,32

02.02.08.012-9	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R$	10,25	R$	32,25
02.02.08.013-7	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R$	4,19	R$	27,68
02.02.08.014-5	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	R$	2,80	R$	18,81
02.02.08.015-3	HEMOCULTURA	R$	11,49	R$	52,42
02.02.08.016-1	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R$	5,63	R$	6,05
02.02.08.017-0	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R$	4,33	R$	4,65
02.02.08.018-8	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R$	2,80	R$	24,91
02.02.08.019-6	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R$	4,33	R$	4,65
02.02.08.020-0	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R$	2,80	R$	26,16
02.02.08.021-8	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R$	4,33	R$	57,25
02.02.08.022-6	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R$	2,80	R$	60,21
02.02.08.023-4	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R$	5,04	R$	18,28
02.02.08.024-2	PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES	R$	5,62	R$	6,04
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					
SUB-GRUPO 02 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO					
FORMA ORGANIZACIONAL 09 - EXAMES EM OUTROS LÍQUIDOS BIOLÓGICOS					
02.02.09.001-9	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	R$	1,89	R$	2,03
02.02.09.002-7	ADENOGRAMA	R$	5,79	R$	6,22
02.02.09.003-5	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	R$	4,33	R$	4,65
02.02.09.004-3	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	R$	4,33	R$	4,65
02.02.09.005-1	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R$	1,89	R$	2,03
02.02.09.006-0	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R$	1,89	R$	2,03
02.02.09.007-8	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R$	6,56	R$	7,05
02.02.09.008-6	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R$	1,89	R$	2,03
02.02.09.009-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	R$	2,01	R$	2,16
02.02.09.010-8	DOSAGEM DE FRUTOSE	R$	2,01	R$	15,32
02.02.09.011-6	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	R$	2,01	R$	2,16
02.02.09.012-4	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R$	1,89	R$	2,03
02.02.09.013-2	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R$	1,89	R$	2,03
02.02.09.015-9	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	R$	5,23	R$	5,62
02.02.09.016-7	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R$	6,56	R$	7,05
02.02.09.017-5	ESPLENOGRAMA	R$	5,79	R$	6,22
02.02.09.018-3	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	R$	1,89	R$	2,03
02.02.09.019-1	MIELOGRAMA	R$	5,79	R$	6,22

02.02.09.021-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R$	9,70	R$	42,47
02.02.09.022-1	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	R$	2,01	R$	2,16
02.02.09.023-0	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R$	1,89	R$	2,03
02.02.09.024-8	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	R$	1,89	R$	2,03
02.02.09.025-6	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	R$	1,89	R$	21,15
02.02.09.026-4	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	R$	4,80	R$	5,16
02.02.09.027-2	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R$	1,89	R$	2,03
02.02.09.028-0	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	R$	9,70	R$	10,43
02.02.09.029-9	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	R$	1,89	R$	2,03
02.02.09.030-2	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R$	1,89	R$	2,03
02.02.09.031-0	REACAO DE PANDY	R$	1,89	R$	2,03
02.02.09.032-9	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R$	1,89	R$	2,03
02.02.09.033-7	TESTE DE CLEMENTS	R$	1,89	R$	2,03
02.02.09.034-5	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	R$	4,69	R$	5,04
02.02.09.035-3	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	R$	4,69	R$	5,04
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					
SUB-GRUPO 02 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO					
FORMA ORGANIZACIONAL 12 - EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS					
02.02.12.001-5	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	R$	10,65	R$	160,21
02.02.12.002-3	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R$	1,37	R$	1,47
02.02.12.003-1	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	R$	10,65	R$	11,45
02.02.12.004-0	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	R$	10,65	R$	11,45
02.02.12.005-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	R$	5,79	R$	6,22
02.02.12.006-6	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC	R$	5,79	R$	6,22
02.02.12.007-4	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	R$	5,79	R$	6,22
02.02.12.008-2	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R$	1,37	R$	1,47
02.02.12.009-0	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R$	2,73	R$	2,93
02.02.12.010-4	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	R$	5,79	R$	6,22
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					
SUB-GRUPO 03 - DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA					
FORMA ORGANIZACIONAL 01 - EXAMES CITOPATOLÓGICOS					

02.03.01.001-9	EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	R$	6,97	R$	33,85
02.03.01.002-7	EXAME CITOPATOLOGICO HORMONAL SERIADO (MINIMO 3 COLETAS)	R$	10,65	R$	45,86
02.03.01.003-5	EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)	R$	10,65	R$	63,34
02.03.01.004-3	EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA	R$	35,34	R$	63,34
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					
SUB-GRUPO 03 - DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA					
FORMA ORGANIZACIONAL 02 - EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS					
02.03.02.007-3	EXAME ANATOMOPATOLOGICO - PECA CIRURGICA	R$	43,21	R$	136,50
02.03.02.006-5	EXAME ANATOMOPATOLOGICO - BIOPSIA	R$	45,83	R$	63,34
02.03.02.004-9	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS POR MARCADOR - (ATÉ 06 MARCADORES)	R$	92,00	R$	138,00
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					
SUB-GRUPO 04 - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA					
FORMA ORGANIZACIONAL 01 - EXAMES RADIOLÓGICOS DA CABEÇA E PESCOÇO					
02.04.01.001-2	DACRIOCISTOGRAFIA	R$	48,85	R$	48,85
02.04.01.002-0	PLANIGRAFIA DE LARINGE	R$	27,32	R$	27,32
02.04.01.003-9	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ) C/ LAUDO	R$	8,38	R$	47,77
02.04.01.004-7	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS) C/ LAUDO	R$	6,96	R$	51,53
02.04.01.005-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL C/ LAUDO	R$	8,38	R$	50,16
02.04.01.006-3	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ) C/ LAUDO	R$	6,88	R$	47,21
02.04.01.007-1	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ) C/ LAUDO	R$	9,15	R$	54,15
02.04.01.008-0	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL) C/ LAUDO	R$	7,52	R$	48,99
02.04.01.009-8	RADIOGRAFIA DE LARINGE C/ LAUDO	R$	5,74	R$	42,81
02.04.01.010-1	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL) C/ LAUDO	R$	9,03	R$	57,40
02.04.01.011-0	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA) C/ LAUDO	R$	7,20	R$	42,33
02.04.01.012-8	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ) C/ LAUDO	R$	8,38	R$	49,70
02.04.01.014-4	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ) C/ LAUDO	R$	7,32	R$	55,90
02.04.01.015-2	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON) C/ LAUDO	R$	7,20	R$	49,29
02.04.01.019-5	SIALOGRAFIA (POR GLANDULA)	R$	48,85	R$	48,85
02.04.01.020-9	TELERADIOGRAFIA COM TRACADOS E SEM TRACADOS	R$	6,44	R$	6,44
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					
SUB-GRUPO 04 - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA					

