



EDITAL DE CREDENCIAMENTO

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 10.179/2025
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2025

OBJETIVO: CHAMADA PÚBLICA PARA CREDENCIAMENTO EM PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS, SERVIÇOS LABORATORIAIS E DE IMAGEM E PROCEDIMENTOS MÉDICOS PARA ATENDIMENTO AS DEMANDAS DO MUNICÍPIO.

1. PREÂMBULO

1.1. A PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO, localizada na Praça dos Imigrantes, nº 100, bairro Lagoinha, CEP. 37.950-000, na cidade de São Sebastião do Paraíso, Estado de Minas Gerais, neste ato representada pelo Agente de Contratação, Sr. Rodrigo Augusto de Oliveira, torna público que promoverá, em condições enunciadas neste edital, o processo de **CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2025** objetivando o "*Credenciamento de pessoas jurídicas* para prestação de serviços complementares na área da saúde, nos termos do art. 199, § 1º da Constituição Federal de 1988, art. 128 a 139 da Portaria de Consolidação MS nº 1 de 28 de setembro de 2017, assim como da lei nº 8.080/90, compreendendo os seguintes serviços/especialidades: *serviços laboratoriais, serviços de ultrassonografia, serviços de ressonância, exames de cardiologia, exames e procedimentos de oftalmologia, exames e procedimentos de otorrinolaringologia, exames diversos, procedimentos e consultas especializadas*, de forma complementar aos serviços oferecidos no Município de São Sebastião do Paraíso para atender toda a demanda dos serviços de saúde do município, os quais serão destinados aos usuários do Sistema Único de Saúde, respeitando a forma de contratação estatuída pela Lei Federal nº 14.133/2021 c/c/ Decreto Municipal nº 6467/2024.

1.2. O procedimento de credenciamento permanecerá ativo aos interessados durante o período de 21 de julho de 2025 a 31 de dezembro de 2028.

1.2.1. O período acima estipulado poderá ser prorrogado a critério da Administração Municipal diante de sua conveniência e oportunidade.

1.3. O instrumento convocatório e seus anexos poderão ser adquiridos pelo site oficial da Prefeitura Municipal, presente no endereço eletrônico www.ssparaíso.mg.gov.br, ou se



preferível, juntamente a Gerência de Compras e Licitações, localizada na Praça dos Imigrantes, nº 100, Lagoinha, neste município, no horário compreendido das 9 h às 16h30.

1.4. A participação no presente processo não obriga a Administração a firmar as futuras contratações que dele poderão advir.

1.5. Maiores informações sobre o presente processo poderão ser obtidas pelos telefones (35) 3539-7000 - ramal 7133 ou (35) 3539-7015, ou por meio dos e-mails: compras@ssparaiso.mg.gov.br; licitacao@ssparaiso.mg.gov.br e licitacao3@ssparaiso.mg.gov.br.

2. OBJETO

2.1. O presente edital de chamamento público tem por objeto o *Credenciamento de pessoas jurídicas* para prestação de serviços complementares na área da saúde, nos termos do art. 199, § 1º da Constituição Federal de 1988, art. 128 a 139 da Portaria de Consolidação MS nº 1 de 28 de setembro de 2017 (origem: Portaria nº GM/MS 2.567/16), assim como da lei nº 8.080/90, compreendendo os seguintes serviços/especialidades: *serviços laboratoriais, serviços de ultrassonografia, serviços de ressonância, exames de cardiologia, exames e procedimentos de oftalmologia, exames e procedimentos de otorrinolaringologia, exames diversos, procedimentos e consultas especializadas*, de forma complementar aos serviços oferecidos no Município de São Sebastião do Paraíso para atender toda a demanda dos serviços de saúde do município, os quais serão destinados aos usuários do Sistema Único de Saúde, respeitando a forma de contratação estatuída pela Lei Federal nº 14.133/2021.

2.2. É parte integrante deste edital:

Anexo I – Modelo de Requerimento para Credenciamento;

Anexo II – Modelo de Declaração de Conhecimento do Edital;

Anexo III – Modelo de Declaração para o Cumprimento do Disposto no Inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal;

Anexo IV – Modelo de Declaração de Inexistência de Fato Impeditivo a sua Habilitação;

Anexo V – Modelo de Apresentação da Proposta;

Anexo VI – Minuta de Contrato Administrativo;

Anexo VII – Decreto Municipal Regulamentador dos Exames, Consultas, Procedimentos e Plantões;

Anexo VIII – Tabela Municipal de Exames, Consultas, Procedimentos e Plantões;



Anexo IX – Declaração de disponibilidade de carga horária;

Anexo X – Ficha de Programação Orçamentária-FPO (documento a ser preenchido exclusivamente pela Secretaria de Saúde); e

Anexo XI – Orientações para preenchimento de FAA, APAC e AIH.

3. DA IMPUGNAÇÃO E ESCLARECIMENTO DO EDITAL

3.1. Qualquer cidadão ou interessado é parte legítima para impugnar ou requerer esclarecimento(s) sobre o presente edital de credenciamento dentro de seu prazo de validade, devendo protocolizar formalmente seu pleito junto ao Protocolo Geral da Prefeitura, localizado na Praça dos Imigrantes nº 100, Lagoinha, neste município, das 9 h às 16h30, ou se preferível, por meio dos e-mails: compras@ssparaiso.mg.gov.br; licitacao3@ssparaiso.mg.gov.br; licitacao@ssparaiso.mg.gov.br e pela plataforma AMMLICITA, endereçando-o para a Comissão de Contratação na pessoa do Agente de Contratação.

3.2. Recebido o pedido de impugnação ou esclarecimento(s), caberá ao Agente de Contratação deliberar sobre a matéria no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis, exarando decisão motivada que posteriormente será direcionada ao requerente.

4. DO VALOR

4.1. O valor da remuneração pela prestação dos serviços respectivos terá como base os preços constantes da **TABELA DE SERVIÇOS, PROCEDIMENTOS E CONSULTAS** do município (Anexo VIII), formulada pelo "DECRETO MUNICIPAL Nº 6.713 de 23 de junho de 2025".

5. DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO

5.1. Respeitadas as demais condições constantes deste edital, poderá participar deste credenciamento qualquer *pessoa jurídica* legalmente estabelecida, que comprove possuir os requisitos mínimos de qualificação exigidos.

5.2. Não poderá participar do presente credenciamento a *pessoa jurídica* que:



- a) Tenha sido declarada inidônea por órgão ou entidade da Administração Pública, Direta ou Indireta, Federal, Estadual, Municipal ou do Distrito Federal;
- b) Esteja suspensa de licitar/contratar com a Prefeitura Municipal de São Sebastião do Paraíso;
- c) Encontre-se vedada pelo dispositivo da Lei nº 14.133/2021.

5.3. Não poderão participar ainda do processo de credenciamento os interessados concorrentes ou em processo de falência, sob concurso de credores, em dissolução ou em liquidação.

5.4. Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados, é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do art. 25, § 4º da lei nº 8.080/90 e funcionário público municipal.

6. DA FORMA DE CREDENCIAMENTO E APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

6.1. Os interessados deverão se credenciar a partir do dia **21 de julho de 2025**, encontrando-se o edital doravante disponível por intermédio do endereço eletrônico www.ss-paraiso.mg.gov.br, (<https://ammlicita.org.br/>), sendo que todo o certame será operado no sistema AMMLICITA (<https://ammlicita.org.br/>), por meio do Portal de Compras.

6.2. O edital estará disponível nos seguintes endereços eletrônicos:

- a) no sítio da internet: <https://ammlicita.org.br/>;
- b) no sítio da internet: <https://transparencia.ssparaiso.mg.gov.br/licitacoes>;
- c) PNCP (Portal Nacional de Contratações Públicas): <https://www.gov.br/pncp/pt-br>;

6.3. Qualquer pessoa poderá solicitar esclarecimentos sobre os termos deste edital e seus anexos ou impugná-lo.

6.3.1. O pedido de esclarecimento e a impugnação ao edital, devidamente identificados, serão realizados exclusivamente por meio eletrônico e deverão ser apresentados ao Agente de Contratação através do portal no endereço <https://ammlicita.org.br>.

6.3.2. O Agente de Contratação responderá aos pedidos de esclarecimentos e decidirá sobre impugnação no prazo de até 3 (três) dias úteis, podendo solicitar informações da uni-



dade técnica, demandante, especializada e outras unidades, bem como solicitar apoio dos órgãos de assessoramento jurídico e de controle interno.

6.3.3. Os questionamentos serão respondidos e publicados em ordem sequencial no portal de transparência desta Prefeitura, no endereço <https://transparencia.ssparaíso.mg.gov.br> e no portal do AMMLICITA no endereço <https://ammlicita.org.br>. As respostas vincularão os participantes e a administração, sendo dever dos interessados acompanhá-las, não podendo alegar desconhecimento.

6.3.4. Eventuais modificações no edital implicarão nova divulgação na mesma forma de sua divulgação inicial.

6.3.5. Serão consideradas credenciadas as *pessoas jurídicas* legalmente constituídas que cumprirem os requisitos contidos na cláusula 8 deste instrumento e que apresentarem suas propostas de acordo com a cláusula 7, e modelo estabelecido no Anexo V.

6.4. Após manifestação de interesse e junção da documentação necessários no portal <https://ammlicita.org.br>, o Agente de Contratação e Equipe de Apoio realizará análise da documentação relativa à habilitação, que exigirá a estrita observância de todos os requisitos previstos neste edital, permitindo vistas aos documentos pelos interessados.

6.5. Caso necessário, o Agente de Contratação solicitará esclarecimentos, retificações e complementações da documentação ao interessado.

6.6. Os documentos para credenciamento poderão ser apresentados por qualquer processo de **cópia autenticada por cartório competente** ou **publicação em órgão da Imprensa Oficial bem como aqueles emitidos de forma eletrônica e, nos termos do artigo 12 da Lei nº 14.133/21**, a prova de autenticidade de cópia de documento público ou particular, quando necessária, deverá ser feita perante agente da Administração, mediante apresentação de original ou de declaração de autenticidade por advogado, sob sua responsabilidade pessoal

6.6.1. **Não serão aceitas cópias ilegíveis**, que não ofereçam condições de leitura das informações nelas contidas.



6.7. Sendo constatada a não apresentação de todos os documentos de habilitação nos termos deste instrumento convocatório, a Administração Municipal deverá:

- a) Notificar o interessado, por escrito, por intermédio da requisitante da contratualização ou pelo Agente de Contratação, para saneamento da situação, justificando e motivando seu pedido de acordo com os termos estabelecidos no edital, concedendo-lhe o prazo máximo de **05 (cinco) dias úteis** ou outro designado pelo Agente de Contratação ou requisitante diante do caso em concreto. O saneamento da situação se dará mediante apresentação de documentos eventualmente faltantes.
- b) Caso não haja a providência durante o período, o Agente de Contratação ou o Setor Requisitante proporão fundamentadamente o arquivamento da proposta do interessado, juntando tal informação no processo de chamamento respectivo, sendo descartada a documentação apresentada.
- c) Havendo novo interesse por parte do prestador, escoimados os motivos que ensejaram o arquivamento do pedido anterior, nova proposta e documentação poderão ser enviados seguindo os mesmos trâmites estabelecidos em edital.

6.8. Os participantes do credenciamento, caso cumpram todas as condições previstas, e após Ata de Pré Qualificação do Agente de Contratação e Equipe de Apoio, poderão ser convocados a pactuar o respectivo contrato com a Administração, nos termos da minuta constante no Anexo VI.

6.9. Havendo a convocação, para a celebração do contrato, o interessado deverá comparecer ao local indicado no **prazo máximo de 5 (cinco) dias** a contar da notificação.

6.9.1. O prazo inicialmente estipulado para a celebração do contrato administrativo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, quando solicitado pela parte durante seu transcurso e desde que ocorra motivo justificado aceito pela Administração.

6.9.2. Não havendo o comparecimento do interessado no prazo acima referendado, tal conduta restará caracterizada como desinteresse na contratualização, sendo o pedido imediatamente arquivado, após o proferimento de parecer fundamentado que discorra sobre o ocorrido, sendo juntado este posteriormente ao processo de credenciamento respectivo.



6.10. Durante a vigência deste edital de credenciamento, incluídas suas possíveis republicações, a Prefeitura Municipal de São Sebastião do Paraíso – MG, a seu critério, poderá convocar por ofício os credenciados para nova análise de documentação.

6.10.1. Nessa ocasião serão exigidos os documentos que comprovem a manutenção das condições apresentadas quando da pré-qualificação do interessado.

6.10.2. A partir da data em que for convocado para apresentar a documentação atualizada, o credenciado terá até **05 (cinco) dias úteis** para entregá-la no Protocolo Geral da Prefeitura Municipal de São Sebastião do Paraíso – MG, localizado na Praça dos Imigrantes nº 100, Lagoinha, neste município, de segunda a sexta-feira, no horário compreendido entre as 9 h às 16h30.

6.10.3. A análise da documentação deverá ser realizada no prazo de até 10 (dez) dias corridos.

6.11. O credenciamento não estabelece nenhuma obrigação da Prefeitura Municipal de São Sebastião do Paraíso – MG em efetivar a contratação do serviço, face à sua precariedade e, por isso, a qualquer momento, a Prefeitura Municipal de São Sebastião do Paraíso – MG poderá denunciar o credenciamento, inclusive quando for constatada qualquer irregularidade na observância e cumprimento das normas fixadas no edital e na legislação pertinente, sem prejuízo do contraditório e da ampla defesa.

6.12. Durante a vigência do credenciamento é obrigatório que os credenciados mantenham regularizadas todas as condições de habilitação e que informem toda e qualquer alteração na documentação referente à sua habilitação jurídica, qualificação técnica, qualificação econômico-financeira e regularidade fiscal, relacionadas às condições de credenciamento.

6.13. A qualquer tempo poderá ser alterado, suspenso ou cancelado o credenciamento da empresa que deixar de satisfazer as exigências estabelecidas.

6.14. A análise de disponibilidade de carga horária deverá ser feita pelo Setor de Regulação, Controle e Avaliação.



6.15. O Contratado (Pessoa Jurídica) deverá iniciar suas atividades a partir da assinatura do contrato, sendo necessário estar cadastrado no CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde), e o profissional de saúde que for realizar consultas, exames ou procedimentos deve possuir Certificado Digital (e-CPF) no padrão da Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileiras (ICP-Brasil) para fins de assinatura eletrônica junto ao prontuário eletrônico do paciente, entre outros documentos junto aos sistemas informatizados de saúde do Município.

6.15.1. Caso o certificado digital do profissional seja em formato cartão (smart card), o mesmo deve disponibilizar também a leitora de cartões compatível com a sua certificadora e conexão via USB.

6.15.2. No caso de certificados do tipo A1, o arquivo digital deve ser disponibilizado para instalação em todos os computadores que o profissional for utilizar.

7 – DA APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA

7.1. As propostas deverão ser digitadas (ou datilografadas) e impressas, em uma via, com suas páginas numeradas e rubricadas, sendo a última assinada pelo representante legal da pessoa jurídica, sem emendas, acréscimos, borrões, rasuras, ressalvas, entrelinhas ou omissões, sob pena de não conhecimento da mesma, salvo se, inequivocamente, tais falhas não impedirem a exata compreensão de seu conteúdo, sendo observado para tanto o modelo constante do Anexo V.

7.1.1. As propostas deverão conter ainda em seu teor:

- a) Nome, número do CNPJ, endereço, e-mails e telefones.
- b) Indicação do(s) item(ns) do Anexo VIII – Tabela Municipal de Exames, Consultas, Procedimentos e Plantões – em que a **pessoa jurídica** pretende se credenciar.

8. DA APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

8.1. Para que as pessoas jurídicas possam se credenciar no processo supracitado, estas deverão apresentar os documentos na ordem a seguir descrita:

PESSOAS JURÍDICAS



8.1.1. HABILITAÇÃO JURÍDICA

- a) Registro empresarial na Junta Comercial, no caso de empresário individual;
- b) Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor da licitante, devidamente registrado em se tratando de sociedades comerciais e, no caso sociedade por ações, acompanhados de documentos de eleição de seus administradores;
- c) Ato Constitutivo devidamente registrado no Registro Civil de Pessoas Jurídicas tratando-se de sociedade não empresária acompanhado de prova de diretoria em exercício;
- d) Decreto de autorização, tratando-se de sociedade estrangeira em funcionamento no país, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedida pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir.
- e) Cópia da cédula de identidade do(s) sócio(s) da Pessoa Jurídica interessada.
- f) Cópia do CPF do(s) Sócio(s) da Pessoa Jurídica interessada.

8.1.2. REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA

- a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do Ministério da Fazenda (CNPJ);
- b) Certidão de Regularidade fiscal perante a Fazenda Nacional, mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados, inclusive aqueles relativos à Seguridade Social, nos termos da Portaria Conjunta nº 1.751, de 02/10/2014, do Secretário da Receita Federal do Brasil e da Procuradora-Geral da Fazenda Nacional;
- c) Certificado de Regularidade relativo ao FGTS – Fundo de garantia por tempo de serviço - expedido pela Caixa Econômica Federal;
- d) Prova de Regularidade expedida pela Fazenda Municipal do domicílio ou sede;
- e) Certidão de Regularidade expedida pela Fazenda Estadual da sede da licitante;
- f) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa ou Positiva com efeito de negativa expedida pelo Tribunal Superior do Trabalho - TST.

8.1.3. QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA



a) Certidão Negativa de falência, recuperação judicial ou extrajudicial expedida pelo Distribuidor da sede da Pessoa Jurídica; ou de execução Patrimonial expedida no domicílio da pessoa física emitida no máximo em 90 (noventa) dias da data para recebimento dos envelopes.

8.1.4 – QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

8.1.4.1. SERVIÇOS LABORATORIAIS

8.1.4.1.1. Os interessados em realizar o credenciamento no(s) item(ns) constantes do módulo “**EXAMES LABORATORIAIS**” da Tabela Municipal de Exames, Consultas, Procedimentos e Plantões, deverão apresentar no envelope respectivo (Envelope 1 – Habilitação), além dos documentos elencados nas cláusulas 8.1.1, 8.1.2, 8.1.3 e 8.1.5, designadas, os seguintes documentos:

- a) Comprovante de registro ou inscrição da pessoa jurídica junto ao Conselho de Classe respectivo, no Estado de Minas Gerais, com a indicação de seu Responsável Técnico;
- b) Comprovante de registro ou inscrição do Responsável Técnico e/ou do(s) profissional(is) executante(s) cadastrado(s) junto ao Conselho de Classe respectivo, compatível com os procedimentos pleiteados/pre tendidos, conforme tabela Sigtap;
- c) Alvará de Funcionamento;
- d) Alvará Sanitário;
- e) CNES – Comprovante de inscrição no “Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde”;
- f) Certidão de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS-MS), se for o caso;
- g) Apresentar Procedimento Operacional Padrão (POP) e demonstrar participação em, pelo menos, um Programa Nacional de Controle de Qualidade;
- h) Apresentar Procedimento Operacional Padrão (POP) da coleta do(s) exame(s) para Secretaria Municipal de Saúde;
- i) Apresentar o PGRS – Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos, apresentando a forma correta de recolhimento dos resíduos.

8.1.4.2. SERVIÇOS EM ULTRASSONOGRRAFIA

8.1.4.2.1. Os interessados em realizar o credenciamento no(s) item(ns) constantes do módulo “**ULTRASSONOGRRAFIA**” da Tabela Municipal de Exames, Consultas, Procedi-



mentos e Plantões, deverão apresentar no envelope respectivo (Envelope 1 – Habilitação), além dos documentos elencados nas cláusulas 8.1.1, 8.1.2, 8.1.3 e 8.1.5, designadas, os seguintes documentos:

- a) Comprovante de registro ou inscrição da pessoa jurídica junto ao Conselho de Classe respectivo, no Estado de Minas Gerais, com a indicação de seu Responsável Técnico;
- b) Comprovante de registro ou inscrição do Responsável Técnico e/ou do(s) profissional(is) executante(s) cadastrado(s) junto ao Conselho de Classe respectivo, compatível com os procedimentos pleiteados/prestendidos, conforme tabela Sigtap;
- c) Alvará de Funcionamento;
- d) Alvará Sanitário;
- e) CNES – Comprovante de inscrição no “Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde”, com exceção dos estabelecimentos que conforme documentação apresentada, o endereço utilizado é exclusivamente para correspondências, no qual os serviços prestados pelos profissionais são realizados em outros estabelecimentos de Saúde, conforme Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, que determina que o cadastro no CNES é referente ao espaço físico delimitado e permanente onde são realizadas ações e serviços de saúde humana sob responsabilidade técnica;
- f) Certidão de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS-MS), se for o caso.

8.1.4.3. SERVIÇOS EM TOMOGRAFIA E RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

8.1.4.3.1. Os interessados em realizar o credenciamento no(s) item(ns) constantes dos módulos “**TOMOGRAFIAS**” ou “**RESSONÂNCIAS MAGNÉTICAS**” da Tabela Municipal de Exames, Consultas, Procedimentos e Plantões, deverão apresentar no envelope respectivo (Envelope 1 – Habilitação), além dos documentos elencados nas cláusulas 8.1.1, 8.1.2, 8.1.3 e 8.1.5, designadas, os seguintes documentos:

- a) Comprovante de registro ou inscrição da pessoa jurídica junto ao Conselho de Classe respectivo, no Estado de Minas Gerais, com a indicação de seu Responsável Técnico;
- b) Comprovante de registro ou inscrição do Responsável Técnico e/ou do(s) profissional(is) executante(s) cadastrado(s) junto ao Conselho de Classe respectivo, compatível com os procedimentos pleiteados/prestendidos, conforme tabela Sigtap;
- c) Alvará de Funcionamento;



- d) Alvará Sanitário;
- e) CNES – Comprovante de inscrição no “Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde”;
- f) Certidão de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS-MS), se for o caso.

8.1.4.4. SERVIÇOS EM CARDIOLOGIA, OFTALMOLOGIA E GINECOLOGIA

8.1.4.4.1. Os interessados em realizar o credenciamento no(s) item(ns) constantes dos módulos “**CARDIOLOGIA**”, “**OFTALMOLOGIA**” ou “**GINECOLOGIA**” da Tabela Municipal de Exames, Consultas, Procedimentos e Plantões, deverão apresentar no envelope respectivo (Envelope 1 – Habilitação), além dos documentos elencados nas cláusulas 8.1.1, 8.1.2, 8.1.3 e 8.1.5, designadas, os seguintes documentos:

- a) Comprovante de registro ou inscrição da pessoa jurídica junto ao Conselho de Classe respectivo, no Estado de Minas Gerais, com a indicação de seu Responsável Técnico;
- b) Comprovante de registro ou inscrição do Responsável Técnico e/ou do(s) profissional(is) executante(s) cadastrado(s) junto ao Conselho de Classe respectivo, compatível com os procedimentos pleiteados/pre tendidos, conforme tabela Sigtap;
- c) Alvará de Funcionamento;
- d) Alvará Sanitário;
- e) CNES – Comprovante de inscrição no “Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde”, com exceção dos estabelecimentos que conforme documentação apresentada, o endereço utilizado é exclusivamente para correspondências, no qual os serviços prestados pelos profissionais são realizados em outros estabelecimentos de Saúde, conforme Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, que determina que o cadastro no CNES é referente ao espaço físico delimitado e permanente onde são realizadas ações e serviços de saúde humana sob responsabilidade técnica.
- f) Certidão de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS-MS), se for o caso.