FORMA ORGANIZACIONAL 02 - EXAMES RADIOLÓGICOS DA COLUNA VERTEBRAL					
02.04.02.002-6	PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL	R$	19,60	R$	174,00
02.04.02.003-4	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)C/ LAUDO	R$	8,33	R$	63,07
02.04.02.004-2	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO) C/ LAUDO	R$	8,19	R$	63,31
02.04.02.005-0	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA C/ LAUDO	R$	10,29	R$	52,44
02.04.02.006-9	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ LAUDO	R$	10,96	R$	52,62
02.04.02.007-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS) C/ LAUDO	R$	14,90	R$	53,82
02.04.02.008-5	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA C/ LAUDO	R$	16,88	R$	58,47
02.04.02.009-3	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL) C/ LAUDO	R$	9,16	R$	49,12
02.04.02.010-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR C/ LAUDO	R$	9,73	R$	53,59
02.04.02.011-5	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA C/ LAUDO	R$	15,58	R$	55,43
02.04.02.012-3	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA C/ LAUDO	R$	7,80	R$	53,36
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					
SUB-GRUPO 04 - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA					
FORMA ORGANIZACIONAL 03 - EXAMES RADIOLÓGICOS DO TÓRAX E MEDIASTINO					
02.04.03.001-3	BRONCOGRAFIA UNILATERAL	R$	110,41	R$	220,82
02.04.03.002-1	DUCTOGRAFIA (POR MAMA)	R$	57,16	R$	57,16
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA	R$	22,50	R$	77,50
02.04.03.004-8	MARCACAO PRE-CIRURGICA DE LESAO NAO PALPAVEL DE MAMA ASSOCIADA A MAMOGRAFIA	R$	62,50	R$	125,00
02.04.03.007-2	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX) C/ LAUDO	R$	8,37	R$	47,31
02.04.03.009-9	RADIOGRAFIA DE ESTERNO C/ LAUDO	R$	7,98	R$	46,25
02.04.03.010-2	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL) C/ LAUDO	R$	8,73	R$	49,03
02.04.03.012-9	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA) C/ LAUDO	R$	5,56	R$	49,25
02.04.03.013-7	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL) C/ LAUDO	R$	14,32	R$	52,91
02.04.03.014-5	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA) C/ LAUDO	R$	12,02	R$	52,59
02.04.03.015-3	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL) C/ LAUDO	R$	9,50	R$	46,35
02.04.03.016-1	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT) C/ LAUDO	R$	6,55	R$	49,11
02.04.03.017-0	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA) C/ LAUDO	R$	6,88	R$	47,75
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	R$	45,00	R$	96,25
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					

SUB-GRUPO 04 - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA					
FORMA ORGANIZACIONAL 04 - EXAMES RADIOLÓGICOS DA CINTURA ESCAPULAR E DOS MEMBROS SUPERIORES					
02.04.04.001-9	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO C/ LAUDO	R$	6,42	R$	47,94
02.04.04.002-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR C/ LAUDO	R$	7,40	R$	47,85
02.04.04.003-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL C/ LAUDO	R$	7,40	R$	46,01
02.04.04.004-3	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR C/ LAUDO	R$	7,40	R$	48,41
02.04.04.005-1	RADIOGRAFIA DE BRACO C/ LAUDO	R$	7,77	R$	46,38
02.04.04.006-0	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA C/ LAUDO	R$	7,40	R$	47,84
02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE COTOVELO C/ LAUDO	R$	5,90	R$	45,08
02.04.04.008-6	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO C/ LAUDO	R$	5,62	R$	45,28
02.04.04.009-4	RADIOGRAFIA DE MAO C/ LAUDO	R$	6,30	R$	45,09
02.04.04.010-8	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA) C/ LAUDO	R$	6,00	R$	46,19
02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES) C/ LAUDO	R$	7,98	R$	49,63
02.04.04.012-4	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA) C/ LAUDO	R$	6,91	R$	47,19
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					
SUB-GRUPO 04 - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA					
FORMA ORGANIZACIONAL 05 - EXAMES RADIOLÓGICOS DO ABDOMEN E PELVE					
02.04.05.001-4	CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE	R$	47,76	R$	47,76
02.04.05.002-2	COLANGIOGRAFIA PER-OPERATORIA	R$	32,61	R$	32,61
02.04.05.003-0	COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA	R$	32,61	R$	32,61
02.04.05.004-9	DUODENOGRAFIA HIPOTONICA	R$	34,52	R$	34,52
02.04.05.005-7	FISTULOGRAFIA	R$	45,34	R$	45,34
02.04.05.006-5	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R$	45,34	R$	45,34
02.04.05.007-3	PIELOGRAFIA ANTEROGRADA PERCUTANEA	R$	73,15	R$	73,15
02.04.05.008-1	PIELOGRAFIA ASCENDENTE	R$	52,11	R$	52,11
02.04.05.010-3	PLANIGRAFIA DE RIM S/ CONTRASTE	R$	14,48	R$	14,48
02.04.05.011-1	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA) C/ LAUDO	R$	10,73	R$	42,60
02.04.05.012-0	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS) C/ LAUDO	R$	15,30	R$	59,45
02.04.05.013-8	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP) C/ LAUDO	R$	7,17	R$	46,60
02.04.05.017-0	URETROCISTOGRAFIA	R$	52,11	R$	257,55
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					
SUB-GRUPO 04 - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA					
FORMA ORGANIZACIONAL 06 - EXAMES RADIOLÓGICOS DA CINTURA PÉLVICA E DOS MEMBROS INFERIORES					
02.04.06.001-0	ARTROGRAFIA	R$	45,34	R$	45,34
02.04.06.002-8	DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES E/OU FEMUR)	R$	55,10	R$	95,03

02.04.06.003-6	ESCANOMETRIA	R$	7,77	R$	50,88
02.04.06.006-0	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL C/ LAUDO	R$	7,77	R$	45,95
02.04.06.007-9	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA C/ LAUDO	R$	7,77	R$	42,52
02.04.06.008-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA C/ LAUDO	R$	6,50	R$	45,21
02.04.06.009-5	RADIOGRAFIA DE BACIA C/ LAUDO	R$	7,77	R$	46,55
02.04.06.010-9	RADIOGRAFIA DE CALCANEO C/ LAUDO	R$	6,50	R$	45,10
02.04.06.011-7	RADIOGRAFIA DE COXA C/ LAUDO	R$	8,94	R$	48,75
02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL) C/ LAUDO	R$	6,78	R$	45,55
02.04.06.013-3	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL) C/ LAUDO	R$	7,16	R$	52,51
02.04.06.014-1	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS) C/ LAUDO	R$	9,29	R$	59,72
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE C/ LAUDO	R$	6,78	R$	54,94
02.04.06.016-8	RADIOGRAFIA DE PERNA C/ LAUDO	R$	8,94	R$	56,53
02.04.06.017-6	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES C/ LAUDO	R$	9,29	R$	69,50
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					
SUB-GRUPO 05 - DIAGNÓSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA					
FORMA ORGANIZACIONAL 01 - ULTRA-SONOGRAFIAS DO SISTEMA CIRCULATÓRIO (QUALQUER REGIÃO ANATÔMICA)					
02.05.01.001-6	ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	R$	165,00	R$	281,64
02.05.01.002-4	ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA	R$	165,00	R$	281,64
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA (ADULTO / PEDIÁTRICO)	R$	39,94	R$	140,82
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	R$	39,60	R$	92,94
02.05.01.005-9	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	R$	42,90	R$	100,68
1482	ECODOPPLER VASCULAR PERIFÉRICO VENOSO	R$	-	R$	253,47
1483	ECODOPPLER VASCULAR PERIFÉRICO ARTERIAL	R$	-	R$	253,47
1484	ECODOPPLER RENAL	R$	-	R$	253,47
276	ECOBIDIMENSIONAL COM DOPPLER E MAPEAMENTO DE FLUXO A CORES	R$	-	R$	112,65
1459	ECODOPPLER DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	R$	-	R$	140,82
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					
SUB-GRUPO 05 - DIAGNÓSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA					
FORMA ORGANIZACIONAL 02 - ULTRA-SONOGRAFIAS DOS DEMAIS SISTEMAS					
02.05.02.001-1	ECODOPPLER TRANSCRANIANO	R$	117,00	R$	274,60
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA	R$	14,81	R$	17,37
02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	R$	24,20	R$	76,88
02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL OU PAREDE ABDOMINAL	R$	37,95	R$	102,51