8.1.4.5. SERVIÇOS DIAGNÓSTICO / PROCEDIMENTOS POR ENDOSCOPIA

8.1.4.5.1. Os interessados em realizar o credenciamento no(s) item(ns) constantes do módulo “**DIAGNÓSTICO / PROCEDIMENTOS POR ENDOSCOPIA**” da Tabela Municipal de Exames, Consultas, Procedimentos e Plantões, -deverão apresentar no envelope



respectivo (Envelope 1 – Habilitação), além dos documentos elencados nas cláusulas 8.1.1, 8.1.2, 8.1.3 e 8.1.5, designadas, os seguintes documentos:

- a) Comprovante de registro ou inscrição da pessoa jurídica junto ao Conselho de Classe respectivo, no Estado de Minas Gerais, com a indicação de seu Responsável Técnico;
- b) Comprovante de registro ou inscrição do Responsável Técnico e/ou do(s) profissional(is) executante(s) cadastrado(s) junto ao Conselho de Classe respectivo, compatível com os procedimentos pleiteados/pre tendidos, conforme tabela Sigtap;
- c) Alvará de Funcionamento;
- d) Alvará Sanitário;
- e) CNES – Comprovante de inscrição no “Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde”;
- f) Certidão de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS-MS), se for o caso.

8.1.4.6. SERVIÇOS EM OTORRINOLARINGOLOGIA / FONOAUDIOLOGIA

8.1.4.6.1. Os interessados em realizar o credenciamento no(s) item(ns) constantes do módulo “**OTORRINOLARINGOLOGIA / FONOAUDIOLOGIA**” da Tabela Municipal de Exames, Consultas, Procedimentos e Plantões, -deverão apresentar no envelope respectivo (Envelope 1 – Habilitação), além dos documentos elencados nas cláusulas 8.1.1, 8.1.2, 8.1.3 e 8.1.5, designadas, os seguintes documentos:

- a) Comprovante de registro ou inscrição da pessoa jurídica junto ao Conselho de Classe respectivo, no Estado de Minas Gerais, com a indicação de seu Responsável Técnico;
- b) Comprovante de registro ou inscrição do Responsável Técnico e/ou do(s) profissional(is) executante(s) cadastrado(s) junto ao Conselho de Classe respectivo, compatível com os procedimentos pleiteados/pre tendidos, conforme tabela Sigtap;
- c) Alvará de Funcionamento;
- d) Alvará Sanitário;
- e) CNES – Comprovante de inscrição no “Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde”, com exceção dos estabelecimentos que conforme documentação apresentada, o endereço utilizado é exclusivamente para correspondências, no qual os serviços prestados pelos profissionais são realizados em outros estabelecimentos de Saúde, conforme Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, que determina que o cadastro



no CNES é referente ao espaço físico delimitado e permanente onde são realizadas ações e serviços de saúde humana sob responsabilidade técnica;

f) Certidão de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS-MS), se for o caso.

8.1.4.7. SERVIÇOS EM NEUROLOGIA

8.1.4.7.1. Os interessados em realizar o credenciamento no(s) item(ns) constantes do módulo "NEUROLOGIA" da Tabela Municipal de Exames, Consultas, Procedimentos e Plantões, -deverão apresentar no envelope respectivo (Envelope 1 – Habilitação), além dos documentos elencados nas cláusulas 8.1.1, 8.1.2, 8.1.3 e 8.1.5, designadas, os seguintes documentos:

- a) Comprovante de registro ou inscrição da pessoa jurídica junto ao Conselho de Classe respectivo, no Estado de Minas Gerais, com a indicação de seu Responsável Técnico;
- b) Comprovante de registro ou inscrição do Responsável Técnico e/ou do(s) profissional(is) executante(s) cadastrado(s) junto ao Conselho de Classe respectivo, compatível com os procedimentos pleiteados/pre tendidos, conforme tabela Sigtap;
- c) Alvará de Funcionamento;
- d) Alvará Sanitário;
- e) CNES – Comprovante de inscrição no "Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde", com exceção dos estabelecimentos que conforme documentação apresentada, o endereço utilizado é exclusivamente para correspondências, no qual os serviços prestados pelos profissionais são realizados em outros estabelecimentos de Saúde, conforme Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, que determina que o cadastro no CNES é referente ao espaço físico delimitado e permanente onde são realizadas ações e serviços de saúde humana sob responsabilidade técnica;
- f) Certidão de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS-MS), se for o caso.

8.1.4.8. SERVIÇOS EM OUTROS EXAMES, PROCEDIMENTOS E CONSULTAS ESPECIALIZADAS

8.1.4.8.1. Os interessados em realizar o credenciamento no(s) item(ns) constantes dos módulos "OUTROS EXAMES, PROCEDIMENTOS E CONSULTAS ESPECIALIZADAS" da Tabela Municipal de Exames, Consultas, Procedimentos e Plantões, deverão apresen-



tar no envelope respectivo (Envelope 1 – Habilitação), além dos documentos elencados nas cláusulas 8.1.1, 8.1.2, 8.1.3 e 8.1.5, designadas, os seguintes documentos:

- a) Comprovante de registro ou inscrição da pessoa jurídica junto ao Conselho de Classe respectivo, no Estado de Minas Gerais, com a indicação de seu Responsável Técnico;
- b) Comprovante de registro ou inscrição do Responsável Técnico e/ou do(s) profissional(is) executante(s) cadastrados junto ao Conselho de Classe respectivo, compatível com os procedimentos pleiteados/preteridos, conforme tabela Sigtag;
- c) Alvará de Funcionamento;
- d) Alvará Sanitário;
- e) CNES – Comprovante de inscrição no “Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde”, com exceção dos estabelecimentos que conforme documentação apresentada, o endereço utilizado é exclusivamente para correspondências, no qual os serviços prestados pelos profissionais são realizados em outros estabelecimentos de Saúde, conforme Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, que determina que o cadastro no CNES é referente ao espaço físico delimitado e permanente onde são realizadas ações e serviços de saúde humana sob responsabilidade técnica;
- f) Certidão de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS-MS), se for o caso;
- g) Registro de Qualificação de Especialidade Médica (RQE) e/ou declaração de conclusão de Residência Médica e/ou comprovante de Título de Especialista, com reconhecimento do MEC, de todos os profissionais prestadores dos serviços, nas especialidades de:

- Alergia e Imunologia;
- Anestesiologia;
- Angiologia;
- Cardiologia;
- Cirurgia Cardiovascular;
- Cirurgia da Mão;
- Cirurgia de Cabeça e Pescoço;
- Cirurgia do Aparelho Digestivo;
- Cirurgia Geral;
- Cirurgia Pediátrica;
- Cirurgia Plástica;
- Cirurgia Torácica;
- Cirurgia Vascular;



- Coloproctologia;
- Dermatologia;
- Endocrinologia e Metabologia;
- Gastroenterologia;
- Genética Médica;
- Geriatria;
- Ginecologia e Obstetrícia;
- Hematologia e Hemoterapia;
- Homeopatia;
- Mastologia;
- Nefrologia;
- Neurocirurgia;
- Neurologia;
- Oftalmologia;
- Ortopedia e Traumatologia;
- Otorrinolaringologia;
- Patologia;
- Patologia Clínica / Medicina Laboratorial;
- Pneumologia;
- Radiologia e Diagnóstico por Imagem;
- Radioterapia;
- Reumatologia; e
- Urologia;

h) Profissionais que tenham interesse e que possuam formação em áreas de atuações correlatas (subespecificidades) às especialidades mencionadas acima, deverão entrar em contato com a Gerência de Regulação, Controle e Avaliação para verificação de demanda e contratação dos serviços correlatos a suas especialidades..

8.1.4.9. SERVIÇOS EM PLANTÕES (CLÍNICOS E PEDIÁTRICOS)

8.1.4.9.1 Este Edital **NÃO CONTEMPLARÁ** credenciamento para os Serviços de Plantões Clínicos e Pediátricos constante no Quadro 15, referente aos itens nº 15-8 à 15-11 do Anexo Único do Decreto Municipal nº 6713 de 21 de junho de 2025.



8.1.4.10. SERVIÇOS EM DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA

8.1.4.10.1. Os interessados em realizar o credenciamento no(s) item(ns) constantes do módulo “**DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA**” da Tabela Municipal de Exames, Consultas, Procedimentos e Plantões, deverão apresentar no envelope respectivo (Envelope 1 – Habilitação), além dos documentos elencados nas cláusulas 8.1.1, 8.1.2, 8.1.3 e 8.1.5, designadas, os seguintes documentos:

- a) Comprovante de registro ou inscrição da pessoa jurídica junto ao Conselho de Classe respectivo, no Estado de Minas Gerais, com a indicação de seu Responsável Técnico;
- b) Comprovante de registro ou inscrição do Responsável Técnico e/ou do(s) profissional(is) executante(s) cadastrado(s) junto ao Conselho de Classe respectivo, compatível com os procedimentos pleiteados/pre tendidos, conforme tabela Sigtag;
- c) Alvará de Funcionamento;
- d) Alvará Sanitário;
- e) CNES – Comprovante de inscrição no “Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde”;
- f) Certidão de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS-MS), se for o caso.

8.1.5. – OUTRAS COMPROVAÇÕES

- a) Requerimento para credenciamento, conforme modelo contido no edital (Anexo I);
- b) Declaração de conhecimento do edital, seus anexos, instruções e procedimentos, conforme modelo contido no edital (Anexo II);
- c) Declaração de que não possui em seu quadro de funcionários menores de 18 anos exercendo trabalhos noturno, perigoso ou insalubre, ou menores de 16 anos exercendo qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos, conforme modelo contido no edital (Anexo III);
- d) Declaração de inexistência de Impedimento de licitar ou contratar com a Administração (Anexo IV);
- e) Declaração de disponibilidade de carga horária para prestação de serviços para o SUS Municipal (Anexo IX);

9. DOS RECURSOS



9.1. Das decisões proferidas pelo Agente de Contratação em relação ao exame da documentação necessária para o devido credenciamento, caberá recurso no **prazo máximo de 03 (três) dias**, a contar da intimação do ato, devendo o mesmo ser protocolizado exclusivamente pela plataforma AMMLICITA.

9.2. Recebido o recurso, e preenchendo este todos os seus requisitos de admissibilidade, o Agente de Contratação poderá reconsiderar sua decisão, no prazo de 03 (três) dias úteis, ou, nesse mesmo prazo, fazê-lo subir a autoridade competente, devidamente informado, devendo, neste caso, a decisão ser proferida dentro do prazo de 10 (dez) dias úteis, contado do recebimento do recurso, sob pena de responsabilidade.

9.3. Nenhum recurso se inicia ou corre sem que os autos do processo estejam com vista franqueada ao interessado.

10. DA CONTRATAÇÃO

10.1. Efetivando-se o credenciamento nos moldes supramencionados, e havendo conveniência para a Administração, poderão os credenciados ser convocados a dar início a prestação dos serviços, após a assinatura do termo contratual respectivo, indispensavelmente publicado na Imprensa Oficial do Município.

10.1.1. Para a assinatura do termo contratual seguir-se-á o rito previsto na cláusula 6.9 deste instrumento.

10.2. A prestação de serviço do credenciamento em questão somente poderá ocorrer por vontade da Prefeitura Municipal de São Sebastião do Paraíso – MG e desde que o credenciado esteja em situação regular perante as exigências habilitatórias para o credenciamento.

10.3. A contratação decorrente do credenciamento obedecerá às regras da Lei Federal nº 14.133/21.

10.4. O instrumento contratual deverá ser assinado pelo representante legal do credenciado, e observará a minuta contemplada no Anexo VI.



10.5. O instrumento contratual decorrente do credenciamento será publicado, em forma de extrato, no Diário Oficial dos Municípios Mineiros (disponível em <http://www.diario-municipal.com.br/amm-mg>), conforme disposto na Lei 14.133/21 e suas alterações.

10.6. **Após efetivado o contrato, a distribuição da demanda seguirá a ordem de credenciamento, respeitando a proposta apresentada e a capacidade técnica e operacional instalada do prestador para atendimento aos pacientes, respeitando também de forma equitativa entre os credenciados.**

11. DO PRAZO CONTRATUAL E CONDIÇÕES DE REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

11.1. O contrato terá vigência de 12 (doze) meses, a partir de sua publicação, podendo a critério da Prefeitura Municipal de São Sebastião do Paraíso – MG, com anuência da Secretaria Municipal de Saúde, ser prorrogado até o limite de 120 (cento e vinte) meses, conforme disposição contida na Lei 14.133/21.

11.2. As obrigações decorrentes deste procedimento constarão de contrato bilateral a ser firmado com a pessoa jurídica ou física, observando o contido na Lei nº 14.133/21.

11.3. De acordo com o §1º do artigo 199 da Constituição Federal e artigo 25 da lei 8080/90, na hipótese de eventual contratação, terão preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

11.4. Desde que cumpram os requisitos do edital, havendo mais de uma entidade filantrópica ou sem fins lucrativos interessadas na realização dos serviços, será efetuada divisão da demanda em eventuais contratos igualmente de acordo com parecer da Secretaria Municipal de Saúde.

11.5. As demais pessoas físicas e jurídicas que não se enquadrem na situação prevista acima, só serão contratadas se, após a contratação das entidades preferenciais supracitadas e de Prestadores localizados no Município, ainda persistir a necessidade de complementar os serviços.

12. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E DO PAGAMENTO DOS SERVIÇOS



12.1. As despesas inerentes à execução do presente contrato correrão à conta das dotações orçamentárias listadas abaixo para o exercício de 2025 e pelas suas correspondentes, para os exercícios subsequentes:

- 02008004.1030210012.294 33903400000 – Ficha 1152 (Outras Despesas de Pessoal decorrentes de Contratos de Terceirização) e para sua correspondente no exercício seguinte.
- 02008004.1030210012.294 33903600000 – Ficha 1153 (Outros Serviços de Terceiros -Pessoa Física) e para sua correspondente no exercício seguinte.
- 02008004.1030210012.294 33903900000 – Ficha 1154 (Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica) e para sua correspondente no exercício seguinte.
- 02008004.1030210012.388 33903400000 – Ficha 1173 (Outras Despesas de Pessoal Decorrentes de Contratos de Terceirização) e para sua correspondente no exercício seguinte.
- 02008002.1030210012.122 33903400000 – Ficha 753 (Outras Despesas de Pessoal Decorrentes de Contratos de Terceirização) e para sua correspondente no exercício seguinte.
- 02008002.1030210012.122 33903600000 – Ficha 754 (Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Física) e para sua correspondente no exercício seguinte.
- 02008002.1030210012.122 33903900000 – Ficha 755 (Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica) e para sua correspondente no exercício seguinte.

12.2. O(s) pagamento(s) será(ão) realizado(s) até o **20º (vigésimo) dia do mês subsequente** a sua(s) prestação(ões), nos termos do Decreto Municipal nº 3.162 de 26 de abril de 2006, após o devido recebimento do(s) serviço(s) e emissão da documentação fiscal correspondente.

12.2.1. Para efetivação dos pagamentos referentes aos **exames**, o contratado se responsabilizará em encaminhar para a Gerência de Controle e Avaliação, **semanalmente**, *Pedido do Exame, Ficha de Agendamento e Laudo*, onde serão avaliados e autorizados para processamento e emissão de fatura, de todos os procedimentos realizados. O *Laudo do Exame*, deverá ser inserido de forma completa no Sistema de Software mantido pela municipalidade, sendo este avaliado concomitante com os documentos enviados.

12.2.2. Para efetivação dos pagamentos referentes às **consultas ambulatoriais**, o contratado deverá registrar as evoluções no Prontuário Eletrônico e efetivar posteriormente a de-



vida assinatura, utilizando o Sistema de Software mantido pela municipalidade. Além disso, caso realize exames e procedimentos, lançá-los no sistema incluindo a descrição dos respectivos resultados, onde serão avaliados e autorizados para processamento e emissão de fatura.

12.2.3. Não serão aceitos para pagamentos documentos **físicos** que apresentem ausência de assinatura por extenso do paciente ou responsável, rasuras, escrita ilegível, abreviaturas não reconhecidas, falta de carimbo e assinatura do médico, bem como laudos sem data e hipótese diagnóstica.

13. DO REAJUSTE E REVISÃO

13.1. As prestações de serviços, exames, procedimentos e consultas, não terão reajustes anuais e vinculados a índices oficiais, bem como não respeitando o período anual de 12 (doze) meses, a contar da data de assinatura do contrato, sendo que o valor inicial somente será alterado quando houver alterações na Tabela do Anexo Único do **"DECRETO MUNICIPAL Nº 6.713 de 21 de junho de 2025"**.

13.1.1. Em virtude dos valores praticados ser formulados com base na Tabela do Sistema Único de Saúde, o reajuste, como dito, será concedido apenas se houver modificação em seu conteúdo pelo Ministério da Saúde, ou se o Município reajustar seus valores com relação a parcela que lhe caiba, sendo processado por simples apostilamento ao instrumento contratual e constituído por meio de Decreto Municipal.

13.2. As prestações de serviços, exames, procedimentos e consultas, poderá ser revista a qualquer tempo, nos termos da Lei Federal 14.133/21, só podendo ser modificada, em qualquer caso, por ato expresso do Poder Executivo Municipal, através de Decreto Municipal.

13.3. A Ficha de Programação Orçamentária – FPO poderá ser alterada no decorrer do contrato conforme necessidade municipal através do Setor de Regulação, Controle e Avaliação – RCA.

14. DA REVOGAÇÃO/ DA ANULAÇÃO/ DO DESCRENCIAMENTO E DA RESCISÃO CONTRATUAL



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

14.2. Na hipótese de anulação do edital de credenciamento, os instrumentos que dele resultaram, ficarão sujeitos ao disposto nos artigos 147 ao 150 da Lei 14.133/21.

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

14.4. Será realizado o descredenciamento quando houver:

14.4.1. Pedido formalizado pelo credenciado no prazo de 30 dias;

14.4.2. Perda das condições de habilitação do credenciado;

14.4.3. Descumprimento injustificado do contrato pelo contratado, e,

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

14.5. O pedido de descredenciamento que trata o item 14.4.1 não desincumbirá o credenciado do cumprimento de eventuais contratos assumidos e das responsabilidades deles decorrentes.

14.6. Fica facultado às partes, o direito de a qualquer tempo, **rescindir o contrato decorrente do presente credenciamento**, mediante aviso da parte interessada à outra, de forma expressa e **com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias**, sem que caiba a outra parte, direito a qualquer multa ou indenização de qualquer espécie.

14.7. O contrato será rescindido, de pleno direito, independentemente de aviso, interpelação ou notificação, se além das hipóteses legais houver infração de alguma cláusula contratual ou se os serviços forem executados com deficiência, insatisfatória qualidade ou desobediência a qualquer uma das condições aqui pactuadas.

14.8. Constitui, ainda, motivos para a rescisão do instrumento de contrato:



- a) O não cumprimento e/ou cumprimento irregular de cláusulas contratuais, serviços e prazos;
- b) A falta de pagamento dos tributos fiscais;
- c) O atraso injustificado no início dos serviços;
- d) A paralisação dos serviços sem justa causa e prévia comunicação a **CONTRATANTE**;
- e) A subcontratação, a cessão ou transferência, total ou parcial, do objeto deste contrato, a associação da **CONTRATADA** com outrem, bem como a fusão, cisão ou incorporação, não admitidas no mesmo;
- f) O desatendimento das determinações regulares da pessoa designada pela **CONTRATANTE** para acompanhar e fiscalizar a sua execução, assim como as de seus superiores;
- g) O cometimento reiterado de faltas na execução, devidamente anotadas;
- h) A decretação de falência, liquidação, ou instauração de insolvência civil;
- i) A dissolução da empresa;
- j) A alteração social ou modificação da finalidade ou da estrutura da **CONTRATADA**, que prejudique a execução deste contrato;
- k) A ocorrência de caso fortuito ou de força maior, regularmente comprovada, impeditiva da execução deste contrato.

14.9. Em caso de rescisão do contrato é facultado e resguardado a **CONTRATANTE** o direito de ver ressarcido dos prejuízos advindos da rescisão, quando devido.

15. DAS SANÇÕES

15.1. No caso de descumprimento de qualquer cláusula ou condição do contrato administrativo ou deste edital, poderá ser aplicada a penalidade de multa, após regular processo administrativo, garantida a prévia defesa, e, em especial, nos seguintes casos:

- a) Recusa em assinar o contrato ou retirar o instrumento equivalente, **multa de 10%** (*dez por cento*) do valor total do contrato;
- b) Recusa de prestar o serviço, **multa de 10%** (*dez por cento*) do valor total do contrato;
- c) Prestar o serviço em desacordo com as especificações, alterações de qualidade, quantidade, rendimento, **multa de 5%** (*cinco por cento*) do valor total do contrato;
- d) O valor máximo das multas não poderá exceder, cumulativamente, a **10%** (*dez por cento*) do valor do contrato.



15.2. Caso a **CONTRATADA** dê causa à rescisão, ou inexecução, total ou parcial, deste contrato, sujeitar-se-á cumulativamente e segundo a natureza e a gravidade da falta a:

I – Advertência;

II – Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com o **CONTRATANTE** por prazo não superior a 02 (dois) anos;

III – Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a **CONTRATANTE** enquanto perdurarem os motivos da punição ou até que seja promovida a reabilitação, perante o próprio órgão que decidiu pela penalidade.

15.2.1. Em sendo a rescisão contratual motivada por causa injustificada da **CONTRATADA**, esta além da multa de 10% prevista no contrato, ficará sujeita, cumulativamente, a suspensão temporária de participar em licitação e/ou impedimento de contratar com o **CONTRATANTE**, por prazo não superior a 2 (dois) anos, sem prejuízo da aplicação das demais penalidades dispostas.

15.3. O valor máximo das multas não poderá exceder, cumulativamente, a **10% (dez por cento)** do valor do contrato.

15.4. Reserva-se a Prefeitura Municipal de São Sebastião do Paraíso – MG, o direito de revogar ou anular parcial ou totalmente a presente pré-qualificação, visando o interesse da Administração Pública ou por vício de ilegalidade, assegurado ao licitante o direito ao contraditório e de defesa.

16. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1. Reserva-se o Agente de Contratação e Equipe de Apoio, o direito de promover diligências destinadas a esclarecimentos ou complementar à instrução do procedimento licitatório, em qualquer fase de seu andamento.

16.2. O Agente de Contratação e Equipe de Apoio, no interesse da Prefeitura Municipal de São Sebastião do Paraíso – MG poderá relevar omissões puramente formais, desde que não comprometam a proposta, a legislação vigente e a lisura deste procedimento licitatório.



PREFEITURA DE
**SÃO SEBASTIÃO
DO PARAÍSO/MG**
"EM TI REVIVE NOSSA ESPERANÇA"
- ADM 2025/2028 -

**Secretaria Municipal de
Planejamento e Gestão**



16.3. Os contratos administrativos firmados com a Prefeitura Municipal de São Sebastião do Paraíso – MG regular-se-ão pelas normas instituídas pela Lei nº 14.133/2021, como também, pelas suas cláusulas e pelos preceitos de Direito Público, aplicando-lhes, supletivamente as disposições do Direito Privado.

16.4. Fica eleito o foro da Cidade de São Sebastião do Paraíso – MG, com renúncia de qualquer outro por mais privilegiado que seja, para serem dirimidas possíveis dúvidas oriundas desta licitação.

São Sebastião do Paraíso, 16 de julho de 2025.

RODRIGO AUGUSTO DE OLIVEIRA
AGENTE DE CONTRATAÇÃO



ANEXO I

MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO

REF: CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2025

_____ (qualificação), Pessoa Física e/ou Jurídica (qualificação), devidamente registrada junto a _____ sob o nº _____ por seu(s) representante(s) vem manifestar seu interesse no credenciamento perante essa Administração Municipal, para prestação de serviços na área da saúde, sendo: (incluir a especialidade/serviços)..... no estabelecimento (.....), pelo período de 12 (doze) meses, de acordo com os critérios e condições estabelecidas no edital de cadastramento do MUNICÍPIO.