02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	R$	24,20	R$	76,88
02.06.02.002-3	ULTRASSONOGRAFIA DE PERNA			R$	65,52
02.06.02.002-3	ULTRASSONOGRAFIA DE PÉ			R$	65,52
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE BRAÇO	R$	24,20	R$	65,52
02.06.02.002-3	ULTRASSONOGRAFIA DE MÃO			R$	65,52
02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA	R$	39,60	R$	109,20
02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER	R$	39,60	R$	87,36
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER			R$	87,36
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE COM DOPPLER			R$	87,36
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES	R$	24,20	R$	76,88
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE QUADRIL	R$	24,20	R$	76,88
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (OMBRO, COTOVELO, PUNHO, JOELHO, TORNOZELO)	R$	24,20	R$	76,88
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL OU DE REGIÃO INGUINAL	R$	24,20	R$	76,88
02.05.02.008-9	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	R$	24,20	R$	76,88
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAFIA DE AXILAS	R$	24,20	R$	76,88
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	R$	24,20	R$	76,88
02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	R$	24,20	R$	76,88
02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA VIA TRANSRETAL (Com biópsia - 12 fragmentos)	R$	24,20	R$	514,22
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE OU DE REGIÃO CERVICAL (glândulas salivares)	R$	24,20	R$	76,88
02.05.02.013-5	ULTRASSONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R$	24,20	R$	76,88
02.05.02.014-3	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA	R$	24,20	R$	76,88
02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R$	39,60	R$	102,51
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R$	24,20	R$	76,88
02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	R$	24,20	R$	76,88
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	R$	24,20	R$	102,51
02.05.02.019-4	MARCACAO DE LESAO PRE-CIRURGICA DE LESAO NAO PALPAVEL DE MAMA ASSOCIADA A ULTRASSONOGRAFIA	R$	25,43	R$	50,86
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					
SUB-GRUPO 06 - DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA					
FORMA ORGANIZACIONAL 01 - TOMOGRAFIA DA CABEÇA, PESCOÇO E COLUNA VERTEBRAL					
02.06.01.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL	R$	86,76	R$	111,55
02.06.01.002-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R$	101,10	R$	129,97

02.06.01.003-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA	R$	86,76	R$	111,55
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/SEIOS DA FACE/ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES/MASTOIDES	R$	86,75	R$	111,55
02.06.01.005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO	R$	86,75	R$	111,55
02.06.01.006-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	R$	97,44	R$	125,27
02.06.01.007-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ORBITAS	R$	97,44	R$	125,27
02.06.01.007-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	R$	97,44	R$	125,27
02.06.01.008-7	TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA	R$	138,63	R$	178,21
02.06.01.009-5	TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT)	R$	2.107,22	R$	2.708,97
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					
SUB-GRUPO 06 - DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA					
FORMA ORGANIZACIONAL 02 - TOMOGRAFIA DO TORAX E MEMBROS SUPERIORES					
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR (OMBRO, COTOVELO, PUNHO)	R$	86,75	R$	111,51
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	R$	86,75	R$	111,51
02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R$	136,41	R$	175,36
02.06.02.004-0	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX, PULMÃO OU DO MEDIASTINO	R$	136,41	R$	175,36
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					
SUB-GRUPO 06 - DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA					
FORMA ORGANIZACIONAL 03 - TOMOGRAFIA DO ABDOMEN, PELVE E MEMBROS INFERIORES					
02.06.03.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	R$	138,63	R$	178,21
02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR (JOELHO E TORNOZELO)	R$	86,75	R$	111,51
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE QUADRIL	R$	138,63	R$	178,21
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	R$	138,63	R$	178,21
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					
SUB-GRUPO 06 - DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA					
FORMA ORGANIZACIONAL 01 - CABEÇA, PESCOÇO E COLUNA VERTEBRAL					
02.06.01.005-2	ANGIOTOMOGRAFIA DE CAROTIDAS E VETEBRAIS (CONTRASTADO)	R$	-	R$	625,00
02.06.01.007-9	ANGIOTOMOGRAFIA DE CRANIO (CONTRASTADO)	R$	-	R$	625,00
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					
SUB-GRUPO 06 - DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA					

FORMA ORGANIZACIONAL 02 - TORAX E MEMBROS SUPERIORES			
02.06.02.001-5	ANGIOTOMOGRAFIA DE MEMBRO SUPERIOR (CONTRASTADO)	R$ -	R$ 625,00
02.06.02.003-1	ANGIOTOMOGRAFIA DE TORAX (CONTRASTADO)	R$ -	R$ 625,00
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA			
SUB-GRUPO 06 - DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA			
FORMA ORGANIZACIONAL 03 - ABDOMEN, PELVE E MEMBROS INFERIORES			
02.06.03.001-0	ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDOMEM SUPERIOR (CONTRASTADO)	R$ -	R$ 625,00
02.06.03.002-9	ANGIOTOMOGRAFIA DE MEMBRO INFERIOR (CONTRASTADO)	R$ -	R$ 625,00
02.06.03.003-7	ANGIOTOMOGRAFIA DE PELVE (CONTRASTADO)	R$ -	R$ 625,00
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA			
SUB-GRUPO 07 - DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA			
FORMA ORGANIZACIONAL 01 - RM DA CABEÇA, PESCOÇO E COLUNA VERTEBRAL			
02.07.01.001-3	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	R$ 268,75	R$ 268,75
02.07.01.002-1	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	R$ 268,75	R$ 268,75
02.07.01.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	R$ 268,75	R$ 268,75
02.07.01.004-8	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R$ 268,75	R$ 268,75
02.07.01.005-6	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	R$ 268,75	R$ 268,75
02.07.01.006-4	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	R$ 268,75	R$ 268,75
02.07.01.006-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MASTOIDES	R$ 268,75	R$ 268,75
02.06.01.004-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA SEIOS DA FACE	R$ 268,75	R$ 268,75
02.07.01.007-2	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	R$ 268,75	R$ 268,75
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA			
SUB-GRUPO 07 - DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA			
FORMA ORGANIZACIONAL 02 - RM DO TÓRAX E MEMBROS SUPERIORES			
02.07.02.001-9	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE	R$ 361,25	R$ 361,25
02.07.02.002-7	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR – BRAÇO, ANTEBRAÇO E MÃO (UNILATERAL)	R$ 268,75	R$ 268,75
02.07.02.003-5	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MAMA UNILATERAL	R$ 268,75	R$ 268,75
02.07.02.003-5	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MAMA BILATERAL	R$ 268,75	R$ 268,75
02.07.02.003-5	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	R$ 268,75	R$ 268,75
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA			
SUB-GRUPO 07 - DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA			
FORMA ORGANIZACIONAL 03 - RM DO ABDOMEN, PELVE E MEMBROS INFERIORES			
02.07.03.001-4	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	R$ 268,75	R$ 268,75

02.07.03.002-2	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	R$	268,75	R$	268,75
02.07.03.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR – PERNA, COXA E PÉ (UNILATERAL)	R$	268,75	R$	268,75
02.07.03.004-9	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	R$	268,75	R$	268,75
02.07.03.002-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PRÓSTATA	R$	268,75	R$	268,75
02.07.03.002-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE QUADRIL	R$	268,75	R$	268,75
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					
SUB-GRUPO 08 - DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO					
FORMA ORGANIZACIONAL 01 - APARELHO CARDIOVASCULAR					
02.08.01.001-7	CINTILOGRAFIA DE CORACAO C/ GALIO 67	R$	457,55	R$	921,00
02.08.01.002-5	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECOES)	R$	408,52	R$	723,40
02.08.01.003-3	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECOES)	R$	383,07	R$	715,12
02.08.01.004-1	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ LOCALIZACAO DE NECROSE (MINIMO 3 PROJECOES)	R$	166,47	R$	645,00
02.08.01.005-0	CINTILOGRAFIA P/ AVALIACAO DE FLUXO SANGUINEO DE EXTREMIDADES	R$	114,02	R$	900,00
02.08.01.006-8	CINTILOGRAFIA P/ QUANTIFICACAO DE SHUNT EXTRACARDIACO	R$	142,57	R$	700,00
02.08.01.007-6	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE ESFORCO	R$	214,85	R$	536,00
02.08.01.008-4	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)	R$	176,72	R$	536,00
02.08.01.009-2	DETERMINACAO DE FLUXO SANGUINEO REGIONAL	R$	123,93	R$	600,00
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					
SUB-GRUPO 08 - DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO					
FORMA ORGANIZACIONAL 02 - APARELHO DIGESTIVO					
02.08.02.001-2	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E BACO (MINIMO 5 IMAGENS)	R$	133,26	R$	380,06
02.08.02.002-0	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E VIAS BILIARES	R$	187,93	R$	505,83
02.08.02.003-9	CINTILOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTIMULO	R$	87,89	R$	220,59
02.08.02.005-5	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (LIQUIDO)	R$	135,38	R$	458,13
02.08.02.006-3	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (SEMI-SOLIDO)	R$	135,38	R$	300,00
02.08.02.007-1	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO GASTRICO	R$	144,22	R$	458,13
02.08.02.008-0	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL	R$	114,86	R$	371,52
02.08.02.009-8	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA	R$	157,23	R$	903,50

02.08.02.010-1	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NAO ATIVA	R$	310,82	R$	903,50
02.08.02.011-0	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO	R$	135,38	R$	435,25
02.08.02.012-8	IMUNO-CINTILOGRAFIA (ANTICORPO MONOCLONAL)	R$	1.103,26	R$	1.103,26
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					
SUB-GRUPO 08 - DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO					
FORMA ORGANIZACIONAL 03 - APARELHO ENDÓCRINO					
02.08.03.001-8	CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES	R$	324,54	R$	642,73
02.08.03.002-6	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ OU S/ CAPTACAO	R$	77,28	R$	254,30
02.08.03.003-4	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ TESTE DE SUPRESSAO / ESTIMULO	R$	107,30	R$	400,00
02.08.03.004-2	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO	R$	338,70	R$	368,75
02.08.03.005-0	TESTE DO PERCLORATO C/ RADIOISOTOPO	R$	107,40	R$	400,00
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					
SUB-GRUPO 08 - DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO					
FORMA ORGANIZACIONAL 04 - APARELHO GENITURINÁRIO					
02.08.04.002-1	CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GALIO 67	R$	457,55	R$	600,00
02.08.04.003-0	CINTILOGRAFIA DE TESTICULO E BOLSA ESCROTAL	R$	108,94	R$	327,47
02.08.04.005-6	CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	R$	133,03	R$	364,31
02.08.04.006-4	CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	R$	122,97	R$	388,72
02.08.04.007-2	CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	R$	144,50	R$	309,00
02.08.04.008-0	DETERMINACAO DE FILTRACAO GLOMERULAR	R$	63,22	R$	600,00
02.08.04.009-9	DETERMINACAO DE FLUXO PLASMATICO RENAL	R$	63,22	R$	341,10
02.08.04.010-2	ESTUDO RENAL DINAMICO C/ OU S/ DIURETICO	R$	165,24	R$	468,27
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					
SUB-GRUPO 08 - DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO					
FORMA ORGANIZACIONAL 05 - APARELHO ESQUELÉTICO					
02.08.05.001-9	CINTILOGRAFIA DE ARTICULACOES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO	R$	180,32	R$	600,00
02.08.05.003-5	CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUINEO (CORPO INTEIRO)	R$	190,99	R$	406,76
02.08.05.004-3	CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO C/ GALIO 67	R$	457,55	R$	600,00
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					
SUB-GRUPO 08 - DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO					
FORMA ORGANIZACIONAL 06 - APARELHO NERVOSO					
02.08.06.001-4	CINTILOGRAFIA DE PERFUSAO CEREBRAL C/ TALIO (SPCTO)	R$	438,01	R$	1.296,00

02.08.06.002-2	CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIACAO DO TRANSITO LIQUORICO)	R$	205,34	R$	600,00
02.08.06.003-0	ESTUDO DE FLUXO SANGUINEO CEREBRAL	R$	119,16	R$	700,00
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					
SUB-GRUPO 08 - DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO					
FORMA ORGANIZACIONAL 07 - APARELHO RESPIRATÓRIO					
02.08.07.001-0	CINTILOGRAFIA DE PULMAO C/ GALIO 67	R$	457,55	R$	700,00
02.08.07.002-8	CINTILOGRAFIA DE PULMAO P/ PESQUISA DE ASPIRACAO	R$	127,51	R$	273,75
02.08.07.003-6	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR INALACAO (MINIMO 2 PROJECOES)	R$	128,12	R$	460,19
02.08.07.004-4	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECOES)	R$	130,50	R$	387,41
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					
SUB-GRUPO 08 - DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO					
FORMA ORGANIZACIONAL 08 - APARELHO HEMATOLÓGICO					
02.08.08.001-5	CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA OSSEA)	R$	112,61	R$	700,00
02.08.08.002-3	DEMONSTRACAO DE SEQUESTRO DE HEMACIAS PELO BACO (C/ RADIOISOTOPOS)	R$	97,37	R$	700,00
02.08.08.003-1	DETERMINACAO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS (C/ RADIOSOTOPOS)	R$	54,36	R$	700,00
02.08.08.004-0	LINFOCINTILOGRAFIA	R$	141,33	R$	419,69
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					
SUB-GRUPO 08 - DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO					
FORMA ORGANIZACIONAL 09 - OUTROS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICOS EM MEDICINA NUCLEAR IN VIVO					
02.08.09.001-0	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS	R$	906,80	R$	1.000,00
02.08.09.002-9	CINTILOGRAFIA DE GLANDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)	R$	66,23	R$	193,05
02.08.09.003-7	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	R$	289,43	R$	736,42
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					
SUB-GRUPO 09 - DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA					
FORMA ORGANIZACIONAL 01 - APARELHO DIGESTIVO					
02.09.01.001-0	COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA (VIA ENDOSCOPICA)	R$	90,68	R$	181,36
02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA C/ OBTENÇÃO DE FRAGMENTOS E EXTRAÇÃO OU EXERESE DE 01 PÓLIPO (COM SEDAÇÃO)	R$	112,66	R$	774,70
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (COM SEDAÇÃO)	R$	48,16	R$	521,62
02.09.01.004-5	LAPAROSCOPIA	R$	40,37	R$	80,74
02.09.01.005-3	RETOSSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA	R$	23,13	R$	216,00
02.09.01.005-3	RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLÉXIVEL	R$	23,13	R$	216,00
02.09.01.006-1	VIDEOLAPAROSCOPIA	R$	95,00	R$	190,00
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					

SUB-GRUPO 09 - DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA			
FORMA ORGANIZACIONAL 02 - APARELHO URINÁRIO			
02.09.02.001-6	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA	R$ 18,00	R$ 240,00
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA			
SUB-GRUPO 09 - DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA			
FORMA ORGANIZACIONAL 03 - APARELHO GINECOLÓGICO			
02.09.03.001-1	HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA	R$ 76,50	R$ 216,00
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA			
SUB-GRUPO 09 - DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA			
FORMA ORGANIZACIONAL 04 - APARELHO RESPIRATÓRIO			
02.09.04.001-7	BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA)	R$ 36,02	R$ 72,04
02.09.04.002-5	LARINGOSCOPIA	R$ 47,14	R$ 94,28
02.09.04.003-3	TRAQUEOSCOPIA	R$ 348,59	R$ 697,18
02.09.04.004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA	R$ 45,50	R$ 91,00
02.09.04.005-0	VIDEOTORACOSCOPIA	R$ 747,49	R$ 747,49
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA			
SUB-GRUPO 11 - MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES			
FORMA ORGANIZACIONAL 02 - DIAGNÓSTICO EM CARDIOLOGIA			
02.11.02.003-6	ELETROCARDIOGRAMA	R$ 5,15	R$ 12,00
02.11.02.004-4	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	R$ 30,00	R$ 90,00
02.11.02.005-2	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL	R$ 10,07	R$ 72,00
02.11.02.006-0	TESTE DE ESFORCO / TESTE ERGOMETRICO	R$ 30,00	R$ 150,00
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA			
SUB-GRUPO 11 - MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES			
FORMA ORGANIZACIONAL 04 - DIAGNÓSTICO EM GINECOLOGIA-OBSTETRÍCIA			
02.11.04.001-0	AMNIOSCOPIA	R$ 1,69	R$ 1,69
02.11.04.002-9	COLPOSCOPIA	R$ 3,38	R$ 96,00
02.11.04.003-7	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO DO CONTEUDO CERVIC0-VAGINAL	R$ 2,80	R$ 2,80
02.11.04.004-5	HISTEROSCOPIA (DIAGNOSTICA)	R$ 25,00	R$ 216,00
02.11.04.005-3	PERSUFLACAO TUBARIA (DIAGNOSTICA)	R$ 1,69	R$ 1,69
02.11.04.006-1	TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO	R$ 1,69	R$ 1,69
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA			
SUB-GRUPO 11 - MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES			
FORMA ORGANIZACIONAL 05 - DIAGNÓSTICO EM NEUROLOGIA			
02.11.05.002-4	ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO-ESTIMULO	R$ 11,34	R$ 96,00
02.11.05.003-2	ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG)	R$ 25,00	R$ 96,00