I – Nome do estabelecimento e local de funcionamento

II – **DECLARA**, que não se enquadra em nenhuma das situações de impedimento ao cadastramento ora requerido a saber:

a) que por si seus sócios e prepostos, não possuem nenhum litígio administrativo ou judicial, em face da administração pública municipal.

b) Que não possui proprietário, sócios ou funcionários que sejam servidores ou agentes políticos da Prefeitura Municipal de São Sebastião do Paraíso ou responsável pela licitação;

Apresenta, em anexo, os documentos exigidos no edital suprarreferido, bem como declara finalmente que tomou conhecimento e concorda com todos os termos do aludido Edital e de suas partes integrantes.

OBS: Caso o interessado (pessoa física) opte em prestar seus serviços em Clínicas ou Consultórios de iniciativa privada (de terceiros), o mesmo deverá informar também o estabelecimento (Clínica/consultório).

_____, ____ de _____ de _____.

Pessoa Jurídica/ representante legal

Qualificação



PREFEITURA DE
**SÃO SEBASTIÃO
DO PARAÍSO/MG**
"EM TI REVIVE NOSSA ESPERANÇA"
- ADM 2025/2028 -

**Secretaria Municipal de
Planejamento e Gestão**



ANEXO II – MODELO DE DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO DO EDITAL
REF: CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2025

DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO DO EDITAL

_____ (qualificação), Pessoa Física e/ou Jurídica (qualificação), devidamente registrada junto a _____ sob o nº _____ por seu(s) representante(s) vem através deste declarar que conhece as cláusulas escritas no edital e seus anexos, para “credenciamento de Pessoa(s) Físicas e Jurídica(s) para prestação de serviços complementares na área da saúde, nos termos do art. 199, § 1º da Constituição Federal de 1988, assim como da Lei nº 8.080/90, compreendendo os seguintes serviços/especialidades: *Credenciamento de pessoas físicas ou jurídicas para prestação de serviços complementares na área da saúde, nos termos do art. 199, § 1º da Constituição Federal de 1988, art. 128 a 139 da Portaria de Consolidação MS nº 1 de 28 de setembro de 2017, assim como da lei nº 8.080/90, compreendendo os seguintes serviços/especialidades: serviços laboratoriais, serviços de ultrassonografia, serviços de ressonância, exames de cardiologia, exames e procedimentos de oftalmologia, exames diversos, procedimentos e consultas especializadas, de forma complementar aos serviços oferecidos no Município de São Sebastião do Paraíso para atender toda a demanda dos serviços de saúde do município*), os quais serão destinados aos usuários do Sistema Único de Saúde, respeitando a forma de contratação estatuída pela Lei Federal nº 14.133/2021 c/c/ Decreto Municipal nº 6467/2024 e de acordo com os critérios e condições estabelecidas no edital de cadastramento do MUNICÍPIO.

_____, ____ de _____ de _____.

Pessoa Jurídica/ representante legal
Qualificação



**ANEXO III – MODELO DE DECLARAÇÃO QUE NÃO EMPREGA MENOR DE DEZOITO ANOS
EM TRABALHO NOTURNO, PERIGOSO OU INSALUBRE E NÃO EMPREGA MENOR DE DEZESSEIS
ANOS.**

(Obs. Específico para PESSOA JURÍDICA)

REF: CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2025

DECLARAÇÃO

_____, inscrito no CNPJ nº _____, por intermédio de seu representante legal o(a) Sr. (a) _____, portador(a) da Carteira de Identidade n.º _____ e do CPF nº _____, DECLARA, para fins do disposto no artigo 7º, XXXIII, da Constituição e no inciso VI do art. 68 da Lei Federal nº 14.133/2021, Que não emprega menor de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 anos, salvo menor, a partir de 14 anos, na condição de aprendiz.

>>> Ressalva: Emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz:

() Sim () Não

_____, _____ de _____ de _____.

*Pessoa Jurídica
Qualificação*



PREFEITURA DE
**SÃO SEBASTIÃO
DO PARAÍSO/MG**
"EM TI REVIVE NOSSA ESPERANÇA"
- ADM 2025/2028 -

**Secretaria Municipal de
Planejamento e Gestão**



ANEXO IV – DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE IMPEDIMENTO DE LICITAR OU CONTRATAR COM A ADMINISTRAÇÃO

REF: CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2025

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE IMPEDIMENTO

_____, Pessoa Física ou Jurídica, devidamente registrada junto ao CPF/ CNPJ nº _____, por seu representante legal _____, portador(a) da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, DECLARA, sob as penas da lei, que não está sujeita a qualquer impedimento legal para licitar ou contratar com a Administração, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

_____, ____ de _____ de _____.

Pessoa Jurídica/ representante legal
Qualificação



ANEXO V – MODELO DE APRESENTAÇÃO DE PROPOSTA

REF: CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2025

ENVELOPE Nº 2 – A PESSOA JURÍDICA DEVERÁ APRESENTAR EM IMPRESSO PRÓPRIO, A PROPOSTA, DE ACORDO COM AS DESCRIÇÕES DOS SERVIÇOS DO ANEXO VIII, COM PREENCHIMENTO DOS ITENS QUE O LICITANTE FOR PRESTAR, COMO SE SEGUE:

OBJETO: Credenciamento de Pessoa Jurídica para prestação de serviços na área da saúde, sendo: (serviço), pelo período de 12 (doze) meses.

CONFORME TABELA MUNICIPAL DE EXAMES, CONSULTAS E PROCEDIMENTOS E PLANTÕES

Tabela Anexo Único Decreto 6713 de 21 de junho de 2025.

Item	Descrição	Valor (constante da tabela)	Quant. Mensal	Quant. Total (12 doze me- ses)	Valor Total (12 meses)
....	R\$	R\$
....	R\$	R\$

Incluir todas as informações/Condições contidas no Edital.

_____, ____ de _____ de _____.

Empresa (Carimbo – CNPJ)
Responsável (nome por extenso) CPF/RG



ANEXO VI – MINUTA DO CONTRATO ADMINISTRATIVO

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2025

PROCESSO Nº 10.179/2025

CONTRATO Nº _____/

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS QUE ENTRE SI
CELEBRAM O MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO E
XXXXXXXXXXXXXXXXX, COM A INTERVENIÊNCIA DA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.**

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, o Município de São Sebastião do Paraíso - MG, localizado na Praça dos Imigrantes, nº 100, Bairro Lagoinha, CEP 37.950-000, CNPJ: 18.241.349/0001-80, neste ato representada pelo Exmo. Prefeito Municipal, Sr. **MARCELO DE MORAIS**, brasileiro, casado, residente e domiciliado neste Município, como CONTRATANTE, e do outro lado a Pessoa Jurídica, com sede na Rua....., nº, Bairro, na Cidade de, Estado de, inscrita no CGC/MF Nº, Inscrição Estadual nº, inscrita no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde sob o nº....., neste ato representada pelo (a) seu representante legal, Sr(a)....., Cl....., e CPF, doravante denominada simplesmente CONTRATADA, tendo em vista o que dispõe a Constituição Federal, em especial aos seus artigos 196 a 200; art. 128 à 139 da Portaria de Consolidação MS nº 1 de 28 de setembro de 2017 (origem: Portaria nº GM/MS 2.567/16); Lei 8080/90; Lei 14.133/21; demais portarias e regras do Ministério da Saúde para os serviços desta natureza no âmbito do SUS; assim como demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie; resolvem as partes celebrar o presente contrato administrativo, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

1.1. A CONTRATADA declara que aceita prestar os serviços, com total observância das normas estabelecidas pelo Município, de acordo com o número de demandas de consultas especializadas/procedimentos em consonância com a Ficha de Programação Orçamentária (FPO), ressaltando que o local para a execução do serviço será validado pelo município conforme prescrições pertinentes e de acordo com os prazos estabelecidos na proposta.

Parágrafo único: A **CONTRATADA** deverá manter em perfeita regularidade, suas obrigações trabalhistas, sociais, previdenciárias, tributárias e/ou fiscais, bem como sua situação junto aos



órgãos fiscalizadores de sua atividade, devendo apresentar ao contratante, o comprovante de recolhimento junto ao INSS e FGTS, sempre que for solicitado.

1.2. O presente instrumento contratual vincula-se diretamente ao edital de chamamento público, assim como a proposta apresentada, nos termos da Lei nº 14.133/2021.

CLÁUSULA SEGUNDA: DA RESPONSABILIDADE

2.1. A CONTRATADA caberá a responsabilidade pelas consequências decorrentes de dolo ou culpa profissional, individualmente e/ou em equipe, não cabendo ao **CONTRATANTE**, no pretérito, presente ou futuro, quaisquer responsabilidades, em juízo ou fora dele, pela execução dos serviços.

CLÁUSULA TERCEIRA: DA AVOCAÇÃO DOS SERVIÇOS

3.1. O **CONTRATANTE** se reserva ao direito de, a qualquer tempo, e a seu exclusivo critério, avocar para si a prestação da assistência ao paciente, relativamente aos serviços contratados e constantes da cláusula primeira deste instrumento.

CLÁUSULA QUARTA: DO VALOR

4.1. Os serviços, objeto deste contrato, serão pagos conforme os valores constantes na Tabela Municipal de Exames, Consultas, Procedimentos e Plantões, que faz parte integrante do **"DECRETO MUNICIPAL Nº 6.713 de 23 de junho de 2025"**.

4.2. As despesas inerentes à execução do presente contrato correrão à conta das dotações:, para o exercício de 2025 e pelas suas correspondentes, para os exercícios subsequentes.

4.3. Fica estipulado como valor global para o presente contrato o seguinte R\$ XXXX,XX (xxxxxxxxxxxxxxxxxx)., conforme abaixo:



CLÁUSULA QUINTA: DO PAGAMENTO

5.1. O(s) pagamento(s) será(ão) realizado(s) até o 20º (vigésimo) dia do mês subsequente a sua(s) prestação(ões), nos termos do Decreto Municipal nº 3.162 de 26 de abril de 2.006, após o devido recebimento do(s) serviço(s) e emissão da documentação fiscal correspondente.

5.1.1. Para efetivação dos pagamentos, a CONTRATADA se responsabilizará em encaminhar para a Gerência de Controle e Avaliação, **semanalmente** para revisão, **no caso de exames**: Ficha de agendamento do(s) procedimento(s) devidamente assinada pelo paciente e autorizada pelo setor; Solicitação do exame, devendo esta conter identificação do paciente e carimbo e assinatura do médico solicitante; e Laudo do Exame, que também deverá ser inserido no Sistema de Software mantido pela municipalidade, sendo este avaliado concomitante com os documentos enviados. **No caso de consultas especializadas**, registrar as evoluções no Prontuário Eletrônico e efetivar posteriormente a devida assinatura, utilizando o Sistema de Software mantido pela Prefeitura; Caso realize exames ou procedimentos, lançá-los no sistema incluindo a descrição dos respectivos resultados; Necessita ser enviado relatório contendo os atendimentos e as assinaturas dos pacientes atendidos.

5.1.2. Não serão aceitos para pagamentos documentos **físicos** que apresentem ausência de assinatura por extenso do paciente ou responsável, rasuras, escrita ilegível, abreviaturas não reconhecidas, falta de carimbo e assinatura do médico, bem como laudos sem data e hipótese diagnóstica.

CLÁUSULA SEXTA: DA AUDITORIA

6.1. O Município poderá auditar, como lhe aprouver e no seu exclusivo interesse, o exato cumprimento deste contrato, inclusive verificando a efetiva realização dos serviços contratados e a observância do regime assistencial de que trata a "CLÁUSULA PRIMEIRA".

Parágrafo Primeiro: A CONTRATADA proporcionará todas as facilidades necessárias ao pessoal designado pelo CONTRATANTE para o exercício da ação auditora que lhe é facultada.

Parágrafo Segundo: A auditoria de que trata esta cláusula terá por objeto, notadamente, as condições para prestação dos serviços, bem como o controle "a posteriori" da assistência prestada, cabendo exclusivamente a CONTRATADA a integral responsabilidade e eficiência técnica da prestação assistencial.

CLÁUSULA SÉTIMA: DA PUBLICAÇÃO



7.1. O **CONTRATANTE** providenciará a publicação resumida do contrato na Imprensa Oficial da Administração Municipal (Jornal Oficial do Município – J.O.M, e Diário dos Municípios Mineiros – AMM disponível em <http://www.diariomunicipal.com.br/amm-mg>), como condição para a eficácia do presente instrumento.

CLÁUSULA OITAVA: DA VIGÊNCIA

8.1. O presente contrato terá vigência por **12 (doze) meses** a contar de sua publicação, podendo ser a critério da Administração prorrogado nos termos dos artigos 105 e seguintes da lei nº 14.133/21, mediante a celebração de termo aditivo.

CLÁUSULA NONA: DAS CONDIÇÕES EXIGIDAS PARA A PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

9.1. É vedado a **CONTRATADA**:

- a) Transferir os direitos e obrigações constantes neste Termo.
- b) Transferir a profissionais alheios a relação contratual e ou nomeação, a prestação dos serviços.
- c) Interromper imediatamente a prestação de serviços relacionados à manutenção da vida (urgência / emergência), devendo ser respeitada a legislação pertinente.

CLÁUSULA DÉCIMA: OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

10.1. Entregar e dar garantia dos serviços licitados no local validado conforme prescrições legais pertinentes e de acordo com os prazos estabelecidos.

10.2. Fornecer junto a prestação dos serviços toda a sua documentação fiscal.

10.3. Responsabilizar-se por todos os ônus relativos ao serviço prestado, inclusive com relação ao local.

10.4. Manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.



10.5. Os serviços deverão ser executados seguindo as normas estabelecidas no órgão de classe respectivo, garantindo a boa qualidade dos mesmos.

10.6. A produção não poderá exceder mais de 03 (três) meses para ser apresentada no faturamento, caso seja ultrapassado esse período não será efetuado o pagamento da mesma.

10.7. A realização dos exames e procedimentos contratados deverão seguir o que rege os descritivos estabelecidos na tabela SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS).

10.8. Além das obrigações acima estabelecidas, deverá a **CONTRATADA** obediência as seguintes regras procedimentais:

10.8.1 Tratando-se de **SERVIÇOS LABORATORIAIS**:

- a) Implantar Software de Gestão em Saúde Municipal no local da realização do exame;
- b) Digitar e/ou importar o resultado no Software de Gestão em Saúde Municipal;
- c) Entregar os resultados dos exames (exceto hormônio) em até 48 horas após coleta;
- d) Entregar os resultados dos exames hormônios em até 72 horas após a coleta;
- e) Realizar plantões para exames de urgência, sendo que, o horário dos plantões e exames a serem realizados serão definidos e oficializados pela Secretaria Municipal de Saúde;
- f) Entregar os resultados dos exames de urgências em até 02 horas após a coleta, sendo estes obrigatoriamente digitados no Software de Gestão em Saúde Municipal;
- g) Manter Bioquímico como Responsável Técnico durante a realização dos exames de rotina e urgências;
- h) Buscar o material nas Unidades de Saúde do município (exceto nas Unidades de Saúde de Termópolis e Guardinha), sendo que o transporte do material biológico deverá estar de acordo com RDC 302/05 e demais exigências da Vigilância Sanitária;
- i) Tratar os profissionais e os pacientes com cortesia, evitando ter com eles qualquer tipo de transtorno;
- j) Orientar as Unidades de Saúde e/ou os pacientes quanto a forma e preparo para realização dos exames;
- k) Permitir a fiscalização dos serviços pela Secretaria Municipal de Saúde, em qualquer tempo, mantendo-a permanentemente informada a respeito do andamento dos mesmos;
- l) Comunicar à Prefeitura, a ocorrência de fato superveniente que possa acarretar o descredenciamento;



- m) Aceitar os acréscimos e supressões que se fizerem necessários, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor atualizado do contrato;
- n) Responder por erro de qualquer natureza relativo aos métodos utilizados e resultados dos exames, seja na esfera administrativa, cível ou criminal;
- o) Prestar e dar garantia para os serviços de acordo com os prazos estabelecidos;
- p) Providenciar a imediata correção das deficiências apontadas;
- q) Realizar exames caracterizados como urgência de sua Unidade de referência;
- r) Sujeitar-se a processo administrativo e auditoria, em caso de denúncia ou qualquer suspeita de fraude;
- s) A contratada deve manter nas Unidades de Saúde da Família – USF's e demais unidades coletoras, todos os insumos necessários para a realização da coleta de material para realização dos exames laboratoriais, dentre eles: seringas, agulhas, tubos, coletores, etc.;
- t) Manter-se cadastrada durante todo período contratual no “Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde”;
- u) Coletar o material nas Unidades de Saúde da Família da seguinte forma:
- **Rotina:** dias úteis com o prestador recolhendo exames material entre 8h e 9h da manhã;
 - **Urgência:** dias úteis recolhidos pelo prestador na USF conforme escala estabelecida pelo gestor de saúde;
 - **Exames de espermograma:** deverá fornecer o material e ser coletado no laboratório executor;
 - **Exame de glicemia pós-dextrozol e glicemia pós prandial:** o laboratório deverá fornecer o material e buscar na USF(s), conforme solicitação da mesma.
- v) Atender a escala estabelecida oficialmente pela Secretaria Municipal de Saúde para a coleta de exames de urgência;
- w) Realizar os exames contratados em obediência ao pedido médico, devendo a guia de agendamento/autorização estar em consonância com o mesmo. Caso haja divergência, a contratada deverá solicitar à contratante a troca e/ou adequação deste agendamento.
- x) Prestar os serviços em estabelecimento próprio.
- y) Em caso de mudança e/ou qualquer problema com o espaço físico a **CONTRATADA** deverá garantir a realização dos exames de urgência.

10.8.2. Tratando-se de serviços de ULTRASSONOGRRAFIA:



- a) O(s) exame(s) poderá(o) ser realizado(s) na sede da **Contratada** ou em equipamento próprio do **Contratante**, em local específico (*Obs. Há diferenciação de valores na Tabela Municipal entre os serviços realizados na sede do Contratado e em local próprio do Contratante*);
- b) Realizando em sede própria, a **Contratada**, deverá arcar com todos os custos inerentes a execução dos serviços objeto do contrato;
- c) Implantar o Software de Gestão em Saúde Municipal no local da realização do exame;
- d) Digitar e/ou importar o(s) resultado(s) no Software de Gestão em Saúde Municipal;
- e) Entregar o resultado de Ultrassonografia em até **48 horas após realização**;
- f) Realizar os exames de urgência/prioridade **imediatamente** após solicitação;
- g) Entregar os resultados de exames de urgências/prioridade e aqueles que tiverem com alterações importantes com no máximo de **01 (um) dia após realização**, sendo obrigatoriamente digitados no Software de Gestão em Saúde Municipal;
- h) Manter durante todo contrato, Responsável Técnico com qualificação em Radiologia e Diagnóstico por Imagem;
- i) Todo resultado de exame deverá ter como conclusão uma hipótese diagnóstica, e estar devidamente laudado conforme as premissas do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico;
- j) Realizar os exames contratados em obediência ao pedido médico, devendo a guia de agendamento/autorização estar em consonância com o mesmo. Caso haja divergência, a contratada deverá solicitar à contratante a troca e/ou adequação deste agendamento;
- k) Comunicar ao **Contratante**, com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas, qualquer impedimento que o impossibilite de realizar o serviço no dia e período solicitado;
- l) Em caso de mudança e/ou qualquer problema com o espaço físico a **Contratada** deverá garantir a realização dos exames de urgência.

10.8.3. Tratando-se de serviços de **RESSONÂNCIA**:

- a) Implantar o Software de Gestão em Saúde Municipal no local de realização do exame;
- b) Entregar o resultado da Ressonância em até **72 horas após realização**;
- c) Realizar os exames de urgência imediatamente após a solicitação;
- d) Entregar os resultados de exames de urgências imediato após realização;



- e) Manter durante todo contrato Responsável Técnico com qualificação em Radiologia e Diagnóstico por Imagem;
- f) Realizar os exames contratados em obediência ao pedido médico, devendo a guia de agendamento/autorização estar em consonância com o mesmo. Caso haja divergência, a contratada deverá solicitar à contratante a troca e/ou adequação deste agendamento;
- g) A contratada deverá emitir 2ª via do exame sempre que necessário, sem ônus à Contratante;
- h) Todo resultado de exame deverá ter como conclusão uma hipótese diagnóstica, e estar devidamente laudado conforme as premissas do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico;
- i) Prestar os serviços em estabelecimento próprio;
- j) Em caso de mudança e/ou qualquer problema com o espaço físico a **Contratada** deverá garantir a realização dos exames de urgência;
- k) Comunicar ao **Contratante**, com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas, qualquer impedimento que o impossibilite de realizar o serviço no dia e período solicitado.

10.8.4. Tratando-se de serviços de **CARDIOLOGIA**:

- a) O(s) exame(s) poderá(o) ser realizado(s) na sede da **Contratada** ou em equipamento próprio do **Contratante**, em local específico (*Obs. Há diferenciação de valores na Tabela Municipal entre os serviços realizados na sede do Contratado e em local próprio do Contratante*);
- b) Realizando em sede própria, a **Contratada**, deverá arcar com todos os custos inerentes a execução dos serviços objeto do contrato;
- c) Implantar o Software de Gestão em Saúde Municipal no local da realização do exame;
- d) Digitar e/ou importar o resultado no Software de Gestão em Saúde Municipal;
- e) Entregar o resultado de exame em até **48 horas após realização**;
- f) Manter durante todo contrato Responsável Técnico com qualificação em Cardiologia;
- g) Entregar o resultado de exame de urgências imediato após realização;
- h) Realizar os exames contratados em obediência ao pedido médico, devendo a guia de agendamento/autorização estar em consonância com o mesmo. Caso haja divergência, a contratada deverá solicitar à contratante a troca e/ou adequação deste agendamento;
- i) Todo resultado de exame deverá ter como conclusão uma hipótese diagnóstica, e estar devidamente laudado conforme diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia;



- j) Prestar os serviços relacionados à manutenção da vida (urgência/emergência) de forma ininterrupta, devendo obedecer a legislação pertinente;
- k) Em caso de mudança e/ou qualquer problema com o espaço físico **a Contratada** deverá garantir a realização dos exames de urgência;
- l) Comunicar ao **Contratante**, com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas, qualquer impedimento que o impossibilite de realizar o serviço no dia e período solicitado.

10.8.5. Tratando-se de serviços de **OFTALMOLOGIA**:

- a) Implantar o Software de Gestão em Saúde Municipal no local da realização do exame;
- b) Entregar o resultado de exame em até 48 horas após realização;
- c) Realizar os exames e ou procedimentos de prioridade em até 48 horas da solicitação;
- d) Entregar os resultados de exames de prioridade imediato após realização;
- e) Manter durante todo contrato Responsável Técnico com qualificação em Oftalmologia;
- f) Realizar os exames contratados em obediência ao pedido médico, devendo a guia de agendamento/autorização estar em consonância com o mesmo. Caso haja divergência, a contratada deverá solicitar à contratante a troca e/ou adequação deste agendamento;
- g) Prestar os serviços em estabelecimento próprio ou no Ambulatório Municipal;
- h) Todo resultado de exame deverá ter como conclusão uma hipótese diagnóstica, e estar devidamente laudado;
- i) Em caso de mudança e/ou qualquer problema com o espaço físico **a Contratada** deverá garantir a realização dos exames de urgência;
- j) Comunicar ao **Contratante**, com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas, qualquer impedimento que o impossibilite de realizar o serviço no dia e período solicitado.

10.8.6. Tratando-se de serviços em **OUTROS EXAMES, PROCEDIMENTOS E CONSULTAS ESPECIALIZADAS**:

- a) Implantar o Software de Gestão em Saúde Municipal no local da realização do exame;
- b) Entregar o resultado de exame em 48 horas após realização;
- c) Realizar os exames e ou procedimentos de urgência em até 48 horas da solicitação;



- d) Entregar os resultados de exames de urgências/ prioridade em até no máximo 01 (um) dia após realização;
- e) Manter durante toda execução contratual Responsável Técnico do estabelecimento com qualificação para a opção da credenciada;
- f) Realizar os exames contratados em obediência ao pedido médico, devendo a guia de agendamento/autorização estar em consonância com o mesmo. Caso haja divergência, a contratada deverá solicitar à contratante a troca e/ou adequação deste agendamento;
- g) Prestar os serviços relacionados à manutenção da vida (urgência / emergência) de forma ininterrupta, devendo obedecer a legislação pertinente;
- h) Em caso de **consultas**:
 - I. Entregar e dar garantia dos serviços licitados no local validado, conforme prescrições legais pertinentes e de acordo com os prazos estabelecidos, contados a partir da data de publicação do instrumento contratual;
 - II. Documentar em prontuários físicos e eletrônicos, no mínimo, queixa de pacientes, exame físico, elaboração de hipótese diagnóstica, conduta adotada, solicitação de exames complementares, prescrição terapêutica, bem como seu registro legível e sem abreviaturas desconhecidas;
 - III. Os serviços deverão ser executados seguindo as normas do Conselho de Classe respectivo, do Estado de Minas Gerais, garantindo a boa qualidade dos mesmos;
 - IV. No anexo XI segue as orientações de como preencher a FAA, APAC e AIH.
 - V. Em toda consulta, deverá ser preenchido o impresso de contra-referência, todos os seus itens, com letra legível para seguimento na Unidade Básica de Saúde.
- i) Prestar os serviços no local validado pela **CONTRATANTE**, devendo cumprir com o horário de funcionamento do setor a qual prestará o serviço;
- j) Comunicar ao **Contratante**, com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas, qualquer impedimento que o impossibilite de realizar o serviço no dia e período solicitado.

10.9. Submeter-se a avaliações sistemáticas pela gestão do SUS.

10.10. Submeter-se a regulação instituída pelo gestor.



- 10.11.** Apresentar, sempre que solicitado, relatórios de atividade que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto pactuado.
- 10.12.** Submeter-se ao Sistema Nacional de Auditoria (SNA) e seus componentes, no âmbito do SUS, apresentando toda documentação necessária, quando solicitado.
- 10.13.** Assegurar a veracidade das informações prestadas ao SUS.
- 10.14.** Cumprir todas as normas relativas a preservação do meio ambiente.
- 10.15.** Preencher os campos referentes ao contrato no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).
- 10.16.** A **CONTRATADA** deverá manter preposto, aceito pela Administração, para representá-la na execução do contrato.
- 10.17.** A **CONTRATADA** é responsável pelos danos causados diretamente a Administração ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do contrato, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização ou o acompanhamento pela Secretaria Municipal de Saúde.
- 10.18.** A **CONTRATADA** é responsável pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do contrato.
- 10.19.** Comunicar imediatamente ao Município eventual mudança de endereço do estabelecimento da contratada, que analisará a conveniência de manter os serviços ora contratados em outro local, podendo este rever as condições e até mesmo rescindi-lo, se entender conveniente.
- 10.20.** Comunicar ao Município a mudança de Responsável Técnico, devendo proceder a competente alteração cadastral junto aos órgãos responsáveis.
- 10.21.** Notificar ao Município, de eventual alteração no contrato social, enviando num prazo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data da alteração, cópia autenticada da certidão no Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas, sendo que alterações cadastrais que impliquem em mudança na programação físico orçamentária deverão ser autorizadas previamente pelo Município, por intermédio de termo aditivo para acréscimo de serviço.
- 10.22.** A **CONTRATADA** deverá passar agenda de procedimentos e/ou consultas com **dois meses** de antecedência.



CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

- 11.1.** Realizar o pagamento conforme metas pactuadas aferidas pela CONTRATADA, conforme Cláusula Quinta deste termo.
- 11.2.** Controlar, fiscalizar e avaliar as ações e os serviços contratados, bem como o cumprimento das obrigações previstas.
- 11.3.** Estabelecer mecanismos de controle da oferta e demanda de ações e serviços de saúde.
- 11.4.** Analisar os dados apresentados pela CONTRATADA com os resultados e os recursos financeiros repassados.
- 11.5.** Comunicar imediatamente à CONTRATADA qualquer irregularidade manifestada na execução do contrato, notificando-a para correção no prazo fixado.
- 11.6.** Havendo mais de um contratado, encaminhar a demanda igualmente entre os prestadores.
- 11.7.** Auditar o estabelecimento conforme roteiro de auditoria analítica e operativa.

Parágrafo Único: A fiscalização ou o acompanhamento da execução deste contrato pelos órgãos competentes do SUS e pela Municipalidade não exclui nem reduz a responsabilidade da **CONTRATADA**, nos termos das suas ações e/ou da legislação aplicável.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: DO REAJUSTE /REVISÃO/ REEQUILÍBRIO-ECONÔMICO-FINANCEIRO.

12.1. As prestações de serviços, exames, procedimentos e consultas, somente terão alteração dos valores quando houver alterações da "Tabela Municipal de Exames, Consultas, Procedimentos e Plantões", sendo que o valor inicial corresponderá de acordo com o "**DECRETO MUNICIPAL Nº 6.713 de 23 de junho de 2025.**"

12.1.1. Em virtude dos valores tabelados serem formulados com base na Tabela do Sistema Único de Saúde, o reajuste será concedido apenas se houver modificação em seu conteúdo pelo Ministério da Saúde, ou se o município reajustar seus valores com relação a parcela que lhe caiba, sendo processado por simples apostilamento ao instrumento contratual e constituído por meio de Decreto Municipal, deste modo não caberá aos contratos decorrentes do presente credenciamento os institutos de Reajuste, Reequilíbrio Econômico-financeiro e Revisão.



12.2 As prestações de serviços, exames, procedimentos e consultas, poderá ser revista a qualquer tempo, nos termos da Lei Federal 14.133/21, só podendo ser modificada, em qualquer caso, por ato expresso do Poder Executivo Municipal, através de Decreto Municipal.

12.3. A Ficha de Programação Orçamentária – FPO poderá ser alterada no decorrer do contrato conforme necessidade municipal através do setor de Regulação, Controle e Avaliação.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA: DA ALTERAÇÃO DO CONTRATO

13.1. O presente contrato poderá ser alterado seguindo-se as regras de alterações de contratos previstos nos artigos 124 e seguintes da Lei 14.133/21, mediante a celebração de termo aditivo, com as devidas justificativas quando:

- a) Quando necessária a modificação do valor contratual em decorrência de acréscimo ou diminuição quantitativa de seu objeto, até o limite de 25% do valor inicial atualizado do contrato respeitadas as quantidades e valores constantes na Tabela do Anexo Único do Decreto 6.713 de 23 de junho de 2025;

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA: DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

14.1. No caso de descumprimento de qualquer cláusula ou condição do contrato administrativo ou deste edital, poderá ser aplicada a penalidade de multa, após regular processo administrativo, garantida a prévia defesa, e, em especial, nos seguintes casos:

- a) recusa em assinar o contrato ou retirar o instrumento equivalente, **multa de 10% (dez por cento)** do valor total do contrato;
- b) recusa de prestar o serviço, **multa de 10% (dez por cento)** do valor do contrato;
- c) prestar o serviço em desacordo com as especificações, alterações de qualidade, quantidade, rendimento, **multa de 5% (cinco por cento)** do valor total do contrato;
- d) o valor máximo das multas não poderá exceder, cumulativamente, a **10% (dez por cento)** do valor do contrato.

14.2. Caso a **CONTRATADA** dê causa à rescisão, ou inexecução, total ou parcial, deste contrato, sujeitar-se-á cumulativamente e segundo a natureza e a gravidade da falta a:



I – Advertência;

II – Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com o **CONTRATANTE** por prazo não superior a 02 (dois) anos;

III – Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a **CONTRATANTE** enquanto perdurarem os motivos da punição ou até que seja promovida a reabilitação, perante o próprio órgão que decidiu pela penalidade.

14.2.1. Em sendo a rescisão contratual motivada por causa injustificada da **CONTRATADA**, esta além da multa de 10% prevista no contrato, ficará sujeita, cumulativamente, a suspensão temporária de participar em licitação e/ou impedimento de contratar com o **CONTRATANTE**, por prazo não superior a 2 (dois) anos, sem prejuízo da aplicação das demais penalidades dispostas.

14.3. O valor máximo das multas não poderá exceder, cumulativamente, a **10% (dez por cento)** do valor do contrato.

14.4. As sanções previstas nesta cláusula oitava poderão ser aplicadas cumulativamente ou não, de acordo com a gravidade da infração, facultada ampla defesa a **CONTRATADA**, no prazo de 05 (cinco) dias úteis a contar da intimação do ato.

14.5. A sanção de suspensão de participar em licitação e contratar com a Administração Pública poderá ser também, aplicada àqueles que:

a) Demonstrarem não possuir idoneidade para contratar com a Administração e;

b) Fizerem declaração falsa ou cometerem fraude fiscal.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: DA RESCISÃO

15.1. Fica facultado às partes, o direito de a qualquer tempo, rescindir o contrato, mediante aviso da parte interessada à outra, de forma expressa e com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sem que caiba a outra parte, direito a qualquer multa ou indenização de qualquer espécie.

15.2. O contrato será rescindido, de pleno direito, independentemente de aviso, interpelação ou notificação, se além das hipóteses legais houver infração de alguma cláusula contratual ou se os serviços forem executados com deficiência, insatisfatória qualidade ou desobediência a qualquer uma das condições aqui pactuadas.



15.3. Constitui, ainda, motivos para a rescisão do instrumento de contrato:

- I – O não cumprimento e/ou cumprimento irregular de cláusulas contratuais, serviços e prazos.
- II – A falta de pagamento dos tributos fiscais.
- III – O atraso injustificado no início dos serviços.
- IV – A paralisação dos serviços sem justa causa e prévia comunicação a **CONTRATANTE**.
- V – A subcontratação, a cessão ou transferência, total ou parcial, do objeto deste contrato, a associação da **CONTRATADA** com outrem, bem como a fusão, cisão ou incorporação, não admitidas no mesmo.
- VI – O desatendimento das determinações regulares da pessoa designada pela **CONTRATANTE** para acompanhar e fiscalizar a sua execução, assim como as de seus superiores.
- VII – O cometimento reiterado de faltas na execução, devidamente anotadas.
- VIII – A decretação de falência, liquidação, ou instauração de insolvência civil.
- IX – A dissolução da empresa.
- X – A alteração social ou modificação da finalidade ou da estrutura da **CONTRATADA**, que prejudique a execução deste contrato.
- XI – A ocorrência de caso fortuito ou de força maior, regularmente comprovada, impeditiva da execução deste contrato.

15.4. Ocorrendo a hipótese de rescisão unilateral, sem prejuízo das sanções cabíveis, ocorrerá as seguintes consequências:

- a) Assunção imediata do objeto do contrato, no estado e local em que se encontrar, por ato próprio da Administração.
- b) Ocupação e utilização do local, instalações, equipamentos, material e pessoal empregados na execução do contrato, necessário a sua continuidade, na forma da lei nº 14.133/21, quando for o caso.



c) Retenção dos créditos decorrentes do contrato até o limite dos prejuízos causados à Administração.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1. Aplica-se a este contrato as normas contidas na Lei nº 14.133/2021 e os casos omissos, regulam-se pelas cláusulas e pelos preceitos de direito público, aplicando-lhes supletivamente, os princípios da teoria geral dos contratos e as suas disposições de direito privado.

16.2. O regime jurídico deste contrato confere à **CONTRATANTE**, em relação a ele, a prerrogativa de alterá-lo unilateralmente, bem assim, modificar a prestação dos serviços contratados para melhor adequá-los às finalidades de interesse público, respeitados os direitos do **CONTRATADO**.

16.3. O presente contrato não poderá ser objeto de cessão ou transferência no todo ou em parte.

16.4. O período correspondente para o fechamento mensal dos serviços prestados será do dia 1º a 30, tendo o **CONTRATADO**, até o quinto dia do mês subsequente para envio da produção.

16.5. O **CONTRATADO** é responsável pelos danos materiais e pessoais causados diretamente à Administração, a si próprio ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do contrato, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização ou o acompanhamento pelo órgão interessado.

16.6. Constituirão encargos exclusivos do **CONTRATADO** o pagamento de tributos, tarifas, emolumentos e despesas decorrentes da formalização deste instrumento e da execução de seu objeto.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA: DO FORO

17.1. Fica eleito o foro da Comarca de São Sebastião do Paraíso, em renúncia a qualquer outro, para dirimir as questões oriundas da execução do presente contrato.

17.2. E, por se acharem assim as partes **CONTRATANTES**, justas e acordadas, assinam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e para todos os efeitos legais.

São Sebastião do Paraíso, ____ de _____ de _____.



PREFEITURA DE
**SÃO SEBASTIÃO
DO PARAÍSO/MG**
"EM TI REVIVE NOSSA ESPERANÇA"
- ADM 2025/2028 -

Secretaria Municipal de
Planejamento e Gestão



MARCELO DE MORAIS
Prefeito Municipal

Contratado
Credenciado

DECRETO MUNICIPAL Nº 6713



“ATUALIZA A TABELA DE CONSULTAS, PLANTÕES, EXAMES E PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.”

MARCELO DE MORAIS, Prefeito do Município de São Sebastião do Paraíso, no uso de suas atribuições legais;

CONSIDERANDO a Norma Operacional Básica – NOB 01/96, que atribuiu aos Estados e Municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema a prerrogativa de normalização complementar relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais em seu território, inclusive quanto à alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima, desde que aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde/CMS e pela Comissão Intergestores Bipartite/CIB;

CONSIDERANDO o disposto nos artigos 1140 a 1142, da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de Setembro de 2017 que trata da Tabela diferenciada para remuneração de serviços assistenciais de saúde - Origem Portaria n.º 1606/GM em 11 de setembro de 2001;

CONSIDERANDO especialmente o disposto no art. 1140 da norma supracitada, que define que Estados, Distrito Federal e Municípios que adotarem tabela diferenciada para remuneração de serviços de saúde deverão, para efeito de complementação financeira, deverão empregar recursos próprios estaduais e/ou municipais, sendo vedada a utilização de recursos federais para esta finalidade;

CONSIDERANDO a Lei Municipal nº 3.902, de 26 de junho de 2012, que autoriza o Município de São Sebastião do Paraíso a instituir a Tabela de Exames e Procedimentos e credenciar profissionais e estabelecimentos de saúde para atendimento ambulatorial e hospitalar, de forma complementar a rede de serviços de saúde do município;

CONSIDERANDO a Deliberação do Conselho Municipal de Saúde, através da Resolução SMS/CMS 0006/2025, de 28.05.2025, a qual promove a aprovação de alterações de valores na tabela municipal de exames, consultas e procedimentos.

DECRETA:

Art. 1º– Fica atualizada, na forma do Anexo Único deste Decreto, a nova Tabela de Consultas, Plantões, Exames, Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares, a qual possui como base de cálculo o valor da Tabela SUS, bem como índices praticados pelo município.

Parágrafo Único. O Anexo Único constante deste Decreto constará do código do procedimento inscrito no SUS, a descrição completa do procedimento e o valor a ser pago, tudo conforme aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde.

Art. 2º– Os procedimentos que não constarem na Tabela Nacional, mas que forem necessários para atender as demandas dos usuários, serão incluídos na tabela do próprio município com um código provisório municipal, até que o este seja inscrito na tabela do SUS.



Art. 3º– A estrutura da Tabela será dividida da seguinte forma: Exames Laboratoriais; Raio-X; Ultrassonografia; Tomografia; Ressonância Magnética; Cardiologia; Oftalmologia; Ginecologia; Diagnóstico / Procedimentos por endoscopia; Otorrinolaringologia / Fonoaudiologia; Neurologia; Outros procedimentos; Consultas e Plantões; e Diagnóstico por Radiologia Intervencionista.

Art. 4º– Os quantitativos dos procedimentos serão especificados na tabela em anexo e nos editais de credenciamentos.

Art. 5º– Os valores descritos na Tabela poderão sofrer reajustes desde que analisados e validados pela equipe de Regulação Controle de Avaliação – RCA do município e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde – CMS.

Art. 6º– Somente poderão utilizar desta tabela as pessoas físicas ou jurídicas que atenderem todas as exigências do edital de credenciamento.

Art. 7º– Revogada todas as disposições em contrário, especialmente os Decretos Municipais anteriores que tratam de atualização, este decreto entrará em vigor após sua publicação.

Prefeitura Municipal de São Sebastião do Paraíso, 23 de junho de 2025.

MARCELO DE MORAIS
Prefeito Municipal

TABELA MUNICIPAL DE EXAMES, CONSULTAS, PROCEDIMENTOS E PLANTÕES

(ANEXO ÚNICO)



QUADROS

Quadro 1 – Exames Laboratoriais	Pág. 1
Quadro 2 – Raio-X	Pág. 6
Quadro 3 – Ultrassonografias (Realizações em Sede Própria)	Pág. 7
Quadro 4 – Ultrassonografias (Realizações no Ambulatório Municipal com Equipamento do Município)	Pág. 8
Quadro 5 – Tomografias	Pág. 8
Quadro 6 – Ressonâncias Magnéticas	Pág. 9
Quadro 7 – Cardiologia (Realizações em Sede Própria)	Pág. 9
Quadro 8 – Cardiologia (Realizações no Ambulatório Municipal)	Pág. 10
Quadro 9 – Oftalmologia	Pág. 10
Quadro 10 – Ginecologia	Pág. 12
Quadro 11 – Diagnóstico / Procedimentos por Endoscopia	Pág. 12
Quadro 12 – Otorrinolaringologia / Fonoaudiologia	Pág. 13
Quadro 13 – Neurologia	Pág. 14
Quadro 14 – Outros Procedimentos	Pág. 14
Quadro 15 – Consultas e Plantões	Pág. 15
Quadro 16 – Diagnóstico por Radiologia Intervencionista	Pág. 15

QUADRO 1 – EXAMES LABORATORIAIS

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant
1 - 1	02.02.01.002-3	Determinação de Capacidade de Fixação do Ferro	R\$ 2,01	375
1 - 2	02.02.01.004-0	Determinação de Curva Glicêmica (2 Dosagens)	R\$ 3,63	1.375
1 - 3	02.02.01.007-4	Determinação de Curva Glicêmica Clássica (5 Dosagens)	R\$ 10,00	45
1 - 4	02.02.01.012-0	Dosagem de Ácido Úrico	R\$ 1,85	16.875
1 - 5	02.02.01.013-9	Dosagem de Ácido Vanilmandélico	R\$ 18,90	15
1 - 6	02.02.01.015-5	Dosagem de Alfa-1-Antitripsina	R\$ 14,41	15
1 - 7	02.02.01.016-3	Dosagem de Alfa-1-Glicoproteína Ácida	R\$ 12,70	200
1 - 8	02.02.01.018-0	Dosagem de Amilase	R\$ 2,25	1.250
1 - 9	02.02.01.020-1	Dosagem de Bilirrubina Total e Frações	R\$ 4,00	30
1 - 10	02.02.01.021-0	Dosagem de Cálcio	R\$ 1,85	2.375
1 - 11	02.02.01.022-8	Dosagem de Cálcio Ionizável	R\$ 3,51	125
1 - 12	02.02.01.026-0	Dosagem de Cloreto	R\$ 1,85	187
1 - 13	02.02.01.027-9	Dosagem de Colesterol HDL	R\$ 3,51	2.375
1 - 14	02.02.01.028-7	Dosagem de Colesterol LDL	R\$ 3,51	5.625
1 - 15	02.02.01.029-5	Dosagem de Colesterol Total	R\$ 1,85	38.750
1 - 16	02.02.01.031-7	Dosagem de Creatinina	R\$ 1,85	25.000
1 - 17	02.02.01.032-5	Dosagem de Creatinofosfoquinase (CPK)	R\$ 3,68	1.875
1 - 18	02.02.01.033-3	Dosagem de Creatinofosfoquinase Fração MB	R\$ 4,12	45
1 - 19	02.02.01.036-8	Dosagem de Desidrogenase Láctica (DHL)	R\$ 3,68	15
1 - 20	02.02.01.038-4	Dosagem de Ferritina	R\$ 15,59	1.250
1 - 21	02.02.01.039-2	Dosagem de Ferro Sérico	R\$ 3,51	1.250
1 - 22	02.02.01.040-6	Dosagem de Folato	R\$ 15,65	300
1 - 23	02.02.01.041-4	Dosagem de Fosfatase Ácida Total	R\$ 2,01	30
1 - 24	02.02.01.042-2	Dosagem de Fosfatase Alcalina	R\$ 2,01	1.875