02.11.05.004-0	ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG)	R$	25,00	R$	96,00
02.11.05.005-9	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG)	R$	25,00	R$	180,00
02.11.05.007-5	ELETROMIOGRAMA C/ ESTUDO DE FIBRA UNICA	R$	27,00	R$	27,00
02.11.05.009-1	EXPLORACAO DIAGNOSTICA PELO VIDEO-ELETROENCEFALOGRAMA COM OU SEM USO DE ELETRODO DE PROFUNDIDADE	R$	1.707,05	R$	1.707,05
02.11.05.010-5	POLISSONOGRAFIA	R$	170,00	R$	360,00
02.11.05.011-3	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO	R$	4,06	R$	4,06
02.11.05.012-1	POTENCIAL EVOCADO VISUAL / OCCIPTO	R$	4,06	R$	4,06
02.11.05.013-0	POTENCIAL SOSMATO-SENSITIVO	R$	4,06	R$	4,06
02.11.05.014-8	TESTE DE WADA	R$	1.707,05	R$	1.707,05
02.11.05.015-6	VIDEO-ELETROENCEFALOGRAMA C/ REGISTRO PROLONGADO	R$	27,00	R$	27,00
1507	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) - 2 MEMBROS (SUPERIORES OU INFERIORES)	R$	-	R$	373,33
1508	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) - 4 MEMBROS (SUPERIORES E INFERIORES)	R$	-	R$	720,00
757	VIDEOENDOSCOPIA NASOSSINUSAL	R$	-	R$	76,44
1144	TESTE ALÉRGICO CUTÂNEO (ALIMENTOS OU INALANTES)	R$	-	R$	54,60
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					
SUB-GRUPO 11 - MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES					
FORMA ORGANIZACIONAL 06 - DIAGNÓSTICO EM OFTALMOLOGIA					
02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	R$	24,24	R$	24,24
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	R$	12,34	R$	12,34
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO	R$	40,00	R$	40,00
02.11.06.005-4	CERATOMETRIA	R$	3,37	R$	3,37
02.11.06.006-2	CURVA DIARIA DE PRESSAO OCULAR CDPO (MINIMO 3 MEDIDAS)	R$	10,11	R$	10,11
02.11.06.007-0	ELETRO-OCULOGRAFIA	R$	24,24	R$	24,24
02.11.06.008-9	ELETRORETINOGRAFIA	R$	24,24	R$	24,24
02.11.06.009-7	ESTESIOMETRIA	R$	3,37	R$	3,37
02.11.06.010-0	FUNDOSCOPIA	R$	3,37	R$	3,37
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA	R$	6,74	R$	6,74
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA	R$	24,24	R$	24,24
02.11.06.013-5	MEDIDA DE OFUSCAMENTO E CONTRASTE	R$	3,37	R$	3,37
02.11.06.014-3	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA	R$	24,24	R$	24,24
02.11.06.015-1	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	R$	3,37	R$	3,37
02.11.06.016-0	POTENCIAL VISUAL EVOCADO	R$	24,24	R$	24,24
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R$	24,68	R$	24,68
02.11.06.018-6	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R$	64,00	R$	64,00
02.11.06.020-8	TESTE DE PROVOCACAO DE GLAUCOMA	R$	6,74	R$	6,74
02.11.06.021-6	TESTE DE SCHIRMER	R$	3,37	R$	3,37

02.11.06.022-4	TESTE DE VISÃO DE CORES	R$	3,37	R$	3,37
02.11.06.023-2	TESTE ORTÓPTICO	R$	12,34	R$	12,34
02.11.06.024-0	TESTE P/ ADAPTACAO DE LENTE DE CONTATO	R$	12,34	R$	12,34
02.11.06.025-9	TONOMETRIA	R$	3,37	R$	6,74
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA	R$	24,24	R$	24,24
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					
SUB-GRUPO 11 - MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES					
FORMA ORGANIZACIONAL 07 - DIAGNÓSTICO EM OTORRINOLARINGOLOGIA/FONOAUDIOLOGIA					
02.11.07.001-7	ANALISE ACUSTICA DA VOZ POR MEIO DE LABORATORIO DE VOZ	R$	4,11	R$	4,11
02.11.07.002-5	AUDIOMETRIA DE REFORCO VISUAL (VIA AEREA / OSSEA)	R$	21,00	R$	21,00
02.11.07.003-3	AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	R$	20,13	R$	20,13
02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)	R$	21,00	R$	32,76
02.11.07.005-0	AVALIACAO AUDITIVA COMPORTAMENTAL	R$	18,00	R$	18,00
02.11.07.006-8	AVALIACAO DE LINGUAGEM ESCRITA / LEITURA	R$	4,11	R$	4,11
02.11.07.007-6	AVALIACAO DE LINGUAGEM ORAL	R$	4,11	R$	4,11
02.11.07.008-4	AVALIACAO MIOFUNCIONAL DE SISTEMA ESTOMATOGNATICO	R$	4,11	R$	4,11
02.11.07.009-2	AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DE DEFICIENCIA AUDITIVA	R$	24,75	R$	24,75
02.11.07.010-6	AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE DEFICIENCIA AUDITIVA	R$	46,56	R$	46,56
02.11.07.011-4	AVALIACAO VOCAL	R$	4,11	R$	4,11
02.11.07.012-2	ELETROCOCLEOGRAFIA	R$	4,25	R$	4,25
02.11.07.013-0	ELETROGUSTOMETRIA	R$	1,37	R$	1,37
02.11.07.014-9	EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS P/ TRIAGEM AUDITIVA	R$	13,51	R$	87,36
02.11.07.015-7	ESTUDO DE EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANSITORIAS E PRODUTOS DE DISTORCAO (EOA)	R$	46,88	R$	46,88
02.11.07.016-5	ESTUDO TOPODIAGNOSTICO DA PARALISIA FACIAL	R$	8,10	R$	8,10
02.11.07.017-3	EXAME DE ORGANIZACAO PERCEPTIVA	R$	4,11	R$	4,11
02.11.07.018-1	EXAME NEUROPSICOMOTOR EVOLUTIVO	R$	4,11	R$	4,11
02.11.07.019-0	GUSTOMETRIA	R$	1,92	R$	1,92
02.11.07.020-3	IMITANCIOMETRIA	R$	23,00	R$	23,00
02.11.07.021-1	LOGOAUDIOMETRIA (LDV-IRF-LRF)	R$	26,25	R$	26,25
02.11.07.022-0	OLFATOMETRIA	R$	1,37	R$	1,37
02.11.07.023-8	PESQUISA DE FISTULA PERILINFATICA	R$	4,80	R$	4,80
02.11.07.024-6	PESQUISA DE GANHO DE INSERCAO	R$	12,00	R$	12,00
02.11.07.025-4	PESQUISA DE PARES CRANIANOS	R$	1,37	R$	1,37
02.11.07.026-2	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA LATENCIA	R$	46,88	R$	46,88