1 - 25	02.02.01.043-0	Dosagem de Fósforo	R\$ 1,85	
1 - 26	02.02.01.046-5	Dosagem de Gama-Glutamil-Transferase (Gama GT)	R\$ 3,51	3.750
1 - 27	02.02.01.047-3	Dosagem de Glicose	R\$ 1,85	37.500
1 - 28	02.02.01.050-3	Dosagem de Hemoglobina Glicosilada	R\$ 7,86	6.250
1 - 29	02.02.01.053-8	Dosagem de Lactato	R\$ 11,63	15
1 - 30	02.02.01.055-4	Dosagem de Lipase	R\$ 2,25	450
1 - 31	02.02.01.056-2	Dosagem de Magnésio	R\$ 2,01	1.500
1 - 32	02.02.01.057-0	Dosagem de Muco-Proteínas	R\$ 2,01	45
1 - 33	02.02.01.060-0	Dosagem de Potássio	R\$ 1,85	6.250
1 - 34	02.02.01.061-9	Dosagem de Proteínas Totais	R\$ 1,40	100
1 - 35	02.02.01.062-7	Dosagem de Proteínas Totais e Frações	R\$ 1,85	562
1 - 36	02.02.01.063-5	Dosagem de Sódio	R\$ 1,85	6.250
1 - 37	02.02.01.064-3	Dosagem de Transaminase Glutâmico-Oxalacética (TGO)	R\$ 2,01	9.500
1 - 38	02.02.01.065-1	Dosagem de Transaminase Glutâmico-Pirúvica (TGP)	R\$ 2,01	9.500
1 - 39	02.02.01.066-0	Dosagem de Transferrina	R\$ 4,12	150
1 - 40	02.02.01.067-8	Dosagem de Triglicerídeos	R\$ 3,51	26.250
1 - 41	02.02.01.069-4	Dosagem de Uréia	R\$ 1,85	20.000
1 - 42	02.02.01.070-8	Dosagem de Vitamina B12	R\$ 15,24	900
1 - 43	02.02.01.072-4	Eletroforese de Proteínas	R\$ 4,42	75
1 - 44	02.02.01.073-2	Gasometria (PH PCO2 PO2 Bicarbonato AS2 / Excesso ou Deficit Base)	R\$ 15,65	187
1 - 45	02.02.01.075-9	Teste de Tolerância a Insulina / Hipoglicemiantes Orais	R\$ 63,00	15
1 - 46	02.02.01.076-7	Dosagem de 25 Hidroxivitamina D	R\$ 55,00	15
1 - 47	02.02.01.079-1	Dosagem de Peptídeos Natriuréticos Tipo B (BNP e NT-PROBNP)	R\$ 27,00	300
1 - 48	02.02.02.002-9	Contagem de Plaquetas	R\$ 2,73	6.875
1 - 49	02.02.02.003-7	Contagem de Reticulócitos	R\$ 2,73	250
1 - 50	02.02.02.005-3	Determinação de Enzimas Eritrocitárias (Cada)	R\$ 2,73	12
1 - 51	02.02.02.007-0	Determinação de Tempo de Coagulação	R\$ 2,73	1.500
1 - 52	02.02.02.009-6	Determinação de Tempo de Sangramento -Duke	R\$ 2,73	1.500
1 - 53	02.02.02.012-6	Determinação de Tempo de Trombina	R\$ 2,85	15
1 - 54	02.02.02.013-4	Determinação de Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTP Ativada)	R\$ 5,77	1.500
1 - 55	02.02.02.014-2	Determinação de Tempo e Atividade da Protrombina (TAP)	R\$ 2,73	3.375
1 - 56	02.02.02.015-0	Determinação de Velocidade de Hemossedimentação (VHS)	R\$ 2,73	2.375
1 - 57	02.02.02.024-0	Dosagem de Fator Von Willebrand (Antígeno)	R\$ 73,55	10
1 - 58	02.02.02.029-0	Dosagem de Fibrinogênio	R\$ 4,60	15
1 - 59	02.02.02.030-4	Dosagem de Hemoglobina	R\$ 1,53	15
1 - 60	02.02.02.033-9	Dosagem de Hemossiderina	R\$ 46,57	12
1 - 61	02.02.02.035-5	Eletroforese de Hemoglobina	R\$ 23,74	12
1 - 62	02.02.02.036-3	Eritrograma (Eritrócitos, Hemoglobina, Hematócrito)	R\$ 2,73	15
1 - 63	02.02.02.037-1	Hematócrito	R\$ 1,53	15
1 - 64	02.02.02.038-0	Hemograma Completo	R\$ 4,11	38.750
1 - 65	02.02.02.039-8	Leucograma	R\$ 2,73	15
1 - 66	02.02.02.043-6	Pesquisa de Filaria	R\$ 2,73	15
1 - 67	02.02.02.044-4	Pesquisa de Hemoglobina S	R\$ 2,73	15
1 - 68	02.02.02.048-7	Prova de Consumo de Protrombina	R\$ 4,11	15
1 - 69	02.02.02.049-5	Prova de Retração do Coágulo	R\$ 2,78	15
1 - 70	02.02.02.050-9	Prova do Laço	R\$ 2,73	15
1 - 71	02.02.02.051-7	Rastreamento p/ Deficiência de Enzimas Eritrocitárias	R\$ 15,00	150
1 - 72	02.02.02.057-6	Pesquisa de Anticoagulante Lúpico - Gestante	R\$ 110,00	30
1 - 73	02.02.03.002-4	Contagem de Linfócitos CD4 / CD8	R\$ 80,00	12



1 - 74	02.02.03.003-2	Contagem de Linfócitos T Totais	R\$ 56,61	
1 - 75	02.02.03.005-9	Deteção de RNA do Vírus da Hepatite C (Qualitativo)	R\$ 200,00	
1 - 76	02.02.03.007-5	Determinação de Fator Reumatóide	R\$ 2,83	2.250
1 - 77	02.02.03.008-3	Determinação Quantitativa de Proteína C Reativa	R\$ 22,00	30
1 - 78	02.02.03.009-1	Dosagem de Alfa-Fetoproteína	R\$ 20,45	12
1 - 79	02.02.03.010-5	Dosagem de Antígeno Prostático Específico (PSA)	R\$ 16,42	8.125
1 - 80	02.02.03.012-1	Dosagem de Complemento C3	R\$ 17,16	60
1 - 81	02.02.03.013-0	Dosagem de Complemento C4	R\$ 17,16	60
1 - 82	02.02.03.016-4	Dosagem de Imunoglobulina E (IGE)	R\$ 9,25	187
1 - 83	02.02.03.020-2	Dosagem de Proteína C Reativa	R\$ 2,83	3.000
1 - 84	02.02.03.025-3	Pesquisa de Anticorpo IGG Anticardiolipina	R\$ 29,52	12
1 - 85	02.02.03.026-1	Pesquisa de Anticorpo IGM Anticardiolipina	R\$ 29,52	12
1 - 86	02.02.03.027-0	Pesquisa de Anticorpos Anti-DNA	R\$ 30,00	60
1 - 87	02.02.03.029-6	Pesquisa de Anticorpos Anti-HIV-1 (Western Blot / Imunoblot)	R\$ 85,00	15
1 - 88	02.02.03.030-0	Pesquisa de Anticorpos Anti-HIV-1 + HIV-2 (Elisa)	R\$ 10,00	3.375
1 - 89	02.02.03.032-6	Pesquisa de Anticorpos Anti-Ribonucleoproteína (RNP)	R\$ 30,00	15
1 - 90	02.02.03.034-2	Pesquisa de Anticorpos Anti-SM	R\$ 17,16	12
1 - 91	02.02.03.035-0	Pesquisa de Anticorpos Anti-SS-A (RO)	R\$ 22,64	12
1 - 92	02.02.03.036-9	Pesquisa de Anticorpos Anti-SS-B (LA)	R\$ 22,64	10
1 - 93	02.02.03.040-7	Pesquisa de Anticorpos Antibrucelas	R\$ 3,70	15
1 - 94	02.02.03.046-6	Pesquisa de Anticorpos Antiespermatozóides	R\$ 9,70	15
1 - 95	02.02.03.047-4	Pesquisa de Anticorpos Antiestreptolisina O (ASLO)	R\$ 2,83	1.500
1 - 96	02.02.03.055-5	Pesquisa de Anticorpos Antimicrosomas	R\$ 20,45	15
1 - 97	02.02.03.059-8	Pesquisa de Anticorpos Antinúcleo (FAN)	R\$ 17,16	1.500
1 - 98	02.02.03.062-8	Pesquisa de Anticorpos Antitireoglobulina	R\$ 22,00	15
1 - 99	02.02.03.063-6	Pesquisa de Anticorpos Contra Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B (Anti-HBS)	R\$ 18,55	15
1 - 100	02.02.03.064-4	Pesquisa de Anticorpos Contra Antígeno E do Vírus da Hepatite B (Anti-HBE)	R\$ 18,55	15
1 - 101	02.02.03.067-9	Pesquisa de Anticorpos Contra o Vírus da Hepatite C (Anti-HCV)	R\$ 18,55	1.750
1 - 102	02.02.03.070-9	Pesquisa de Anticorpos Contra Paracoccidioides Brasiliensis	R\$ 4,10	12
1 - 103	02.02.03.071-7	Pesquisa de Anticorpos e/ou Antígeno do Vírus Sincicial Respiratório	R\$ 74,80	1.000
1 - 104	02.02.03.073-3	Pesquisa de Anticorpos Heterófilos Contra o Vírus Epstein-Barr	R\$ 2,83	62
1 - 105	02.02.03.074-1	Pesquisa de Anticorpos IGG Anticitomegalovírus	R\$ 11,00	82
1 - 106	02.02.03.076-8	Pesquisa de Anticorpos IGG Antitoxoplasma	R\$ 16,97	2.125
1 - 107	02.02.03.077-6	Pesquisa de Anticorpos IGG Antitrypanosoma Cruzi	R\$ 9,25	200
1 - 108	02.02.03.078-4	Pesquisa de Anticorpos IGG e IGM Contra Antígeno Central do Vírus da Hepatite B (Anti-HBC-Total)	R\$ 18,55	15
1 - 109	02.02.03.079-2	Pesquisa de Anticorpos IGG Contra o Arbovírus	R\$ 30,00	12
1 - 110	02.02.03.080-6	Pesquisa de Anticorpos IGG Contra o Vírus da Hepatite A (Anti-HAV-IGG)	R\$ 18,55	150
1 - 111	02.02.03.081-4	Pesquisa de Anticorpos IGG Contra o Vírus da Rubéola	R\$ 17,16	60
1 - 112	02.02.03.085-7	Pesquisa de Anticorpos IGM Anticitomegalovírus	R\$ 11,61	60
1 - 113	02.02.03.087-3	Pesquisa de Anticorpos IGM Antitoxoplasma	R\$ 18,55	2.250
1 - 114	02.02.03.088-1	Pesquisa de Anticorpos IGM Antitrypanosoma Cruzi	R\$ 9,25	200
1 - 115	02.02.03.089-0	Pesquisa de Anticorpos IGM Contra Antígeno Central do Vírus da Hepatite B (Anti-HBC-IGM)	R\$ 18,55	15
1 - 116	02.02.03.090-3	Pesquisa de Anticorpos IGM Contra o Arbovírus	R\$ 22,00	15.000
1 - 117	02.02.03.091-1	Pesquisa de Anticorpos IGM Contra o Vírus da Hepatite A (Anti-HAV-IGM)	R\$ 18,55	120
1 - 118	02.02.03.092-0	Pesquisa de Anticorpos IGM Contra o Vírus da Rubéola	R\$ 17,16	75
1 - 119	02.02.03.093-8	Pesquisa de Anticorpos IGM Contra o Vírus da Varicela-Herpes Zoster	R\$ 27,65	15
1 - 120	02.02.03.094-6	Pesquisa de Anticorpos IGM Contra o Vírus Epstein-Barr	R\$ 26,68	15
1 - 121	02.02.03.096-2	Pesquisa de Antígeno Carcinoembrionário (CEA)	R\$ 13,35	75
1 - 122	02.02.03.097-0	Pesquisa de Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B (HBSAG)	R\$ 18,55	3.125



1 - 123	02.02.03.098-9	Pesquisa de Antígeno E do Vírus da Hepatite B (HBEAG)	R\$ 18,55	12
1 - 124	02.02.03.100-4	Pesquisa de Crioglobulinas	R\$ 8,29	12
1 - 125	02.02.03.101-2	Pesquisa de Fator Reumatóide (Waalser-Rose)	R\$ 10,68	15
1 - 126	02.02.03.103-9	Pesquisa de Imunoglobulina E (IGE) Alergeno-Específica	R\$ 35,00	50
1 - 127	02.02.03.104-7	Pesquisa de Trypanosoma Cruzi (Por Imunofluorescência)	R\$ 10,00	450
1 - 128	02.02.03.109-8	Teste Treponêmico p/ Detecção de Sífilis	R\$ 20,84	15
1 - 129	02.02.03.111-0	Teste Não Treponêmico p/ Detecção de Sífilis	R\$ 2,83	3.000
1 - 130	02.02.03.117-9	Teste Não Treponêmico P/ Detecção de Sífilis em Gestantes	R\$ 9,81	1.250
1 - 131	02.02.03.118-7	Dosagem de Anticorpos Antitransglutaminase Recombinante Humano IGA	R\$ 18,55	12
1 - 132	02.02.03.120-9	Dosagem de Troponina	R\$ 32,00	150
1 - 133	02.02.03.121-7	Dosagem do Antígeno CA 125	R\$ 23,03	20
1 - 134	02.02.03.126-8	Teste Confirmatório com Pesquisa de Anticorpos Anti-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 85,00	15
1 - 135	02.02.04.009-7	Pesquisa de Leucócitos nas Fezes	R\$ 1,65	30
1 - 136	02.02.04.012-7	Pesquisa de Ovos e Cistos de Parasitas	R\$ 1,65	10.125
1 - 137	02.02.04.014-3	Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes	R\$ 1,65	3.000
1 - 138	02.02.05.001-7	Análise de Caracteres Físicos, Elementos e Sedimento da Urina	R\$ 3,70	33.750
1 - 139	02.02.05.002-5	Clearance de Creatinina	R\$ 3,51	1.200
1 - 140	02.02.05.004-1	Clearance de Uréia	R\$ 3,51	15
1 - 141	02.02.05.008-4	Dosagem de Citrato	R\$ 2,01	150
1 - 142	02.02.05.009-2	Dosagem de Microalbumina na Urina	R\$ 8,12	900
1 - 143	02.02.05.011-4	Dosagem de Proteínas (Urina de 24 Horas)	R\$ 2,04	1.250
1 - 144	02.02.06.003-9	Determinação de T3 Reverso	R\$ 14,69	15
1 - 145	02.02.06.004-7	Dosagem de 17-Alfa-Hidroxiprogesterona	R\$ 52,50	150
1 - 146	02.02.06.007-1	Dosagem de Ácido 5-Hidroxi-Indol-Ácético (Serotonina)	R\$ 29,26	12
1 - 147	02.02.06.008-0	Dosagem de Adrenocorticotrófico (ACTH)	R\$ 23,56	12
1 - 148	02.02.06.009-8	Dosagem de Aldosterona	R\$ 20,56	12
1 - 149	02.02.06.012-8	Dosagem de Calcitonina	R\$ 30,00	12
1 - 150	02.02.06.013-6	Dosagem de Cortisol	R\$ 16,11	87
1 - 151	02.02.06.014-4	Dosagem de Deidroepiandrosterona (DHEA)	R\$ 17,85	20
1 - 152	02.02.06.016-0	Dosagem de Estradiol	R\$ 10,15	800
1 - 153	02.02.06.018-7	Dosagem de Estrona	R\$ 11,12	30
1 - 154	02.02.06.020-9	Dosagem de Globulina Transportadora de Tiroxina	R\$ 15,35	15
1 - 155	02.02.06.021-7	Dosagem de Gonadotrofina Coriônica Humana (HCG, BETA HCG)	R\$ 7,85	3.000
1 - 156	02.02.06.022-5	Dosagem de Hormônio de Crescimento (HGH)	R\$ 10,21	30
1 - 157	02.02.06.023-3	Dosagem de Hormônio Folículo-Estimulante (FSH)	R\$ 7,89	1.500
1 - 158	02.02.06.024-1	Dosagem de Hormônio Luteinizante (LH)	R\$ 8,97	900
1 - 159	02.02.06.025-0	Dosagem de Hormônio Tiroestimulante (TSH)	R\$ 8,96	25.000
1 - 160	02.02.06.026-8	Dosagem de Insulina	R\$ 23,03	262
1 - 161	02.02.06.027-6	Dosagem de Paratormônio	R\$ 43,13	175
1 - 162	02.02.06.028-4	Dosagem de Peptídeo C	R\$ 23,03	20
1 - 163	02.02.06.029-2	Dosagem de Progesterona	R\$ 10,22	300
1 - 164	02.02.06.030-6	Dosagem de Prolactina	R\$ 10,15	800
1 - 165	02.02.06.032-2	Dosagem de Somatomedina C (IGF1)	R\$ 15,35	75
1 - 166	02.02.06.033-0	Dosagem de Sulfato de Hidroepiandrosterona (DHEAS)	R\$ 16,55	20
1 - 167	02.02.06.034-9	Dosagem de Testosterona	R\$ 10,43	450
1 - 168	02.02.06.035-7	Dosagem de Testosterona Livre	R\$ 13,11	1.200
1 - 169	02.02.06.036-5	Dosagem de Tireoglobulina	R\$ 15,35	45
1 - 170	02.02.06.037-3	Dosagem de Tiroxina (T4)	R\$ 8,76	375
1 - 171	02.02.06.038-1	Dosagem de Tiroxina Livre (T4 Livre)	R\$ 11,60	15.625



1 - 172	02.02.06.039-0	Dosagem de Triiodotironina (T3)	R\$ 8,71	1.
1 - 173	02.02.07.005-0	Dosagem de Ácido Valproico	R\$ 15,65	75
1 - 174	02.02.07.008-5	Dosagem de Alumínio	R\$ 27,50	15
1 - 175	02.02.07.010-7	Dosagem de Anfetaminas	R\$ 32,48	15
1 - 176	02.02.07.012-3	Dosagem de Barbituratos	R\$ 13,13	62
1 - 177	02.02.07.013-1	Dosagem de Benzodiazepínicos	R\$ 37,43	15
1 - 178	02.02.07.015-8	Dosagem de Carbamazepina	R\$ 17,53	75
1 - 179	02.02.07.019-0	Dosagem de Cobre	R\$ 15,94	15
1 - 180	02.02.07.020-4	Dosagem de Digitálicos (Digoxina, Digitoxina)	R\$ 59,37	12
1 - 181	02.02.07.022-0	Dosagem de Fenitoína	R\$ 35,22	15
1 - 182	02.02.07.025-5	Dosagem de Lítio	R\$ 2,25	150
1 - 183	02.02.07.035-2	Dosagem de Zinco	R\$ 40,00	175
1 - 184	02.02.08.001-3	Antibiograma	R\$ 4,98	6.875
1 - 185	02.02.08.004-8	Baciloscopia Direta P/ BAAR Tuberculose (Diagnóstica)	R\$ 4,20	450
1 - 186	02.02.08.005-6	Baciloscopia Direta P/ BAAR (Hanseníase)	R\$ 4,20	45
1 - 187	02.02.08.007-2	Bacterioscopia (GRAM)	R\$ 2,80	45
1 - 188	02.02.08.008-0	Cultura de Bactérias P/ Identificação	R\$ 5,62	525
1 - 189	02.02.08.012-9	Cultura para Bactérias Anaeróbicas	R\$ 50,00	12
1 - 190	02.02.08.013-7	Cultura para Identificação Morfológica de Fungos	R\$ 4,19	45
1 - 191	02.02.08.014-5	Exame Microbiológico a Fresco (Direto)	R\$ 2,80	450
1 - 192	02.02.08.016-1	Identificação Automatizada de Microorganismos	R\$ 5,63	9.375
1 - 193	02.02.08.021-8	Pesquisa de Helicobacter Pylori	R\$ 19,00	50
1 - 194	02.02.09.026-4	Pesquisa de Espermatozoides (Após Vasectomia)	R\$ 4,80	30
1 - 195	02.02.09.030-2	Prova do Látex p/ Pesquisa do Fator Reumatóide	R\$ 25,00	12
1 - 196	02.02.12.002-3	Determinação Direta e Reversa de Grupo ABO	R\$ 1,37	1.500
1 - 197	02.02.12.008-2	Pesquisa de Fator RH (Inclui D Fraco)	R\$ 1,37	1.500
1 - 198	02.02.12.009-0	Teste Indireto de Antiglobulina Humana (TIA)	R\$ 2,73	300
1 - 199	02.03.01.001-9	Exame Citopatológico Cérvico-Vaginal / Microflora (Obrigatório registro no SISCAN)	R\$ 13,72	3.000
1 - 200	02.03.01.003-5	Exame de Citologia (Exceto Cérvico-Vaginal e de Mama)	R\$ 20,96	37
1 - 201	02.03.01.004-3	Citopatológico de Mama (Obrigatório registro no SISCAN)	R\$ 35,34	100
1 - 202	02.03.01.008-6	Exame Citopatológico Cérvico-Vaginal / Microflora-Rastreamento (Obrigatório registro no SISCAN)	R\$ 14,37	6.250
1 - 203	02.03.02.002-2	Exame Anátomo-Patológico do Colo Uterino – Peça Cirúrgica (Obrigatório registro no SISCAN)	R\$ 61,77	45
1 - 204	02.03.02.003-0	Exame Anátomo-Patológico para Congelamento / Parafina por Peça Cirúrgica ou por Biópsia (Exceto Colo Uterino e Mama)	R\$ 40,78	1.225
1 - 205	02.03.02.006-5	Exame Anatomopatológico de Mama – Biópsia (Obrigatório registro no SISCAN)	R\$ 45,83	100
1 - 206	02.03.02.007-3	Exame Anatomopatológico de Mama – Peça Cirúrgica (Obrigatório registro no SISCAN)	R\$ 61,77	250
1 - 207	02.03.02.008-1	Exame Anátomo-Patológico do Colo Uterino – Biópsia (Obrigatório registro no SISCAN)	R\$ 40,78	200
1 - 208	02.11.04.003-7	Exame Microbiológico a Fresco do Conteúdo Cérvico-Vaginal	R\$ 2,80	15
1 - 209	02.11.08.002-0	Gasometria Venosa	R\$15,65	300
1 - 210	99.02.02.000-1	Teste de Tolerância à Lactose	R\$ 40,00	150
1 - 211	99.02.02.000-2	CA 15-3	R\$ 30,00	150
1 - 212	99.02.02.000-3	Anticorpo Anti-Receptor de TSH (TRAB)	R\$ 47,00	150
1 - 213	99.02.02.000-6	ANCA (Anticorpos Anticitoplasma de Neutrófilos) P-Anca, C-Anca	R\$ 54,00	150
1 - 214	99.02.02.000-7	Anti-Jo 1	R\$ 35,00	150
1 - 215	99.02.02.000-8	Anti-CCP	R\$ 83,00	150
1 - 216	99.02.02.001-0	CA 19-9	R\$ 30,00	12
1 - 217	99.02.02.001-6	Anti-Gliadina – IGA	R\$ 53,00	50
1 - 218	99.02.02.001-7	Anti-Gliadina – IGG	R\$ 51,00	50
1 - 219	99.02.02.002-0	Teste de Avidéz para Toxoplasmose	R\$ 90,00	12



1 - 220	99.04.01.000-3	Determinação Qualitativa de Proteína C Reativa	R\$ 220,00	
---------	----------------	--	------------	--

QUADRO 2 – RAI0-X

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant
2 - 1	02.04.01.003-9	Radiografia Bilateral de Órbitas (PA + Oblíquas + HIRTZ)	R\$ 8,38	15
2 - 2	02.04.01.005-5	Radiografia de Articulação Têmporo-Mandibular Bilateral	R\$ 8,38	30
2 - 3	02.04.01.006-3	Radiografia de Cavum (Lateral + HIRTZ)	R\$ 6,88	825
2 - 4	02.04.01.007-1	Radiografia de Crânio (PA + Lateral + Oblíqua / Bretton + HIRTZ)	R\$ 9,15	15
2 - 5	02.04.01.008-0	Radiografia de Crânio (PA + Lateral)	R\$ 7,52	300
2 - 6	02.04.01.009-8	Radiografia de Laringe	R\$ 5,74	15
2 - 7	02.04.01.011-0	Radiografia de Maxilar (PA + Oblíqua)	R\$ 7,20	15
2 - 8	02.04.01.012-8	Radiografia de Ossos da Face (MN + Lateral + HIRTZ)	R\$ 8,38	30
2 - 9	02.04.01.014-4	Radiografia de Seios da Face (FN + MN + Lateral + HIRTZ)	R\$ 7,32	1.500
2 - 10	02.04.01.017-9	Radiografia Panorâmica	R\$ 45,00	840
2 - 11	02.04.02.004-2	Radiografia de Coluna Cervical (AP + Lateral + TO / Flexão)	R\$ 8,19	4.500
2 - 12	02.04.02.005-0	Radiografia de Coluna Cervical Funcional / Dinâmica	R\$ 10,29	15
2 - 13	02.04.02.006-9	Radiografia de Coluna Lombo-Sacra	R\$ 10,96	6.000
2 - 14	02.04.02.007-7	Radiografia de Coluna Lombo-Sacra (c/ Oblíquas)	R\$ 14,90	45
2 - 15	02.04.02.009-3	Radiografia de Coluna Torácica (AP + Lateral)	R\$ 9,16	2.375
2 - 16	02.04.02.010-7	Radiografia de Coluna Tóraco-Lombar	R\$ 9,73	1.050
2 - 17	02.04.02.012-3	Radiografia de Região Sacro-Coccígea	R\$ 7,80	75
2 - 18	02.04.03.007-2	Radiografia de Costelas (por Hemitórax)	R\$ 8,37	15
2 - 19	02.04.03.008-0	Radiografia de Esôfago	R\$ 191,75	18
2 - 20	02.04.03.009-9	Radiografia de Esterno	R\$ 7,98	30
2 - 21	02.04.03.015-3	Radiografia de Tórax (PA e Perfil)	R\$ 9,50	3.000
2 - 22	02.04.03.017-0	Radiografia de Tórax (PA)	R\$ 6,88	1.550
2 - 23	02.04.04.001-9	Radiografia de Antebraço	R\$ 6,42	90
2 - 24	02.04.04.003-5	Radiografia de Articulação Escápulo-Umeral	R\$ 7,40	500
2 - 25	02.04.04.005-1	Radiografia de Braço	R\$ 7,77	90
2 - 26	02.04.04.006-0	Radiografia de Clavícula	R\$ 7,40	45
2 - 27	02.04.04.007-8	Radiografia de Cotovelo	R\$ 6,49	300
2 - 28	02.04.04.008-6	Radiografia de Dedos da Mão	R\$ 5,62	475
2 - 29	02.04.04.009-4	Radiografia de Mão	R\$ 6,30	1.500
2 - 30	02.04.04.011-6	Radiografia de Escápula / Ombro (Três Posições)	R\$ 7,98	450
2 - 31	02.04.04.012-4	Radiografia de Punho (AP + Lateral + Oblíqua)	R\$ 6,91	600
2 - 32	02.04.05.001-4	Clistor Opaco c/ Duplo Contraste	R\$ 224,47	15
2 - 33	02.04.05.006-5	Histerossalpingografia	R\$ 365,00	12
2 - 34	02.04.05.012-0	Radiografia de Abdomen Agudo (Mínimo de 3 Incidências)	R\$ 15,30	30
2 - 35	02.04.05.013-8	Radiografia de Abdomen Simples (AP)	R\$ 7,17	525
2 - 36	02.04.05.014-6	Radiografia de Estômago e Duodeno	R\$ 35,22	12
2 - 37	02.04.05.015-4	Radiografia de Intestino Delgado (Trânsito)	R\$ 181,75	12
2 - 38	02.04.05.017-0	Uretrocistografia	R\$ 52,11	60
2 - 39	02.04.05.018-9	Urografia Venosa	R\$ 57,40	450
2 - 40	02.04.06.002-8	Densitometria Óssea Duo-Energética de Coluna (Vértabras Lombares e/ou Fêmur)	R\$ 110,00	900
2 - 41	02.04.06.003-6	Escanometria	R\$ 37,18	45
2 - 42	02.04.06.006-0	Radiografia de Articulação Coxo-Femoral	R\$ 7,77	1.500
2 - 43	02.04.06.007-9	Radiografia de Articulação Sacro-Ilíaca	R\$ 7,77	60



2 - 44	02.04.06.008-7	Radiografia de Articulação Tíbio-Társica	R\$ 6,50	
2 - 45	02.04.06.009-5	Radiografia de Bacia	R\$ 7,77	1.250
2 - 46	02.04.06.010-9	Radiografia de Calcâneo	R\$ 6,50	1.550
2 - 47	02.04.06.011-7	Radiografia de Coxa	R\$ 8,94	300
2 - 48	02.04.06.012-5	Radiografia de Joelho (AP + Lateral)	R\$ 6,78	5.375
2 - 49	02.04.06.013-3	Radiografia de Joelho ou Patela (AP + Lateral + Axial)	R\$ 7,16	100
2 - 50	02.04.06.014-1	Radiografia de Joelho ou Patela (AP + Lateral + Oblíqua + 3 Axiais)	R\$ 9,29	100
2 - 51	02.04.06.015-0	Radiografia de Pé / Dedos do Pé	R\$ 6,78	1.250
2 - 52	02.04.06.016-8	Radiografia de Perna	R\$ 8,94	450
2 - 53	02.04.06.017-6	Radiografia Panorâmica de Membros Inferiores	R\$ 9,29	12
2 - 54	99.02.04.000-2	Seriografia	R\$ 400,00	12

QUADRO 3 – ULTRASSONOGRAFIA (Realizações em Sede Própria)

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant
3 - 1	02.05.01.004-0	Ultrassonografia Doppler Colorido de Vasos	R\$ 120,00	6.000
3 - 2	02.05.01.004-0	Ultrassonografia de Carótidas	R\$ 120,00	375
3 - 3	02.05.01.005-9	Ultrassonografia Doppler de Fluxo Obstétrico	R\$ 142,50	300
3 - 4	02.05.01.005-9	Ultrassonografia Doppler de Fluxo Obstétrico (Gemelar)	R\$ 185,40	300
3 - 5	02.05.02.003-8	Ultrassonografia de Abdômen Superior	R\$ 65,00	1.374
3 - 6	02.05.02.004-6	Ultrassonografia de Abdomen Total	R\$ 65,00	6.750
3 - 7	02.05.02.005-4	Ultrassonografia de Aparelho Urinário	R\$ 65,00	6.750
3 - 8	02.05.02.006-2	Ultrassonografia de Articulação / Articulação de Quadril (Infantil)	R\$ 65,00	30.000
3 - 9	02.05.02.006-2	Ultrassonografia de Região Cervical Posterior ou Partes Moles	R\$ 65,00	630
3 - 10	02.05.02.007-0	Ultrassonografia de Bolsa Escrotal	R\$ 65,00	450
3 - 11	02.05.02.008-9	Ultrassonografia de Globo Ocular / Órbita (Monocular)	R\$ 65,00	180
3 - 12	02.05.02.009-7	Ultrassonografia Mamária Bilateral	R\$ 65,00	6.750
3 - 13	02.05.02.010-0	Ultrassonografia de Próstata por Via Abdominal	R\$ 65,00	900
3 - 14	02.05.02.011-9	Ultrassonografia de Próstata (Via Transretal)	R\$ 65,00	15
3 - 15	02.05.02.012-7	Ultrassonografia de Tireóide ou Cervical Anterior ou Glândulas Salivares	R\$ 65,00	1.125
3 - 16	02.05.02.013-5	Ultrassonografia de Tórax (Extracardiaca)	R\$ 65,00	45
3 - 17	02.05.02.014-3	Ultrassonografia Obstétrica ou Obstétrico com Translucência Nucal	R\$ 65,00	5.250
3 - 18	02.05.02.014-3	Ultrassonografia Obstétrica Morfológica	R\$ 124,20	2.400
3 - 19	02.05.02.014-3	Ultrassonografia Gemelar	R\$ 120,00	45
3 - 20	02.05.02.015-1	Ultrassonografia Obstétrica c/ Doppler Colorido e Pulsado	R\$ 140,00	345
3 - 21	02.05.02.015-1	Ultrassonografia Obstétrica c/ Doppler Colorido e Pulsado (Gemelar)	R\$ 159,60	345
3 - 22	02.05.02.016-0	Ultrassonografia Pélvica (Ginecológica)	R\$ 65,00	1.125
3 - 23	02.05.02.017-8	Ultrassonografia Transfontanela	R\$ 65,00	45
3 - 24	02.05.02.018-6	Ultrassonografia Transvaginal	R\$ 65,00	9.000

QUADRO 4 – ULTRASSONOGRAFIA (Realizações no Ambulatório Municipal com Equipamento do Município)

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant
4 - 1	02.05.01.004-0	Ultrassonografia Doppler Colorido de Vasos	R\$ 120,00	6.000
4 - 2	02.05.01.004-0	Ultrassonografia de Carótidas	R\$ 120,00	375
4 - 3	02.05.01.005-9	Ultrassonografia Doppler de Fluxo Obstétrico	R\$ 120,00	300



4 - 4	02.05.01.005-9	Ultrassonografia Doppler de Fluxo Obstétrico (Gemelar)	R\$ 182,40	
4 - 5	02.05.02.003-8	Ultrassonografia de Abdômen Superior	R\$ 65,00	1.574
4 - 6	02.05.02.004-6	Ultrassonografia de Abdomen Total	R\$ 65,00	6.750
4 - 7	02.05.02.005-4	Ultrassonografia de Aparelho Urinário	R\$ 65,00	6.750
4 - 8	02.05.02.006-2	Ultrassonografia de Articulação / Articulação de Quadril (Infantil)	R\$ 65,00	30.000
4 - 9	02.05.02.006-2	Ultrassonografia de Região Cervical Posterior ou Partes Moles	R\$ 65,00	630
4 - 10	02.05.02.007-0	Ultrassonografia de Bolsa Escrotal	R\$ 65,00	450
4 - 11	02.05.02.008-9	Ultrassonografia de Globo Ocular / Órbita (Monocular)	R\$ 65,00	180
4 - 12	02.05.02.009-7	Ultrassonografia Mamária Bilateral	R\$ 65,00	6.750
4 - 13	02.05.02.010-0	Ultrassonografia de Próstata por Via Abdominal	R\$ 65,00	900
4 - 14	02.05.02.011-9	Ultrassonografia de Próstata (Via Transretal)	R\$ 65,00	15
4 - 15	02.05.02.012-7	Ultrassonografia de Tireóide ou Cervical Anterior ou Glândulas Salivares	R\$ 65,00	1.125
4 - 16	02.05.02.013-5	Ultrassonografia de Tórax (Extracardiaca)	R\$ 65,00	45
4 - 17	02.05.02.014-3	Ultrassonografia Obstétrica ou Obstétrico com Translucência Nucal	R\$ 65,00	5.250
4 - 18	02.05.02.014-3	Ultrassonografia Obstétrica Morfológica	R\$ 120,00	2.400
4 - 19	02.05.02.014-3	Ultrassonografia Gemelar	R\$ 120,00	45
4 - 20	02.05.02.015-1	Ultrassonografia Obstétrica c/ Doppler Colorido e Pulsado	R\$ 140,00	345
4 - 21	02.05.02.015-1	Ultrassonografia Obstétrica c/ Doppler Colorido e Pulsado (Gemelar)	R\$ 159,60	345
4 - 22	02.05.02.016-0	Ultrassonografia Pélvica (Ginecológica)	R\$ 65,00	1.125
4 - 23	02.05.02.017-8	Ultrassonografia Transfontanela	R\$ 65,00	45
4 - 24	02.05.02.018-6	Ultrassonografia Transvaginal	R\$ 65,00	9.000

QUADRO 5 – TOMOGRAFIA

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
5 - 1	02.06.01.001-0	Tomografia Computadorizada de Coluna Cervical c/ ou s/ Contraste	R\$ 86,76	250
5 - 2	02.06.01.002-8	Tomografia Computadorizada de Coluna Lombo-Sacra c/ ou s/ Contraste	R\$ 101,10	250
5 - 3	02.06.01.003-6	Tomografia Computadorizada de Coluna Torácica c/ ou s/ Contraste	R\$ 86,76	250
5 - 4	02.06.01.004-4	Tomografia Computadorizada de Face / Seios da Face / Articulações Têmporo-Mandibulares	R\$ 86,75	250
5 - 5	02.06.01.005-2	Tomografia Computadorizada do Pescoço	R\$ 86,75	250
5 - 6	02.06.01.006-0	Tomografia Computadorizada de Sela Túrcica	R\$ 97,44	62
5 - 7	02.06.01.007-9	Tomografia Computadorizada do Crânio	R\$ 97,44	250
5 - 8	02.06.02.001-5	Tomografia Computadorizada de Articulações de Membro Superior	R\$ 86,75	125
5 - 9	02.06.02.002-3	Tomografia Computadorizada de Segmentos Apendiculares – (Braço, Antebraço, Mão, Coxa, Perna, Pé)	R\$ 86,75	250
5 - 10	02.06.02.003-1	Tomografia Computadorizada de Tórax	R\$ 136,41	250
5 - 11	02.06.03.001-0	Tomografia Computadorizada de Abdomen Superior	R\$ 138,63	250
5 - 12	02.06.03.002-9	Tomografia Computadorizada de Articulações de Membro Inferior	R\$ 86,75	125
5 - 13	02.06.03.003-7	Tomografia Computadorizada de Pelve / Bacia / Abdomen Inferior	R\$ 138,63	250
5 - 14	99.02.06.900-0	Angiotomografia	R\$ 600,00	12

QUADRO 6 – RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
6 - 1	02.07.01.001-3	Angiorressonância Cerebral	R\$ 550,00	25
6 - 2	02.07.01.002-1	Ressonância Magnética de Articulação Têmporo-Mandibular (Bilateral)	R\$ 550,00	30
6 - 3	02.07.01.003-0	Ressonância Magnética de Coluna Cervical / Pescoço	R\$ 550,00	200
6 - 4	02.07.01.004-8	Ressonância Magnética de Coluna Lombo-Sacra	R\$ 550,00	500



6 - 5	02.07.01.005-6	Ressonância Magnética de Coluna Torácica	R\$ 550,00	
6 - 6	02.07.01.006-4	Ressonância Magnética de Crânio	R\$ 550,00	500
6 - 7	02.07.01.007-2	Ressonância Magnética de Sela Túrcica	R\$ 550,00	60
6 - 8	02.07.02.001-9	Ressonância Magnética de Coração / Aorta c/ Cine	R\$ 888,00	21
6 - 9	02.07.02.002-7	Ressonância Magnética de Membro Superior (Unilateral)	R\$ 550,00	240
6 - 10	02.07.02.003-5	Ressonância Magnética de Tórax	R\$ 550,00	30
6 - 11	02.07.02.006-0	Ressonância Magnética de Mama	R\$ 550,00	30
6 - 12	02.07.03.001-4	Ressonância Magnética de Abdomen Superior	R\$ 550,00	180
6 - 13	02.07.03.002-2	Ressonância Magnética de Bacia / Pelve / Abdomen Inferior	R\$ 550,00	180
6 - 14	02.07.03.003-0	Ressonância Magnética de Membro Inferior (Unilateral)	R\$ 550,00	900
6 - 15	02.07.03.004-9	Ressonância Magnética de Vias Biliares / Colangiressonância	R\$ 550,00	30
6 - 16	02.07.03.005-7	Ressonância Magnética Multiparamétrica da Próstata	R\$ 846,66	48
6 - 17	99.02.07.000-1	Angiorressonância (Inclui Pescoço, Abdomen, Tórax e qualquer outro segmento)	R\$ 550,00	30
6 - 18	99.02.07.000-2	Angiorressonância de Aorta (Inclui Torácica, Abdominal e qualquer outro segmento)	R\$ 550,00	15
6 - 19	99.02.07.000-3	Artro Ressonância (Inclui a Punção Articular)	R\$ 500,00	30
6 - 20	99.02.07.000-4	Ressonância Magnética com Anestesia Geral	R\$ 1.180,00	30

QUADRO 7 – CARDIOLOGIA (Realizações em Sede Própria)

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
7 - 1	02.05.01.002-4	Ecocardiografia Transesofágica	R\$ 600,00	12
7 - 2	02.05.01.003-2	Ecocardiografia Transtorácica	R\$ 160,00	3.500
7 - 3	02.05.01.003-2	Ecocardiograma Fetal	R\$ 378,00	12
7 - 4	02.11.02.001-0	Cateterismo Cardíaco	R\$ 800,00	315
7 - 5	02.11.02.003-6	Eletrocardiograma	R\$ 7,06	7.500
7 - 6	02.11.02.004-4	Monitoramento pelo Sistema Holter 24 hs (3 canais)	R\$ 125,00	1.200
7 - 7	02.11.02.005-2	Monitoramento Ambulatorial de Pressão Arterial (M.A.P.A)	R\$ 70,00	500
7 - 8	02.11.02.006-0	Teste de Esforço / Teste Ergométrico	R\$ 135,00	1.200
7 - 9	03.01.13.001-9	Avaliação Clínica e Eletrônica de Dispositivo Elétrico Cardíaco Implantável	R\$ 70,00	160

QUADRO 8 – CARDIOLOGIA (Realizações no Ambulatório Municipal)

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
8 - 1	02.05.01.003-2	Ecocardiografia Transtorácica	R\$ 130,00	3.500
8 - 2	02.11.02.004-4	Monitoramento pelo Sistema Holter 24 hs (3 canais)	R\$ 95,00	1.200
8 - 3	02.11.02.005-2	Monitoramento Ambulatorial de Pressão Arterial (M.A.P.A)	R\$ 40,00	500
8 - 4	02.11.02.006-0	Teste de Esforço / Teste Ergométrico	R\$ 105,00	1.200

QUADRO 9 – OFTALMOLOGIA

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
9 - 1	02.04.01.001-2	Dacriocistografia	R\$ 76,40	12
9 - 2	02.05.02.002-0	Paquimetria Ultrassônica (Monocular)	R\$ 53,00	745
9 - 3	02.08.09.002-9	Cintilografia de Glândula Lacrimal (Dracriocintilografia)	R\$ 370,00	12
9 - 4	02.11.06.001-1	Biometria Ultrassônica (Monocular)	R\$ 92,00	37
9 - 5	02.11.06.002-0	Biomicroscopia de Fundo de Olho	R\$ 12,34	5.250
9 - 6	02.11.06.003-8	Campimetria Computadorizada ou Manual com Gráfico	R\$ 140,00	300



9 - 7	02.11.06.005-4	Ceratometria	R\$ 6,74	
9 - 8	02.11.06.006-2	Curva Diária de Pressão Ocular CDPO (Mínimo 3 Medidas)	R\$ 10,11	12
9 - 9	02.11.06.010-0	Fundoscopia	R\$ 3,37	10.000
9 - 10	02.11.06.011-9	Gonioscopia (Monocular)	R\$ 6,74	12
9 - 11	02.11.06.012-7	Mapeamento de Retina (Monocular)	R\$ 24,24	3.000
9 - 12	02.11.06.014-3	Microscopia Especular de Córnea	R\$ 140,00	37
9 - 13	02.11.06.017-8	Retinografia Colorida Binocular	R\$ 110,00	150
9 - 14	02.11.06.018-6	Retinografia Fluorescente Binocular	R\$ 200,00	180
9 - 15	02.11.06.020-8	Teste de Provocação de Glaucoma	R\$ 6,74	12
9 - 16	02.11.06.021-6	Teste de Schirmer	R\$ 3,37	12
9 - 17	02.11.06.022-4	Teste de Visão de Cores	R\$ 3,37	12
9 - 18	02.11.06.023-2	Teste Ortóptico (Binocular)	R\$ 12,34	12
9 - 19	02.11.06.024-0	Teste p/ Adaptação de Lente de Contato	R\$ 27,00	12
9 - 20	02.11.06.025-9	Tonometria (Monocular)	R\$ 3,37	7.000
9 - 21	02.11.06.026-7	Topografia Computadorizada de Córnea (Binocular) / Ceratoscopia Computadorizada	R\$ 130,00	200
9 - 22	02.11.06.027-5	Triagem Oftalmológica	R\$ 45,00	10.000
9 - 23	02.11.06.028-3	Tomografia de Coerência Óptica (Binocular)	R\$ 250,00	400
9 - 24	03.01.01.010-2	Consulta para Diagnóstico / Reavaliação de Glaucoma (Tonometria, Fundoscopia e Campimetria)	R\$ 57,74	125
9 - 25	03.03.05.001-2	Acompanhamento e Avaliação de Glaucoma por Fundoscopia e Tonometria	R\$ 17,74	125
9 - 26	03.03.05.003-9	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma Binocular (1ª Linha)	R\$ 18,66	125
9 - 27	03.03.05.004-7	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma Binocular (2ª Linha)	R\$ 79,38	125
9 - 28	03.03.05.005-5	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma Binocular (3ª Linha)	R\$ 127,98	125
9 - 29	03.03.05.006-3	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma Monocular (1ª Linha)	R\$ 12,44	125
9 - 30	03.03.05.007-1	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma Monocular (2ª Linha)	R\$ 52,92	125
9 - 31	03.03.05.008-0	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma Monocular (3ª Linha)	R\$ 85,33	125
9 - 32	03.03.05.009-8	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma com Dispensação de Acetazolamida Monocular ou Binocular	R\$ 93,10	125
9 - 33	03.03.05.010-1	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma com Dispensação de Pilocarpina Monocular	R\$ 8,93	125
9 - 34	03.03.05.011-0	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma com Dispensação de Pilocarpina Binocular	R\$ 13,39	125
9 - 35	03.03.05.015-2	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma – 1ª Linha Associada à 2ª Linha – Monocular	R\$ 65,36	125
9 - 36	03.03.05.016-0	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma – 1ª Linha Associada à 2ª Linha – Binocular	R\$ 98,04	125
9 - 37	03.03.05.017-9	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma – 1ª Linha Associada à 3ª Linha – Monocular	R\$ 97,77	125
9 - 38	03.03.05.018-7	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma – 1ª Linha Associada à 3ª Linha – Binocular	R\$ 146,64	125
9 - 39	03.03.05.019-5	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma – 2ª Linha Associada à 3ª Linha – Monocular	R\$ 138,25	125
9 - 40	03.03.05.020-9	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma – 2ª Linha Associada à 3ª Linha – Binocular	R\$ 207,36	125
9 - 41	03.03.05.021-7	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma Monocular – Associação de 1ª, 2ª e 3ª Linhas	R\$ 150,69	125
9 - 42	03.03.05.022-5	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma Binocular – Associação de 1ª, 2ª e 3ª Linhas	R\$ 226,02	125
9 - 43	04.05.01.001-0	Correção Cirúrgica de Entrópio e Ectrópio	R\$ 382,84	30
9 - 44	04.05.01.003-6	Dacriocistorrinostomia	R\$ 681,87	20
9 - 45	04.05.01.004-4	Drenagem de Abscesso de Pálpebra	R\$ 22,93	12
9 - 46	04.05.01.006-0	Epilação de Cílios	R\$ 22,93	24
9 - 47	04.05.01.007-9	Exereses de Calázio e Outras Pequenas Lesões da Pálpebra e Supercílios (Unilateral)	R\$ 85,00	80
9 - 48	04.05.01.012-5	Reconstituição Parcial de Pálpebra com Tarsorrafia	R\$ 311,04	12
9 - 49	04.05.01.016-8	Sondagem de Vias Lacrimais (Unilateral)	R\$ 45,00	12
9 - 50	04.05.01.017-6	Sutura de Pálpebras	R\$ 143,99	15
9 - 51	04.05.01.019-2	Tratamento Cirúrgico de Triquíase c/ ou s/ Enxerto	R\$ 278,90	12
9 - 52	04.05.02.001-5	Correção Cirúrgica de Estrabismo (Acima de 2 Músculos)	R\$ 1.661,76	90
9 - 53	04.05.02.002-3	Correção Cirúrgica do Estrabismo (Até de 2 Músculos)	R\$ 1.167,82	90
9 - 54	04.05.03.004-5	Fotocoagulação a Laser	R\$ 180,00	350