02.11.07.026-2	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE MEDIA LATENCIA	R$	46,88	R$	46,88
02.11.07.026-2	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE LONGA LATENCIA	R$	46,88	R$	46,88
02.11.07.027-0	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO P/ TRIAGEM AUDITIVA	R$	13,51	R$	13,51
02.11.07.028-9	PROVA DE FUNCAO TUBARIA	R$	4,80	R$	4,80
02.11.07.029-7	REAVALIACAO DIAGNOSTICA DE DEFICIENCIA AUDITIVA EM PACIENTE MAIOR DE 3 ANOS	R$	22,55	R$	22,55
02.11.07.030-0	REAVALIACAO DIAGNOSTICA DE DEFICIENCIA AUDITIVA EM PACIENTE MENOR DE 3 ANOS	R$	44,36	R$	44,36
02.11.07.031-9	SELECAO E VERIFICACAO DE BENEFICIO DO AASI	R$	8,75	R$	8,75
02.11.07.032-7	TESTES ACUMETRICOS (DIAPASAO)	R$	1,37	R$	1,37
02.11.07.033-5	TESTES AUDITIVOS SUPRALIMINARES	R$	1,37	R$	1,37
02.11.07.034-3	TESTES DE PROCESSAMENTO AUDITIVO	R$	9,36	R$	9,36
02.11.07.035-1	TESTES VESTIBULARES / OTONEUROLOGICOS	R$	12,12	R$	12,12
02.11.07.036-0	TRIAGEM AUDITIVA DE ESCOLARES	R$	12,00	R$	12,00
02.11.07.037-8	AVALIAÇÃO E SELEÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA PARA IMPLANTE COCLEAR	R$	46,56	R$	46,56
02.11.07.038-6	MAPEAMENTO E BALANCEAMENTO DOS ELETRODOS	R$	33,91	R$	33,91
02.11.07.039-4	POTENCIAL EVOCADO ELETRICAMENTE NO SISTEMA AUDITIVO	R$	93,76	R$	93,76
02.11.07.040-8	REFLEXO ESTAPEDIANO ELICIADO ELETRICAMENTE	R$	46,00	R$	46,00
02.11.07.041-6	AVALIAÇÃO E SELEÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA PARA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO	R$	46,56	R$	46,56
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					
SUB-GRUPO 11 - MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES					
FORMA ORGANIZACIONAL 08 - DIAGNÓSTICO EM PNEUMOLOGIA					
02.11.08.001-2	ESPIROGRAFIA C/ DETERMINACAO DO VOLUME RESIDUAL	R$	2,78	R$	2,78
02.11.08.002-0	GASOMETRIA	R$	2,78	R$	2,78
02.11.08.003-9	GASOMETRIA (APOS EXERCICIO CICLO-ERGOMETRICO)	R$	2,78	R$	2,78
02.11.08.004-7	GASOMETRIA (APOS OXIGENIO A 100 DURANTE A DIFUSAO ALVEOLO-CAPILAR)	R$	2,78	R$	2,78
02.11.08.005-5	ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR	R$	6,36	R$	109,20
02.11.08.006-3	PROVA DE FUNCAO PULMONAR SIMPLES	R$	4,28	R$	4,28
02.11.08.007-1	PROVA FARMACODINAMICA	R$	2,78	R$	2,78
02.11.08.008-0	TESTE DA CAMINHADA DE 6 MINUTOS	R$	2,78	R$	2,78
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA					
SUB-GRUPO 11 - MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES					
FORMA ORGANIZACIONAL 09 - DIAGNÓSTICO EM UROLOGIA					

02.11.09.001-8	AVALIACAO URODINAMICA COMPLETA	R$	7,62	R$	360,00
02.11.09.002-6	CATETERISMO DE URETRA	R$	8,82	R$	8,82
02.11.09.003-4	CISTOMETRIA C/ CISTOMETRO	R$	8,82	R$	8,82
02.11.09.004-2	CISTOMETRIA SIMPLES	R$	8,82	R$	8,82
02.11.09.005-0	DETERMINACAO DE PRESSAO INTRA-ABDOMINAL	R$	8,82	R$	8,82
02.11.09.006-9	PERFIL DE PRESSAO URETRAL	R$	8,82	R$	8,82
02.11.09.007-7	UROFLUXOMETRIA	R$	8,82	R$	84,00
GRUPO 03 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS					
SUB-GRUPO 01 - CONSULTAS / ATENDIMENTOS / ACOMPANHAMENTOS					
FORMA ORGANIZACIONAL 01 - CONSULTAS MÉDICAS / OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR					
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ALERGOLOGIA	R$	10,00	R$	110,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ANGIOLOGIA	R$	10,00	R$	110,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CARDIOLOGIA	R$	10,00	R$	110,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CIRURGIA GERAL	R$	10,00	R$	110,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CLÍNICA GERAL	R$	10,00	R$	110,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - DERMATOLOGIA	R$	10,00	R$	110,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ENDOCRINOLOGIA	R$	10,00	R$	110,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - GASTROENTEROLOGIA	R$	10,00	R$	110,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - GERIATRIA	R$	10,00	R$	110,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - GINECOLOGIA	R$	10,00	R$	110,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - HEMATOLOGIA	R$	10,00	R$	110,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - MASTOLOGIA	R$	10,00	R$	110,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - NEFROLOGIA	R$	10,00	R$	110,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - NEUROLOGIA	R$	10,00	R$	110,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - OFTALMOLOGIA	R$	10,00	R$	110,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ONCOLOGIA	R$	10,00	R$	110,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ORTOPEDIA	R$	10,00	R$	110,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - OTORRINOLARINGOLOGIA	R$	10,00	R$	110,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PEDIATRIA	R$	10,00	R$	110,00

03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PNEUMOLOGIA	R$ 10,00	R$ 110,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PROCTOLOGIA	R$ 10,00	R$ 110,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PSIQUIATRIA	R$ 10,00	R$ 110,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - REUMATOLOGIA	R$ 10,00	R$ 110,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - TRAUMATOLOGIA	R$ 10,00	R$ 110,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - UROLOGIA	R$ 10,00	R$ 110,00
GRUPO 03 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS			
SUB-GRUPO 09 - TERAPIAS ESPECIALIZADAS			
FORMA ORGANIZACIONAL 07 - ANGIOLOGIA			
03.09.07.001-5	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	R$ 300,78	R$ 300,78
03.09.07.002-3	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (BILATERAL)	R$ 392,62	R$ 392,62
GRUPO 04 - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS			
SUB-GRUPO 07 - CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, ORGÃOS ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL			
FORMA ORGANIZACIONAL 02 - INTESTINOS, RETO E ANUS			
CÓDIGO	**PROCEDIMENTOS**	**VALOR SUS**	**COPIRN**
04.07.02.012-8	DILATACAO DIGITAL / INSTRUMENTAL DO ANUS E/OU RETO	R$ 13,06	R$ 109,20
04.07.02.031-4	LIGADURA ELASTICA DE HEMORROIDAS (SESSAO)	R$ 13,06	R$ 109,20
04.07.02.016-0	ELETROCAUTERIZACAO DE LESAO TRANSPARIETAL DE ANUS	R$ 14,77	R$ 109,20

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

Declaro sob as penas da lei, para fins desta licitação, que a empresa _____, não foi declarada inidônea para licitar ou contratar com a Administração Pública, nos termos do Inciso IV, Art. nº 156, da Lei nº 14.133/2021 e suas alterações, bem como, comunicarei qualquer fato ou evento superveniente a entrega dos documentos de habilitação, que venha alterar a atual situação quanto à capacidade jurídica, técnica, regularidade fiscal e econômico-financeiro.

_____, _____de_____de 2025.

_____

Diretor, Sócio-gerente ou equivalente
Nome completo e assinatura

MODELO

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE NÃO-EMPREGO DE MENORES

MODELO

Declaramos para os fins de direito, na qualidade de licitante deste processo licitatório, que em cumprimento ao inciso XXXIII, do artigo 7º da Constituição Federal, combinado ao inciso VI do artigo 68 da lei nº 14.133/2021, não possuímos em nosso quadro funcional, pessoas menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e de menores de 16 (dezesseis) anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir dos 14 (quatorze) anos.

Por ser expressão da verdade, firmamos o presente.

_____, _____de_____de 2025.

Empresa:_____

CNPJ: _____

_____

Nome completo e assinatura do representante legal da empresa ou

Nome completo a assinatura do Diretor, Sócio-gerente ou equivalente.

Nome completo e assinatura

ANEXO IV

MINUTA DO CONTRATO Nº _____/2025.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, QUE ENTRE SI CELEBRAM O CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL DO RIO GRANDE DO NORTE - COPIRN E A _____.