9 - 55	04.05.03.005-3	Injeção Intra-Vítrea	R\$ 500,00	
9 - 56	04.05.03.007-0	Retinopexia com Introflexão Escleral	R\$ 1.429,60	10
9 - 57	04.05.03.013-4	Vitrectomia Anterior	R\$ 912,16	15
9 - 58	04.05.03.014-2	Vitrectomia Posterior (Contempla: Consulta com Retinólogo / US por Olho / Retinografia Simples e/ou Fluorescente / OCT - Inclui: Honorários Médicos / Medicamentos / Materiais / Taxas)	R\$ 5.000,00	30
9 - 59	04.05.03.019-3	Pan-Fotocoagulação de Retina a Laser (Por Olho)	R\$ 600,00	15
9 - 60	04.05.04.010-5	Explante de Lente Intra Ocular	R\$ 1.181,94	12
9 - 61	04.05.04.019-9	Tratamento Cirúrgico de Xantelasma	R\$ 116,42	12
9 - 62	04.05.04.020-2	Tratamento de Ptose Palpebral	R\$ 449,44	12
9 - 63	04.05.04.021-0	Reposicionamento de Lente Intraocular	R\$ 668,40	12
9 - 64	04.05.05.002-0	Capsulotomia a Yag Laser	R\$ 240,00	450
9 - 65	04.05.05.006-2	Correção de Astigmatismo Secundário	R\$ 70,00	12
9 - 66	04.05.05.007-0	Correção Cirúrgica de Hérnia de Íris	R\$ 336,96	12
9 - 67	04.05.05.008-9	Exereses de Tumor de Conjuntiva	R\$ 82,28	15
9 - 68	04.05.05.009-7	Facectomia com Implante de Lente Intra-Ocular	R\$ 531,60	20
9 - 69	04.05.05.010-0	Facectomia s/ Implante de Lente Intra-Ocular	R\$ 483,60	20
9 - 70	04.05.05.011-9	Facoemulsificação com Implante de Lente Intra-Ocular Rígida	R\$ 651,60	12
9 - 71	04.05.05.013-5	Implante de Prótese Anti-Glaucomatosa	R\$ 873,61	12
9 - 72	04.05.05.015-1	Implante Secundário de Lente Intra-Ocular – LIO	R\$ 1.739,76	12
9 - 73	04.05.05.016-0	Injeção Subconjuntival / Subtenoniana	R\$ 8,24	12
9 - 74	04.05.05.017-8	Iridectomia Cirúrgica	R\$ 297,46	12
9 - 75	04.05.05.020-8	Paracentese de Câmara Anterior	R\$ 106,96	12
9 - 76	04.05.05.021-6	Recobrimento Conjuntival	R\$ 172,27	12
9 - 77	04.05.05.022-4	Reconstituição de Fórnix Conjuntival	R\$ 436,44	12
9 - 78	04.05.05.024-0	Retirada de Corpo Estranho da Câmara Anterior do Olho	R\$ 335,72	12
9 - 79	04.05.05.025-9	Retirada de Corpo Estranho da Córnea	R\$ 56,00	120
9 - 80	04.05.05.028-3	Substituição de Lente Intra-Ocular	R\$ 544,88	12
9 - 81	04.05.05.029-1	Sutura de Conjuntiva	R\$ 82,28	12
9 - 82	04.05.05.030-5	Sutura de Córnea	R\$ 213,92	12
9 - 83	04.05.05.032-1	Trabeculectomia	R\$ 898,35	30
9 - 84	04.05.05.036-4	Tratamento Cirúrgico de Pterígio	R\$ 432,40	300
9 - 85	04.05.05.037-2	Facoemulsificação com Implante de Lente Intra-Ocular Dobrável	R\$ 771,60	400
9 - 86	99.02.11.000-8	Papilografia	R\$ 200,00	12

QUADRO 10 – GINECOLOGIA

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
10 - 1	02.01.01.050-0	Biópsia / Punção de Vagina	R\$ 30,00	36
10 - 2	02.01.01.051-8	Biópsia / Punção de Vulva	R\$ 30,00	30
10 - 3	02.01.01.056-9	Biópsia / Exereses de Nódulo de Mama (Realização no Ambulatório Municipal)	R\$ 150,00	24
10 - 4	02.01.01.056-9	Biópsia / Exereses de Nódulo de Mama (Realização em Sede Própria)	R\$ 250,00	24
10 - 5	02.01.01.058-5	Punção Aspirativa de Mama por Agulha Fina (Realização no Ambulatório Municipal)	R\$ 350,00	100
10 - 6	02.01.01.058-5	Punção Aspirativa de Mama por Agulha Fina (Realização em Sede Própria)	R\$ 502,95	100
10 - 7	02.01.01.060-7	Punção de Mama por Agulha Grossa (Realização no Ambulatório Municipal)	R\$ 350,00	100
10 - 8	02.01.01.060-7	Punção de Mama por Agulha Grossa (Realização em Sede Própria)	R\$ 600,00	100
10 - 9	02.01.01.066-6	Biópsia do Colo Uterino	R\$ 30,00	250
10 - 10	02.11.04.002-9	Colposcopia ou Vulvosscopia	R\$ 56,00	600
10 - 11	02.11.04.004-5	Histeroscopia (Diagnóstica)	R\$ 1.700,00	80
10 - 12	03.01.04.014-1	Inserção do Dispositivo Intra-Uterino (DIU)	R\$ 120,00	1.000



10 - 13	03.01.04.015-0	Retirada do Dispositivo Intra-Uterino (DIU)	R\$ 50,00	1.
10 - 14	03.01.04.017-6	Inserção do Implante Subdérmico Liberador de Etonogestrel	R\$ 200,00	150
10 - 15	03.01.04.018-4	Retirada do Implante Subdérmico Liberador de Etonogestrel	R\$ 11,84	200
10 - 16	03.09.03.004-8	Criocauterização / Eletrocoagulação de Colo de Útero	R\$ 30,00	480
10 - 17	04.09.06.008-9	Excisão Tipo I do Colo Uterino (CAF)	R\$ 150,00	160
10 - 18	04.09.06.009-7	Exerese de Pólipo de Útero	R\$ 22,62	160
10 - 19	04.09.06.030-5	Excisão Tipo 2 do Colo Uterino	R\$ 150,00	80
10 - 20	04.09.07.012-2	Drenagem de Glândula Bartholin / Skene	R\$ 12,97	24
10 - 21	04.09.07.016-5	Extirpação de Lesão de Vulva / Períneo (Por Eletrocoagulação ou Fulguração)	R\$ 56,00	30
10 - 22	04.09.07.017-3	Extração de Corpo Estranho da Vagina	R\$ 27,00	24
10 - 23	04.10.01.001-4	Drenagem de Abscesso de Mama	R\$ 30,00	24
10 - 24	04.10.01.002-2	Esvaziamento Percutâneo de Cisto Mamário	R\$ 20,74	24

QUADRO 11 – DIAGNÓSTICO / PROCEDIMENTOS POR ENDOSCOPIA

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
11 - 1	02.09.01.002-9	Colonoscopia (Coloscopia)	R\$ 638,00	1.800
11 - 2	02.09.01.003-7	Esofagogastroduodenoscopia	R\$ 246,00	2.000
11 - 3	02.09.01.005-3	Retossigmoidoscopia	R\$ 222,00	90
11 - 4	03.03.07.001-3	Dilatação de Esôfago c/ Ogivas sob Visão Endoscópica (Por Sessão)	R\$ 1.000,00	30
11 - 5	04.07.01.024-6	Retirada de Corpo Estranho do Tubo Digestivo por Endoscopia	R\$ 137,50	12
11 - 6	04.07.01.025-4	Retirada de Pólipo do Tubo Digestivo por Endoscopia	R\$ 253,00	150
11 - 7	04.07.01.031-9	Tratamento Esclerosante / Ligadura Elástica de Lesão Hemorrágica do Aparelho Digestivo	R\$ 225,00	12
11 - 8	04.07.01.032-7	Tratamento Esclerosante de Lesões não Hemorrágicas do Aparelho Digestivo Incluindo Ligadura Elástica	R\$ 125,00	12
11 - 9	04.07.02.039-0	Retirada de Corpo Estranho / Pólipos do Reto / Colo Sigmóide	R\$ 277,00	600
11 - 10	04.07.03.025-5	Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica Terapêutica	R\$ 8.000,00	12
11 - 11	04.17.01.006-0	Sedação	R\$ 170,00	700
11 - 12	99.04.07.000-2	Mucosectomia	R\$ 541,00	60
11 - 13	99.90.00.012-4	Clipe Metálico - Endoscópico / Colonoscópico	R\$ 950,00	12

QUADRO 12 – OTORRINOLARINGOLOGIA / FONOAUDIOLOGIA

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
12 - 1	02.09.04.004-1	Videolaringoscopia	R\$ 120,00	450
12 - 2	02.11.07.002-5	Audiometria de Reforço Visual (Via Aérea / Óssea)	R\$ 50,00	1.200
12 - 3	02.11.07.004-1	Audiometria Tonal Limiar (Via Aérea / Óssea)	R\$ 50,00	1.200
12 - 4	02.11.07.014-9	Emissões Otoacústicas Evocadas para Triagem Auditiva (Teste da Orelhinha)	R\$ 15,00	600
12 - 5	02.11.07.015-7	Estudo de Emissões Otoacústicas Evocadas Transitórias e Produtos de Distorção (EOA)	R\$ 46,88	200
12 - 6	02.11.07.020-3	Imitanciometria	R\$ 23,00	1.200
12 - 7	02.11.07.021-1	Logoaudiometria (LDV-IRF-LRF)	R\$ 55,00	1.200
12 - 8	02.11.07.026-2	Potencial Evocado Auditivo de Curta Média e Longa Latência	R\$ 400,00	30
12 - 9	02.11.07.026-2	Potencial Evocado Auditivo de Curta Média e Longa Latência – Com Sedação	R\$ 1.500,00	200
12 - 10	02.11.07.034-3	Teste de Processamento Auditivo	R\$ 9,36	12
12 - 11	02.11.07.035-1	Testes Vestibulares / Otoneurológicos	R\$ 180,00	12
12 - 12	04.04.01.001-6	Adenoidectomia	R\$ 1.448,63	50
12 - 13	04.04.01.002-4	Amigdalectomia	R\$ 1.303,00	20
12 - 14	04.04.01.003-2	Amigdalectomia com Adenoidectomia	R\$ 1.410,27	200



12 - 15	04.04.01.005-9	Drenagem de Abscesso Faríngeo	R\$ 150,00	150
12 - 16	04.04.01.007-5	Drenagem de Furúnculo no Conduto Auditivo Externo	R\$ 14,66	150
12 - 17	04.04.01.010-5	Estapedectomia	R\$ 2.596,91	50
12 - 18	04.04.01.021-0	Mastoidectomia Radical	R\$ 2.879,96	50
12 - 19	04.04.01.022-9	Mastoidectomia Subtotal	R\$ 1.922,43	50
12 - 20	04.04.01.027-0	Remoção de Cerúmen de Conduto Auditivo Externo Uni / Bilateral	R\$ 5,63	450
12 - 21	04.04.01.031-8	Retirada de Corpo Estranho de Ouvido / Faringe / Laringe / Nariz	R\$ 26,42	15
12 - 22	04.04.01.032-6	Sinusotomia Bilateral	R\$ 1.452,34	50
12 - 23	04.04.01.033-4	Sinusotomia Esfenoidal	R\$ 1.556,43	50
12 - 24	04.04.01.035-0	Timpanoplastia (Uni / Bilateral)	R\$ 2.393,53	50
12 - 25	04.04.01.036-9	Timpanotomia p/ Tubo de Ventilação	R\$ 227,36	150
12 - 26	04.04.01.041-5	Turbinectomia	R\$ 1.334,78	200
12 - 27	04.04.01.048-2	Septoplastia para Correção de Desvio	R\$ 1.096,11	50
12 - 28	04.04.01.052-0	Septoplastia Reparadora não Estética	R\$ 978,13	50
12 - 29	99.02.09.000-2	Rinoscopia (Obrigatório manter imagens salvas do exame)	R\$ 150,00	500
12 - 30	99.02.09.000-6	Nasofibrolaringoscopia (Obrigatório manter imagens salvas do exame)	R\$ 200,00	300

QUADRO 13 – NEUROLOGIA

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
13 - 1	02.11.05.003-2	Eletroencefalograma em Sono Induzido c/ ou s/ Medicamento (EEG)	R\$ 50,00	1.500
13 - 2	02.11.05.004-0	Eletroencefalograma em Vigília e Sono Espontâneo c/ ou s/ Fotoestímulo (EEG)	R\$ 37,00	450
13 - 3	02.11.05.005-9	Eletroencefalograma Quantitativo c/ Mapeamento (EEG)	R\$ 200,00	200
13 - 4	02.11.05.008-3	Eletroneuromiograma / Eletroneuromiografia (ENMG) – Por Membro	R\$ 350,00	348
13 - 5	02.11.05.010-5	Polissonografia c/ ou s/ CPAP	R\$ 600,00	46
13 - 6	03.01.01.007-2	Primeira Avaliação - Novos Casos com Indicação de Aplicação Botulínica	R\$ 230,00	150
13 - 7	03.01.01.007-2	Retorno de 2 Meses após Aplicação Botulínica	R\$ 180,00	150
13 - 8	99.20.10.314-0	Aplicação Botulínica (Pacote de Aplicação – Inclui todos os Segmentos / Membros do Corpo e Materiais)	R\$ 280,00	150



QUADRO 14 – OUTROS PROCEDIMENTOS

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
14 - 1	02.01.01.002-0	Biópsia / Punção de Tumor Superficial da Pele	R\$ 80,00	530
14 - 2	02.01.01.004-6	Biópsia de Ânus e Canal Anal	R\$ 18,46	30
14 - 3	02.01.01.019-4	Biópsia de Faringe / Laringe	R\$ 19,06	24
14 - 4	02.01.01.022-4	Biópsia de Gânglio Linfático	R\$ 46,19	24
14 - 5	02.01.01.041-0	Biópsia de Próstata (Realização no Ambulatório Municipal)	R\$ 680,00	240
14 - 6	02.01.01.041-0	Biópsia de Próstata (Realização em Sede Própria)	R\$ 780,00	240
14 - 7	02.01.01.047-0	Biópsia de Tireóide ou Paratireóide – PAAF (Inclui Ultrassonografia – Realização no Ambulatório Municipal)	R\$ 193,00	24
14 - 8	02.01.01.047-0	Biópsia de Tireóide ou Paratireóide – PAAF (Realização em Sede Própria)	R\$ 250,00	240
14 - 9	02.01.01.054-2	Biópsia Percutânea Orientada por Tomografia Computadorizada / Ultrassonografia / Ressonância Magnética / Raio X	R\$ 97,00	346
14 - 10	02.09.04.001-7	Broncoscopia (Broncofibroscopia)	R\$ 1.000,00	25
14 - 11	02.11.08.005-5	Espirometria ou Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador	R\$ 118,00	980
14 - 12	02.11.09.001-8	Avaliação Urodinâmica Completa	R\$ 500,00	600
14 - 13	03.09.07.001-5	Tratamento Esclerosante não Estético de Varizes dos Membros Inferiores (Unilateral)	R\$ 300,78	24
14 - 14	03.09.07.002-3	Tratamento Esclerosante não Estético de Varizes dos Membros Inferiores (Bilateral)	R\$ 392,62	24
14 - 15	04.01.01.004-0	Eletrocoagulação de Lesão Cutânea	R\$ 27,00	4.000
14 - 16	04.01.01.005-8	Excisão de Lesão e/ou Sutura de Ferimento da Pele, Anexos e Mucosas	R\$ 56,00	350
14 - 17	04.01.01.007-4	Exereses de Tumor de Pele e Anexos / Cisto Sebáceo / Lipoma	R\$ 56,00	600
14 - 18	04.01.01.008-2	Frenectomia / Frenotomia	R\$ 800,00	24
14 - 19	04.01.01.009-0	Fulguração / Cauterização Química de Lesões Cutâneas	R\$ 27,00	240
14 - 20	04.01.01.010-4	Incisão e Drenagem de Abscesso	R\$ 27,00	120
14 - 21	04.01.01.011-2	Retirada de Corpo Estranho Subcutâneo	R\$ 11,84	36
14 - 22	04.01.01.012-0	Retirada de Lesão por Shaving	R\$ 19,79	350
14 - 23	04.01.02.017-7	Cirurgia de Unha (Cantoplastia)	R\$ 80,00	24
14 - 24	04.03.05.008-1	Neurotomia Percutânea de Nervos Periféricos por Agentes Químicos	R\$ 18,85	500
14 - 25	04.06.02.013-2	Excisão e Sutura de Hemangioma	R\$ 29,86	74
14 - 26	04.06.02.014-0	Excisão e Sutura de Linfangioma / Nevus	R\$ 29,86	504
14 - 27	04.06.02.029-9	Linfadenectomia Superficial	R\$ 16,92	24
14 - 28	04.07.02.031-4	Ligadura Elástica de Hemorróidas (Sessão)	R\$ 14,77	90
14 - 29	04.07.04.019-6	Paracentese Abdominal	R\$ 12,27	24
14 - 30	04.08.06.021-2	Ressecção de Cisto Sinovial	R\$ 28,42	24
14 - 31	04.08.06.065-4	Tratamento Cirúrgico de Polidactilia não Articulada	R\$ 28,42	24
14 - 32	04.09.01.059-6	Ureterolitotripsia Transureteroscópica Flexível à Laser - Unilateral	R\$ 9.110,00	24
14 - 33	04.09.01.059-6	Ureterolitotripsia Transureteroscópica Flexível à Laser – Bilateral	R\$ 10.130,00	24
14 - 34	04.09.01.059-6	Ureterolitotripsia Transureteroscópica Rígida – Uni / Bilateral	R\$ 6.916,00	24
14 - 35	04.09.01.059-6	Ureterolitotripsia Transureteroscópica Rígida à Laser – Uni / Bilateral	R\$ 7.916,00	24
14 - 36	04.09.02.006-0	Meatotomia Endoscópica	R\$ 34,10	24
14 - 37	04.09.04.006-1	Exereses de Cisto de Bolsa Escrotal	R\$ 56,00	24
14 - 38	04.09.04.024-0	Vasectomia – Ambulatorial	R\$ 650,00	2.000
14 - 39	04.09.05.005-9	Liberação / Plastia de Prepúcio	R\$ 13,54	24
14 - 40	04.09.05.006-7	Plástica de Freio Balano-Prepucial	R\$ 34,10	40
14 - 41	04.09.05.008-3	Postectomia	R\$ 650,00	140
14 - 42	04.13.04.001-1	Autonomização de Retalho	R\$ 31,28	24
14 - 43	04.15.04.004-3	Debridamento de Úlcera / Necrose	R\$ 29,86	30
14 - 44	99.02.09.000-1	Manometria Anorretal	R\$ 400,00	24
14 - 45	99.02.11.000-9	pHmetria Esofágica	R\$ 400,00	100



14 - 46	99.02.11.001-0	Manometria Esofágica	R\$ 400,00	
14 - 47	99.99.00.003-2	Preparo Hospitalar para Colonoscopia (Não inclui o Manitol)	R\$ 400,00	1.000

QUADRO 15 – CONSULTAS E PLANTÕES

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
15 - 1	01.01.01.002-8	Atividade Educativa / Orientação em Grupo na Atenção Especializada – Somente Linhas de Cuidado	R\$120,00	150
15 - 2	03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior – Cirurgião Dentista – Traumatologista Bucomaxilofacial	R\$ 45,00	120
15 - 3	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R\$ 70,00	50.000
15 - 4	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada - Mastologista	R\$ 150,00	480
15 - 5	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada - Hematologista	R\$ 100,00	400
15 - 6	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada - Reumatologista	R\$ 90,00	1.500
15 - 7	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada – Fora do Domicílio	R\$ 80,00	1.500
15 - 8	-	Hora Plantão Clínico Meio de Semana (07:00 às 13:00 / 13:00 às 19:00 / 19:00 às 00:00 / 19:00 às 07:00)	R\$ 197,69	-
15 - 9	-	Hora Plantão Clínico Final de Semana (07:00 às 13:00 / 13:00 às 19:00 / 19:00 às 00:00 / 19:00 às 07:00)	R\$ 237,22	-
15 - 10	-	Hora Plantão Pediatra Meio de Semana (07:00 às 13:00 / 13:00 às 19:00 / 19:00 às 00:00 / 19:00 às 07:00)	R\$ 237,24	-
15 - 11	-	Hora Plantão Pediatra Final de Semana (07:00 às 13:00 / 13:00 às 19:00 / 19:00 às 00:00 / 19:00 às 07:00)	R\$ 296,55	-

QUADRO 16 – DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
16 - 1	02.10.01.007-0	Arteriografia de Membro	R\$ 1.100,00	84
16 - 2	02.10.01.009-6	Arteriografia p/ Investigação de Doença Arteriosclerótica Aorto-Iliaca e Distal	R\$ 1.150,00	60
16 - 3	02.10.01.009-6	Arteriografia Renal	R\$ 1.150,00	60
16 - 4	02.10.01.013-4	Arteriografia Seletiva de Carótida	R\$ 1.500,00	96

Tabela Municipal de exames, consultas, procedimentos e plantões

* * *



TABELA MUNICIPAL DE EXAMES, CONSULTAS, PROCEDIMENTOS E PLANTÕES

(Integrante do Decreto Municipal)

QUADROS

Quadro 1 – Exames Laboratoriais -----	Pág. 1
Quadro 2 – Raio-X -----	Pág. 6
Quadro 3 – Ultrassonografias (Realizações em Sede Própria) -----	Pág. 7
Quadro 4 – Ultrassonografias (Realizações no Ambulatório Municipal com Equipamento do Município) -----	Pág. 8
Quadro 5 – Tomografias -----	Pág. 8
Quadro 6 – Ressonâncias Magnéticas -----	Pág. 9
Quadro 7 – Cardiologia (Realizações em Sede Própria) -----	Pág. 9
Quadro 8 – Cardiologia (Realizações no Ambulatório Municipal) -----	Pág. 10
Quadro 9 – Oftalmologia -----	Pág. 10
Quadro 10 – Ginecologia -----	Pág. 12
Quadro 11 – Diagnóstico / Procedimentos por Endoscopia -----	Pág. 12
Quadro 12 – Otorrinolaringologia / Fonoaudiologia -----	Pág. 13
Quadro 13 – Neurologia -----	Pág. 14
Quadro 14 – Outros Procedimentos -----	Pág. 14
Quadro 15 – Consultas e Plantões -----	Pág. 15
Quadro 16 – Diagnóstico por Radiologia Intervencionista -----	Pág. 15

QUADRO 1 – EXAMES LABORATORIAIS

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
1 - 1	02.02.01.002-3	Determinação de Capacidade de Fixação do Ferro	R\$ 2,01	375
1 - 2	02.02.01.004-0	Determinação de Curva Glicêmica (2 Dosagens)	R\$ 3,63	1.375
1 - 3	02.02.01.007-4	Determinação de Curva Glicêmica Clássica (5 Dosagens)	R\$ 10,00	45
1 - 4	02.02.01.012-0	Dosagem de Ácido Úrico	R\$ 1,85	16.875
1 - 5	02.02.01.013-9	Dosagem de Ácido Vanilmandélico	R\$ 18,90	15
1 - 6	02.02.01.015-5	Dosagem de Alfa-1-Antitripsina	R\$ 14,41	15
1 - 7	02.02.01.016-3	Dosagem de Alfa-1-Glicoproteína Ácida	R\$ 12,70	200
1 - 8	02.02.01.018-0	Dosagem de Amilase	R\$ 2,25	1.250
1 - 9	02.02.01.020-1	Dosagem de Bilirrubina Total e Frações	R\$ 4,00	30
1 - 10	02.02.01.021-0	Dosagem de Cálcio	R\$ 1,85	2.375
1 - 11	02.02.01.022-8	Dosagem de Cálcio Ionizável	R\$ 3,51	125
1 - 12	02.02.01.026-0	Dosagem de Cloreto	R\$ 1,85	187
1 - 13	02.02.01.027-9	Dosagem de Colesterol HDL	R\$ 3,51	2.375
1 - 14	02.02.01.028-7	Dosagem de Colesterol LDL	R\$ 3,51	5.625
1 - 15	02.02.01.029-5	Dosagem de Colesterol Total	R\$ 1,85	38.750
1 - 16	02.02.01.031-7	Dosagem de Creatinina	R\$ 1,85	25.000
1 - 17	02.02.01.032-5	Dosagem de Creatinofosfoquinase (CPK)	R\$ 3,68	1.875
1 - 18	02.02.01.033-3	Dosagem de Creatinofosfoquinase Fração MB	R\$ 4,12	45
1 - 19	02.02.01.036-8	Dosagem de Desidrogenase Láctica (DHL)	R\$ 3,68	15
1 - 20	02.02.01.038-4	Dosagem de Ferritina	R\$ 15,59	1.250
1 - 21	02.02.01.039-2	Dosagem de Ferro Sérico	R\$ 3,51	1.250
1 - 22	02.02.01.040-6	Dosagem de Folato	R\$ 15,65	300