O **Consórcio Público Intermunicipal do Rio Grande do Norte-COPIRN,** pessoa jurídica de direito público, com sede á Rua Dr. Abelardo Calafange com sede e foro na cidade de Natal - RN, 1828,Nova Descoberta, Natal - RN, inscrito no CNPJ sob nº 12.120.272/0001-04, neste ato representado pelo seu Presidente: JOSÉ ARNOR DA SILVA, Brasileiro, portador do CPF nº _____, RG nº _____SSP/RN doravante denominando **CONTRATANTE** e, a **xxxxxxxxxxxxx** com sede , nº. __bairro _____ _____, município de __/RN, inscrito CNPJ sob o nº _____ _____, neste ato, representado pelo _____ _____, brasileiro, portador do CPF nº. _____, RG nº _____doravante denominada **CONTRATADA,** celebram o presente contrato de prestação de serviços de saúde, mediante as cláusulas e condições abaixo pactuadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente Contrato tem por objeto a prestação de serviços de saúde com a finalidade de prestar atendimento nas consultas médicas e exames de média e alta complexidade, abaixo discriminadas:

CÓDIGO SUS	PROCEDIMENTO	VALOR
xxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxxxxxx	xxxxxxx

PARAGRAFO PRIMEIRO - Os serviços ora contratados serão realizados em favor da população dos municípios consorciados, conforme necessidades e disponibilidades financeiras de cada um dos entes consorciados;

PARAGRAFO SEGUNDO - Os serviços serão prestados pela **CONTRATADA**, nos termos desta cláusula, a usuários que lhe sejam encaminhados pelos municípios que integram o CONTRATANTE;

PARAGRAFO TERCEIRO - Os serviços a serem realizados pela **CONTRATADA** deverão ser previamente autorizados pelo município responsável pelo encaminhamento, caso haja necessidade de complementação nos serviços inicialmente autorizados, tal complementação também precisará ser previamente autorizada, sob pena de ser inviabilizado o respectivo pagamento.

PARAGRAFO QUARTO - Integram o presente contrato, independentemente de transcrição, o Edital da Chamada Pública 001/2025, com seus Anexos, especialmente o termo de referência, e a Proposta da **CONTRATADA.**

CLÁUSULA SEGUNDA – DA JUSTIFICATIVA

Esta contratação trata de importantes questões acerca da saúde da população, cujos problemas apontados devem ser enfrentados, no nível municipal,

considerando a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, cumprindo-se, assim, o princípio da universalidade no atendimento.

Nesse sentido, o **Consórcio Público Intermunicipal do Rio Grande do Norte – COPIRN** coloca-se como alternativa para o cumprimento desse princípio constitucional, cuidando de estabelecer parcerias para adoção das medidas de regulação e ordenamento da implementação, de forma sistêmica, evitando expansão desordenada dos serviços de saúde, maximizando benefícios e minimizando custos, considerando as necessidades da população, evidenciando a necessidade de planejamento, controle e avaliação em todas as fases da execução.

CLÁUSULA TERCEIRA - DO FUNDAMENTO LEGAL

Com fundamento na Constituição Federal, em especial os artigos 196 e seguintes e na Lei Federal n.º. 8.080/90, no que forem aplicáveis, bem como nos mandamentos da Lei n.º 14.133/2021 pertinentes, Lei n.º 11.107/05, Decreto Federal n.º 6.017/07 e, ainda, no Edital n.º 01/2025 -CHAMAMENTO PÚBLICO - CONTRATAÇÃO POR INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO DE PESSOAS JURÍDICAS PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA

O presente instrumento contratual terá vigência de doze (12) meses contados, à partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado a critério do **CONTRATANTE**, mediante a celebração de Termo Aditivo, pelo prazo de até sessenta (60) meses, nos termos dos artigos 105 e 106 da Lei n.º 14.133/2021, caso não ocorra nova Chamada Pública.

Para a prorrogação do contrato deverão ser encaminhados ao **CONTRATANTE** os seguintes documentos, referentes ao local da prestação dos serviços:

a) Alvará Sanitário vigente;

b) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas; de Débitos relativos aos Tributos Federais, Estaduais e Municipais;

c) Certidão de Regularidade com FGTS.

CLÁUSULA QUINTA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes da execução deste contrato serão custeadas com recursos orçamentários do **CONTRATANTE**, assim classificados:

Unidade Orçamentária: 01.001 CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL DO RN

Função: xxxxxxxxx

Sub - Função: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Programa: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Ação:

Complexidade Natureza: XXXXXXXXXXXXXXXXX

CLÁUSULA SEXTA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

a) Prestar atendimento de qualidade, com resolubilidade, dignidade e respeito aos pacientes encaminhados pelos municípios consorciados, segundo agendamento e apresentação de guias de atendimento expedidas pelas Secretarias Municipais de Saúde;

b) Atender os pacientes encaminhados nas dependências e instalações físicas citadas no credenciamento;

c) Obedecer e fazer respeitar a ordem de agendamento existente, exceto nos

casos urgentes, devidamente comprovados, encaminhados com prioridade;

d) Disponibilizar as agendas das consultas e exames elencados na Cláusula Primeira pelo menos semanalmente, para atendimento dos pacientes encaminhados pelos municípios consorciados;

e) Responsabilizar-se pelo agendamento das consultas de retorno no prazo de até 30 dias da primeira consulta;

f) Expressamente proibida a validação da guia de atendimento antes da realização de consultas, procedimentos e/ou exames laboratoriais, podendo ser aplicada alguma sanção administrativa;

g) Responsabilizar-se pelo arquivamento das Guias de Atendimento encaminhadas pelos municípios durante o período de cinco (05) anos;

h) Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o usuário para fins de experimentação;

i) Justificar ao **CONTRATANTE**, ao usuário ou seu responsável, sempre que solicitado e por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto no Contrato;

j) Notificar o **CONTRATANTE** de eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança em sua diretoria, contrato ou estatuto, enviando ao **CONTRATANTE**, no prazo de sessenta (60) dias, contados a partir da data do registro da alteração, cópia autenticada da Certidão da junta comercial ou do cartório de registro de pessoas jurídicas;

k) Comunicar, imediatamente, ao **CONTRATANTE**, qualquer ocorrência que possa acarretar prejuízo ao desenvolvimento das atividades;

l) Manter validas as certidões de regularidade fiscal;

m) Manter registro atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);

n) A validação do exame deverá ser feita até as 23h59 da data da realização do mesmo. Os exames que necessitem de laudos médicos para entrega ao paciente terão um prazo de até oito (08) dias para emissão do respectivo laudo;

o) É de responsabilidade exclusiva e integral da **CONTRATADA** a utilização de pessoal para execução do objeto deste Contrato, incluídos os encargos trabalhistas, fiscais e comerciais, resultantes de vínculo

empregatício ou prestação de serviços autônomos, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o **CONTRATANTE** ou para quaisquer de seus municípios integrantes;

p) A **CONTRATADA** deverá cumprir as determinações do PRT GM/SM nº 07/10/2010.

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

a) Efetuar o pagamento referente aos procedimentos realizados no mês anterior, a partir do dia 20 do mês subsequente;

b) Acompanhar e avaliar a execução deste Contrato, objetivando o fiel cumprimento de suas finalidades;

c) Acompanhar, fiscalizar e supervisionar a prestação dos serviços objeto deste Instrumento Contratual;

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

CLÁUSULA OITAVA - DO VALOR TOTAL ESTIMADO DO CONTRATO

a) O valor total estimado para a execução do presente contrato é de **R$ [VALOR NUMÉRICO] ([VALOR POR EXTENSO])**, conforme detalhado na planilha orçamentária anexa e com base no estudo técnico preliminar e na pesquisa de preços realizada, nos termos do artigo 23 da Lei nº 14.133/2021.

b) O valor estimado poderá ser ajustado em conformidade com as disposições legais e contratuais aplicáveis, respeitando os limites previstos nos artigos 124 e 125 da Lei nº 14.133/2021 para eventuais acréscimos ou supressões contratuais.

c) Os pagamentos serão efetuados conforme estabelecido no cronograma financeiro, observando-se a regular execução do objeto contratado e a disponibilidade orçamentária e financeira da administração pública, nos termos do artigo 141 da Lei nº 14.133/2021.

d) O reequilíbrio econômico-financeiro do contrato poderá ser solicitado pela parte interessada, desde que haja a devida comprovação da superveniência de fato imprevisível ou de força maior, nos termos do artigo 124 da Lei nº 14.133/2021.

e) Quaisquer alterações no valor do contrato que impliquem reajustes, acréscimos ou supressões deverão ser formalizadas por meio de termo aditivo, observando os requisitos e limites estabelecidos nos artigos 124 e 125 da Lei nº 14.133/2021.

f) A contratada reconhece que o valor pactuado foi previamente analisado e aceito, não podendo alegar desconhecimento das condições contratuais para pleitear reajustes indevidos, salvo se devidamente fundamentado e aprovado pela administração contratante, nos termos do artigo 92 da Lei nº 14.133/2021.

CLÁUSULA NONA - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

a) O pagamento será efetuado, mensalmente, considerando apenas aqueles serviços efetivamente prestados e realizados em benefício da população dos municípios consorciados, em respeito às normas da Lei nº 4.320/64 e de acordo com os valores determinados na Tabela de Serviços do **CONTRATANTE**, anexo a este instrumento;

b) O pagamento será realizado a partir do dia 20 do mês subsequente, após apresentação das notas fiscais correspondentes a cada município, que discriminará os serviços prestados e somente ocorrerá depois de atestada e visitada pela CONTRATANTE, observando a conformidade da execução dos serviços com as exigências contratuais;

c) O pagamento está condicionado à validade e regularidade Certidões Negativas de Débitos Trabalhistas, das Fazendas Federal, Estadual, Municipal e do Certificado de Regularidade do FGTS, sendo realizado mediante ordem bancária, na conta corrente da Pessoa Jurídica, indicada no contrato;

d) Os pagamentos decorrentes da execução dos serviços correrão por conta de dotação orçamentária **CONTRATANTE**, cujos recursos serão provenientes dos municípios consorciados que assinaram o "Convênio de Adesão" ao Programa de Contratação de Serviços de Saúde;

e) Os pagamentos dos serviços prestados serão efetuados em conta corrente do prestador, preferencialmente no Banco do Brasil;

f) O pagamento será creditado em favor do **CONTRATADO** no banco: 000; agência 0000 nº 0000, conta corrente nº 000.

CLÁUSULA DÉCIMA - DO CONTROLE E DA FISCALIZAÇÃO

A execução do presente contrato será avaliada e fiscalizada pelo **CONTRATANTE**, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste Contrato e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados:

a) O **CONTRATANTE** terá direito a acompanhar e fiscalizar a execução do objeto deste Contrato. Caso haja a superveniência de legislação na área da saúde expedida pelo gestor público (local, estadual ou federal), a mesma será aplicada ao presente Contrato, quando pertinente;

b) Em casos específicos, definidos pelo **CONTRATANTE**, poderá ser realizada auditoria especializada;

c) Anualmente, com antecedência mínima de trinta (30) dias da data do término deste Contrato, se for do interesse do **CONTRATANTE** a sua prorrogação ,este poderá vistoriar as instalações da **CONTRATADA** para verificar se persistem as mesmas condições básicas originais, comprovadas por ocasião da assinatura deste instrumento;

d) Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa da **CONTRATADA** poderá ensejar a não prorrogação deste acordo ou a revisão das condições ora estipuladas;

e) A fiscalização do **CONTRATANTE** sobre os serviços ora contratados não eximirá a CONTRATADA da sua plena responsabilidade, decorrente de culpa ou dolo na execução do Contrato, perante o **CONTRATANTE** ou para com os usuários e terceiros;

f) A **CONTRATADA** facilitará ao **CONTRATANTE** o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores do **CONTRATANTE** designados para tal fim;

g) Em qualquer hipótese é assegurado à **CONTRATADA** amplo direito de defesa, nos termos da Lei Federal n.º 14.133/2021.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA RESCISÃO

Além das hipóteses previstas na Lei Federal n.º 14.133/2021, são motivos para rescisão do presente contrato o não cumprimento de quaisquer de suas cláusulas e condições, sem prejuízo das penalidades previstas na Cláusula Décima Quarta - Das Sanções Administrativas.

a) A **CONTRATADA** reconhece desde já os direitos do **CONTRATANTE** em caso de rescisão administrativa prevista na legislação antes mencionada;

b) Em caso de rescisão contratual, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, a critério do **CONTRATANTE**, será observado o prazo de sessenta (60) dias para ocorrer a rescisão. Se neste prazo a **CONTRATADA** não prestar os serviços de acordo com as disposições deste Contrato, poderá ser aplicada uma multa no dobro do percentual estipulado na Cláusula Décima Segunda - Das Penalidades.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

Pelo atraso injustificado na execução do contrato ou pela sua inexecução total ou parcial, a CONTRATADA ficará sujeita às seguintes penalidades:

I - advertência;

II - multa;

III - suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com o COPIRN por prazo de até 2 (dois) anos; e

IV - declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a administração pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a CONTRATADA ressarcir ao CONSÓRCIO pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base no inciso anterior.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - O atraso injustificado na execução do objeto sujeitará a CONTRATADA, sem prejuízo das sanções administrativas estabelecidas no art. 156 da Lei nº 14.133/2021, às seguintes multas:

I – até 0,3% (três décimos de por cento) ao dia, sobre o valor global deste Contrato até o limite de 30 (trinta) dias; e

II – até 5% (cinco por cento), cumulativamente, sobre o valor global deste Contrato, após 30 (trinta) dias, podendo ainda o CONSÓRCIO, a seu critério, cancelar a nota de empenho, fazer uso da garantia prestada pela empresa e impor outras sanções legais cabíveis.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Para os casos de inexecução de obrigação contratual ou legal, não previstos nos parágrafos anteriores, o CONSÓRCIO aplicará multa correspondente a até 10% (dez por cento) do valor global estimado deste instrumento, em razão da gravidade apurada.

PARÁGRAFO TERCEIRO - A multa, aplicada após regular processo administrativo, garantido o direito ao contraditório e à ampla defesa, será paga diretamente no CONSÓRCIO, descontada das faturas emitidas pela CONTRATADA.

PARÁGRAFO QUARTO - Não ocorrendo quitação total da multa, administrativamente, na forma do parágrafo anterior, será o valor remanescente cobrado judicialmente.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA- DA RELAÇÃO JURÍDICA COM A CONTRATADA

a) A prestação dos serviços ora contratados não implica vínculo empregatício entre o **CONTRATANTE** e os profissionais da **CONTRATADA**, nem com a própria **CONTRATADA** no caso de empresa individual, tampouco exclusividade de colaboração entre as partes contratantes;

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

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA

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

a) A fiscalização ou o acompanhamento da execução deste Contrato pelos órgãos competentes do **CONTRATANTE** não exclui nem reduz a responsabilidade da **CONTRATADA**;

b) A responsabilidade de que trata esta Cláusula estende-se aos casos de danos causados por defeitos relativos à prestação dos serviços nos estritos termos do art. 14 da Lei 8.078, de 11.09.90 (Código de Defesa do Consumidor);

c) Caso haja responsabilização do **CONTRATANTE**, solidária ou subsidiária, por danos causados pela **CONTRATADA**, seus prepostos ou profissionais a ele vinculados, a usuários ou terceiros em razão dos serviços ora contratados, é garantido ao **CONTRATANTE** o direito de regresso

integral contra a **CONTRATADA**.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA– DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

As PARTES **CONTRATANTES**, por estarem de comum acordo, elegem o foro da comarca de Natal/RN, com expressa renúncia de qualquer outro por mais privilegiado que seja para ser resolvida qualquer lide do presente contrato.

E, por estarem justos, certos e contratados, assinam o presente instrumento contratual em duas vias de igual forma e teor, na presença de testemunhas abaixo nomeadas.

Natal / RN _de ____de 202___

COPIRN	CONTRATADA
CNPJ/MF: 12.120.272/0001-04	CNPJ/MF:
	xxxxxxxxxxxxxxxxx
	xxxxxxxxxx

Testemunhas:

1)_____ 2)___

CPF: _____ CPF: _____