1 - 23	02.02.01.041-4	Dosagem de Fosfatase Ácida Total	R\$ 2,01	30
1 - 24	02.02.01.042-2	Dosagem de Fosfatase Alcalina	R\$ 2,01	1.875
1 - 25	02.02.01.043-0	Dosagem de Fósforo	R\$ 1,85	450
1 - 26	02.02.01.046-5	Dosagem de Gama-Glutamil-Transferase (Gama GT)	R\$ 3,51	3.750
1 - 27	02.02.01.047-3	Dosagem de Glicose	R\$ 1,85	37.500
1 - 28	02.02.01.050-3	Dosagem de Hemoglobina Glicosilada	R\$ 7,86	6.250
1 - 29	02.02.01.053-8	Dosagem de Lactato	R\$ 11,63	15
1 - 30	02.02.01.055-4	Dosagem de Lipase	R\$ 2,25	450
1 - 31	02.02.01.056-2	Dosagem de Magnésio	R\$ 2,01	1.500
1 - 32	02.02.01.057-0	Dosagem de Muco-Proteínas	R\$ 2,01	45
1 - 33	02.02.01.060-0	Dosagem de Potássio	R\$ 1,85	6.250
1 - 34	02.02.01.061-9	Dosagem de Proteínas Totais	R\$ 1,40	100
1 - 35	02.02.01.062-7	Dosagem de Proteínas Totais e Frações	R\$ 1,85	562
1 - 36	02.02.01.063-5	Dosagem de Sódio	R\$ 1,85	6.250
1 - 37	02.02.01.064-3	Dosagem de Transaminase Glutâmico-Oxalacética (TGO)	R\$ 2,01	9.500
1 - 38	02.02.01.065-1	Dosagem de Transaminase Glutâmico-Pirúvica (TGP)	R\$ 2,01	9.500
1 - 39	02.02.01.066-0	Dosagem de Transferrina	R\$ 4,12	150
1 - 40	02.02.01.067-8	Dosagem de Triglicerídeos	R\$ 3,51	26.250
1 - 41	02.02.01.069-4	Dosagem de Uréia	R\$ 1,85	20.000
1 - 42	02.02.01.070-8	Dosagem de Vitamina B12	R\$ 15,24	900
1 - 43	02.02.01.072-4	Eletroforese de Proteínas	R\$ 4,42	75
1 - 44	02.02.01.073-2	Gasometria (PH PCO2 PO2 Bicarbonato AS2 / Excesso ou Deficit Base)	R\$ 15,65	187
1 - 45	02.02.01.075-9	Teste de Tolerância a Insulina / Hipoglicemiantes Orais	R\$ 63,00	15
1 - 46	02.02.01.076-7	Dosagem de 25 Hidroxivitamina D	R\$ 55,00	15
1 - 47	02.02.01.079-1	Dosagem de Peptídeos Natriuréticos Tipo B (BNP e NT-PROBNP)	R\$ 27,00	300
1 - 48	02.02.02.002-9	Contagem de Plaquetas	R\$ 2,73	6.875
1 - 49	02.02.02.003-7	Contagem de Reticulócitos	R\$ 2,73	250
1 - 50	02.02.02.005-3	Determinação de Enzimas Eritrocitárias (Cada)	R\$ 2,73	12
1 - 51	02.02.02.007-0	Determinação de Tempo de Coagulação	R\$ 2,73	1.500
1 - 52	02.02.02.009-6	Determinação de Tempo de Sangramento -Duke	R\$ 2,73	1.500
1 - 53	02.02.02.012-6	Determinação de Tempo de Trombina	R\$ 2,85	15
1 - 54	02.02.02.013-4	Determinação de Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTP Ativada)	R\$ 5,77	1.500
1 - 55	02.02.02.014-2	Determinação de Tempo e Atividade da Protrombina (TAP)	R\$ 2,73	3.375
1 - 56	02.02.02.015-0	Determinação de Velocidade de Hemossedimentação (VHS)	R\$ 2,73	2.375
1 - 57	02.02.02.024-0	Dosagem de Fator Von Willebrand (Antígeno)	R\$ 73,55	10
1 - 58	02.02.02.029-0	Dosagem de Fibrinogênio	R\$ 4,60	15
1 - 59	02.02.02.030-4	Dosagem de Hemoglobina	R\$ 1,53	15
1 - 60	02.02.02.033-9	Dosagem de Hemossiderina	R\$ 46,57	12
1 - 61	02.02.02.035-5	Eletroforese de Hemoglobina	R\$ 23,74	12
1 - 62	02.02.02.036-3	Eritrograma (Eritrócitos, Hemoglobina, Hematócrito)	R\$ 2,73	15
1 - 63	02.02.02.037-1	Hematócrito	R\$ 1,53	15
1 - 64	02.02.02.038-0	Hemograma Completo	R\$ 4,11	38.750
1 - 65	02.02.02.039-8	Leucograma	R\$ 2,73	15
1 - 66	02.02.02.043-6	Pesquisa de Filária	R\$ 2,73	15
1 - 67	02.02.02.044-4	Pesquisa de Hemoglobina S	R\$ 2,73	15
1 - 68	02.02.02.048-7	Prova de Consumo de Protrombina	R\$ 4,11	15



1 - 69	02.02.02.049-5	Prova de Retração do Coágulo	R\$ 2,78	15
1 - 70	02.02.02.050-9	Prova do Laço	R\$ 2,73	15
1 - 71	02.02.02.051-7	Rastreo p/ Deficiência de Enzimas Eritrocitárias	R\$ 15,00	150
1 - 72	02.02.02.057-6	Pesquisa de Anticoagulante Lúpico - Gestante	R\$ 110,00	30
1 - 73	02.02.03.002-4	Contagem de Linfócitos CD4 / CD8	R\$ 80,00	12
1 - 74	02.02.03.003-2	Contagem de Linfócitos T Totais	R\$ 56,61	12
1 - 75	02.02.03.005-9	Deteção de RNA do Vírus da Hepatite C (Qualitativo)	R\$ 200,00	15
1 - 76	02.02.03.007-5	Determinação de Fator Reumatóide	R\$ 2,83	2.250
1 - 77	02.02.03.008-3	Determinação Quantitativa de Proteína C Reativa	R\$ 22,00	30
1 - 78	02.02.03.009-1	Dosagem de Alfa-Fetoproteína	R\$ 20,45	12
1 - 79	02.02.03.010-5	Dosagem de Antígeno Prostático Específico (PSA)	R\$ 16,42	8.125
1 - 80	02.02.03.012-1	Dosagem de Complemento C3	R\$ 17,16	60
1 - 81	02.02.03.013-0	Dosagem de Complemento C4	R\$ 17,16	60
1 - 82	02.02.03.016-4	Dosagem de Imunoglobulina E (IGE)	R\$ 9,25	187
1 - 83	02.02.03.020-2	Dosagem de Proteína C Reativa	R\$ 2,83	3.000
1 - 84	02.02.03.025-3	Pesquisa de Anticorpo IGG Anticardiolipina	R\$ 29,52	12
1 - 85	02.02.03.026-1	Pesquisa de Anticorpo IGM Anticardiolipina	R\$ 29,52	12
1 - 86	02.02.03.027-0	Pesquisa de Anticorpos Anti-DNA	R\$ 30,00	60
1 - 87	02.02.03.029-6	Pesquisa de Anticorpos Anti-HIV-1 (Western Blot / Imunoblot)	R\$ 85,00	15
1 - 88	02.02.03.030-0	Pesquisa de Anticorpos Anti-HIV-1 + HIV-2 (Elisa)	R\$ 10,00	3.375
1 - 89	02.02.03.032-6	Pesquisa de Anticorpos Anti-Ribonucleoproteína (RNP)	R\$ 30,00	15
1 - 90	02.02.03.034-2	Pesquisa de Anticorpos Anti-SM	R\$ 17,16	12
1 - 91	02.02.03.035-0	Pesquisa de Anticorpos Anti-SS-A (RO)	R\$ 22,64	12
1 - 92	02.02.03.036-9	Pesquisa de Anticorpos Anti-SS-B (LA)	R\$ 22,64	10
1 - 93	02.02.03.040-7	Pesquisa de Anticorpos Antibrucelas	R\$ 3,70	15
1 - 94	02.02.03.046-6	Pesquisa de Anticorpos Antiespermatozóides	R\$ 9,70	15
1 - 95	02.02.03.047-4	Pesquisa de Anticorpos Antiestreptolisina O (ASLO)	R\$ 2,83	1.500
1 - 96	02.02.03.055-5	Pesquisa de Anticorpos Antimicrosomas	R\$ 20,45	15
1 - 97	02.02.03.059-8	Pesquisa de Anticorpos Antinúcleo (FAN)	R\$ 17,16	1.500
1 - 98	02.02.03.062-8	Pesquisa de Anticorpos Antitireoglobulina	R\$ 22,00	15
1 - 99	02.02.03.063-6	Pesquisa de Anticorpos Contra Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B (Anti-HBS)	R\$ 18,55	15
1 - 100	02.02.03.064-4	Pesquisa de Anticorpos Contra Antígeno E do Vírus da Hepatite B (Anti-HBE)	R\$ 18,55	15
1 - 101	02.02.03.067-9	Pesquisa de Anticorpos Contra o Vírus da Hepatite C (Anti-HCV)	R\$ 18,55	1.750
1 - 102	02.02.03.070-9	Pesquisa de Anticorpos Contra Paracoccidioides Brasiliensis	R\$ 4,10	12
1 - 103	02.02.03.071-7	Pesquisa de Anticorpos e/ou Antígeno do Vírus Sincicial Respiratório	R\$ 74,80	1.000
1 - 104	02.02.03.073-3	Pesquisa de Anticorpos Heterófilos Contra o Vírus Epstein-Barr	R\$ 2,83	62
1 - 105	02.02.03.074-1	Pesquisa de Anticorpos IGG Anticitomegalovírus	R\$ 11,00	82
1 - 106	02.02.03.076-8	Pesquisa de Anticorpos IGG Antitoxoplasma	R\$ 16,97	2.125
1 - 107	02.02.03.077-6	Pesquisa de Anticorpos IGG Antitrypanosoma Cruzii	R\$ 9,25	200
1 - 108	02.02.03.078-4	Pesquisa de Anticorpos IGG e IGM Contra Antígeno Central do Vírus da Hepatite B (Anti-HBC-Total)	R\$ 18,55	15
1 - 109	02.02.03.079-2	Pesquisa de Anticorpos IGG Contra o Arbovírus	R\$ 30,00	12
1 - 110	02.02.03.080-6	Pesquisa de Anticorpos IGG Contra o Vírus da Hepatite A (Anti-HAV-IGG)	R\$ 18,55	150
1 - 111	02.02.03.081-4	Pesquisa de Anticorpos IGG Contra o Vírus da Rubéola	R\$ 17,16	60
1 - 112	02.02.03.085-7	Pesquisa de Anticorpos IGM Anticitomegalovírus	R\$ 11,61	60
1 - 113	02.02.03.087-3	Pesquisa de Anticorpos IGM Antitoxoplasma	R\$ 18,55	2.250
1 - 114	02.02.03.088-1	Pesquisa de Anticorpos IGM Antitrypanosoma Cruzii	R\$ 9,25	200



1 - 115	02.02.03.089-0	Pesquisa de Anticorpos IGM Contra Antígeno Central do Vírus da Hepatite B (Anti-HBC-IGM)	R\$ 18,55	15
1 - 116	02.02.03.090-3	Pesquisa de Anticorpos IGM Contra o Arbovírus	R\$ 22,00	15.000
1 - 117	02.02.03.091-1	Pesquisa de Anticorpos IGM Contra o Vírus da Hepatite A (Anti-HAV-IGM)	R\$ 18,55	120
1 - 118	02.02.03.092-0	Pesquisa de Anticorpos IGM Contra o Vírus da Rubéola	R\$ 17,16	75
1 - 119	02.02.03.093-8	Pesquisa de Anticorpos IGM Contra o Vírus da Varicela-Herpes Zoster	R\$ 27,65	15
1 - 120	02.02.03.094-6	Pesquisa de Anticorpos IGM Contra o Vírus Epstein-Barr	R\$ 26,68	15
1 - 121	02.02.03.096-2	Pesquisa de Antígeno Carcinoembrionário (CEA)	R\$ 13,35	75
1 - 122	02.02.03.097-0	Pesquisa de Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B (HBSAG)	R\$ 18,55	3.125
1 - 123	02.02.03.098-9	Pesquisa de Antígeno E do Vírus da Hepatite B (HBEAG)	R\$ 18,55	45
1 - 124	02.02.03.100-4	Pesquisa de Crioglobulinas	R\$ 8,29	12
1 - 125	02.02.03.101-2	Pesquisa de Fator Reumatóide (Waalser-Rose)	R\$ 10,68	15
1 - 126	02.02.03.103-9	Pesquisa de Imunoglobulina E (IGE) Alergeno-Específica	R\$ 35,00	50
1 - 127	02.02.03.104-7	Pesquisa de Trypanosoma Cruzi (Por Imunofluorescência)	R\$ 10,00	450
1 - 128	02.02.03.109-8	Teste Treponêmico p/ Detecção de Sífilis	R\$ 20,84	15
1 - 129	02.02.03.111-0	Teste Não Treponêmico p/ Detecção de Sífilis	R\$ 2,83	3.000
1 - 130	02.02.03.117-9	Teste Não Treponêmico P/ Detecção de Sífilis em Gestantes	R\$ 9,81	1.250
1 - 131	02.02.03.118-7	Dosagem de Anticorpos Antitransglutaminase Recombinante Humano IGA	R\$ 18,55	12
1 - 132	02.02.03.120-9	Dosagem de Troponina	R\$ 32,00	150
1 - 133	02.02.03.121-7	Dosagem do Antígeno CA 125	R\$ 23,03	20
1 - 134	02.02.03.126-8	Teste Confirmatório com Pesquisa de Anticorpos Anti-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 85,00	15
1 - 135	02.02.04.009-7	Pesquisa de Leucócitos nas Fezes	R\$ 1,65	30
1 - 136	02.02.04.012-7	Pesquisa de Ovos e Cistos de Parasitas	R\$ 1,65	10.125
1 - 137	02.02.04.014-3	Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes	R\$ 1,65	3.000
1 - 138	02.02.05.001-7	Análise de Caracteres Físicos, Elementos e Sedimento da Urina	R\$ 3,70	33.750
1 - 139	02.02.05.002-5	Clearance de Creatinina	R\$ 3,51	1.200
1 - 140	02.02.05.004-1	Clearance de Uréia	R\$ 3,51	15
1 - 141	02.02.05.008-4	Dosagem de Citrato	R\$ 2,01	150
1 - 142	02.02.05.009-2	Dosagem de Microalbumina na Urina	R\$ 8,12	900
1 - 143	02.02.05.011-4	Dosagem de Proteínas (Urina de 24 Horas)	R\$ 2,04	1.250
1 - 144	02.02.06.003-9	Determinação de T3 Reverso	R\$ 14,69	15
1 - 145	02.02.06.004-7	Dosagem de 17-Alfa-Hidroxiprogesterona	R\$ 52,50	150
1 - 146	02.02.06.007-1	Dosagem de Ácido 5-Hidroxi-Indol-Ácético (Serotonina)	R\$ 29,26	12
1 - 147	02.02.06.008-0	Dosagem de Adrenocorticotrófico (ACTH)	R\$ 23,56	12
1 - 148	02.02.06.009-8	Dosagem de Aldosterona	R\$ 20,56	12
1 - 149	02.02.06.012-8	Dosagem de Calcitonina	R\$ 30,00	12
1 - 150	02.02.06.013-6	Dosagem de Cortisol	R\$ 16,11	87
1 - 151	02.02.06.014-4	Dosagem de Deidroepiandrosterona (DHEA)	R\$ 17,85	20
1 - 152	02.02.06.016-0	Dosagem de Estradiol	R\$ 10,15	800
1 - 153	02.02.06.018-7	Dosagem de Estrona	R\$ 11,12	30
1 - 154	02.02.06.020-9	Dosagem de Globulina Transportadora de Tiroxina	R\$ 15,35	15
1 - 155	02.02.06.021-7	Dosagem de Gonadotrofina Coriônica Humana (HCG, BETA HCG)	R\$ 7,85	3.000
1 - 156	02.02.06.022-5	Dosagem de Hormônio de Crescimento (HGH)	R\$ 10,21	30
1 - 157	02.02.06.023-3	Dosagem de Hormônio Folículo-Estimulante (FSH)	R\$ 7,89	1.500
1 - 158	02.02.06.024-1	Dosagem de Hormônio Luteinizante (LH)	R\$ 8,97	900
1 - 159	02.02.06.025-0	Dosagem de Hormônio Tireoestimulante (TSH)	R\$ 8,96	25.000
1 - 160	02.02.06.026-8	Dosagem de Insulina	R\$ 23,03	262



1 - 161	02.02.06.027-6	Dosagem de Paratormônio	R\$ 43,13	175
1 - 162	02.02.06.028-4	Dosagem de Peptídeo C	R\$ 23,03	20
1 - 163	02.02.06.029-2	Dosagem de Progesterona	R\$ 10,22	300
1 - 164	02.02.06.030-6	Dosagem de Prolactina	R\$ 10,15	800
1 - 165	02.02.06.032-2	Dosagem de Somatomedina C (IGF1)	R\$ 15,35	75
1 - 166	02.02.06.033-0	Dosagem de Sulfato de Hidroepiandrosterona (DHEAS)	R\$ 16,55	20
1 - 167	02.02.06.034-9	Dosagem de Testosterona	R\$ 10,43	450
1 - 168	02.02.06.035-7	Dosagem de Testosterona Livre	R\$ 13,11	1.200
1 - 169	02.02.06.036-5	Dosagem de Tireoglobulina	R\$ 15,35	45
1 - 170	02.02.06.037-3	Dosagem de Tiroxina (T4)	R\$ 8,76	375
1 - 171	02.02.06.038-1	Dosagem de Tiroxina Livre (T4 Livre)	R\$ 11,60	15.625
1 - 172	02.02.06.039-0	Dosagem de Triiodotironina (T3)	R\$ 8,71	1.200
1 - 173	02.02.07.005-0	Dosagem de Ácido Valproico	R\$ 15,65	75
1 - 174	02.02.07.008-5	Dosagem de Alumínio	R\$ 27,50	15
1 - 175	02.02.07.010-7	Dosagem de Anfetaminas	R\$ 32,48	15
1 - 176	02.02.07.012-3	Dosagem de Barbituratos	R\$ 13,13	62
1 - 177	02.02.07.013-1	Dosagem de Benzodiazepínicos	R\$ 37,43	15
1 - 178	02.02.07.015-8	Dosagem de Carbamazepina	R\$ 17,53	75
1 - 179	02.02.07.019-0	Dosagem de Cobre	R\$ 15,94	15
1 - 180	02.02.07.020-4	Dosagem de Digitálicos (Digoxina, Digitoxina)	R\$ 59,37	12
1 - 181	02.02.07.022-0	Dosagem de Fenitoína	R\$ 35,22	15
1 - 182	02.02.07.025-5	Dosagem de Lítio	R\$ 2,25	150
1 - 183	02.02.07.035-2	Dosagem de Zinco	R\$ 40,00	175
1 - 184	02.02.08.001-3	Antibiograma	R\$ 4,98	6.875
1 - 185	02.02.08.004-8	Baciloscopia Direta P/ BAAR Tuberculose (Diagnóstica)	R\$ 4,20	450
1 - 186	02.02.08.005-6	Baciloscopia Direta P/ BAAR (Hanseníase)	R\$ 4,20	45
1 - 187	02.02.08.007-2	Bacterioscopia (GRAM)	R\$ 2,80	45
1 - 188	02.02.08.008-0	Cultura de Bactérias P/ Identificação	R\$ 5,62	525
1 - 189	02.02.08.012-9	Cultura para Bactérias Anaeróbicas	R\$ 50,00	12
1 - 190	02.02.08.013-7	Cultura para Identificação Morfológica de Fungos	R\$ 4,19	45
1 - 191	02.02.08.014-5	Exame Microbiológico a Fresco (Direto)	R\$ 2,80	450
1 - 192	02.02.08.016-1	Identificação Automatizada de Microorganismos	R\$ 5,63	9.375
1 - 193	02.02.08.021-8	Pesquisa de Helicobacter Pylori	R\$ 19,00	50
1 - 194	02.02.09.026-4	Pesquisa de Espermatozoides (Após Vasectomia)	R\$ 4,80	30
1 - 195	02.02.09.030-2	Prova do Látex p/ Pesquisa do Fator Reumatóide	R\$ 25,00	12
1 - 196	02.02.12.002-3	Determinação Direta e Reversa de Grupo ABO	R\$ 1,37	1.500
1 - 197	02.02.12.008-2	Pesquisa de Fator RH (Inclui D Fraco)	R\$ 1,37	1.500
1 - 198	02.02.12.009-0	Teste Indireto de Antiglobulina Humana (TIA)	R\$ 2,73	300
1 - 199	02.03.01.001-9	Exame Citopatológico Cérvico-Vaginal / Microflora (Obrigatório registro no SISCAN)	R\$ 13,72	3.000
1 - 200	02.03.01.003-5	Exame de Citologia (Exceto Cérvico-Vaginal e de Mama)	R\$ 20,96	37
1 - 201	02.03.01.004-3	Citopatológico de Mama (Obrigatório registro no SISCAN)	R\$ 35,34	100
1 - 202	02.03.01.008-6	Exame Citopatológico Cérvico-Vaginal / Microflora-Rastreamento (Obrigatório registro no SISCAN)	R\$ 14,37	6.250
1 - 203	02.03.02.002-2	Exame Anátomo-Patológico do Colo Uterino – Peça Cirúrgica (Obrigatório registro no SISCAN)	R\$ 61,77	45
1 - 204	02.03.02.003-0	Exame Anátomo-Patológico para Congelamento / Parafina por Peça Cirúrgica ou por Biópsia (Exceto Colo Uterino e Mama)	R\$ 40,78	1.225
1 - 205	02.03.02.006-5	Exame Anatomopatológico de Mama – Biópsia (Obrigatório registro no SISCAN)	R\$ 45,83	100
1 - 206	02.03.02.007-3	Exame Anatomopatológico de Mama – Peça Cirúrgica (Obrigatório registro no SISCAN)	R\$ 61,77	250



1 - 207	02.03.02.008-1	Exame Anátomo-Patológico do Colo Uterino – Biópsia (Obrigatório registro no SISCAN)	R\$ 40,78	200
1 - 208	02.11.04.003-7	Exame Microbiológico a Fresco do Conteúdo Cérvico-Vaginal	R\$ 2,80	15
1 - 209	02.11.08.002-0	Gasometria Venosa	R\$15,65	300
1 - 210	99.02.02.000-1	Teste de Tolerância à Lactose	R\$ 40,00	150
1 - 211	99.02.02.000-2	CA 15-3	R\$ 30,00	150
1 - 212	99.02.02.000-3	Anticorpo Anti-Receptor de TSH (TRAB)	R\$ 47,00	150
1 - 213	99.02.02.000-6	ANCA (Anticorpos Anticitoplasma de Neutrófilos) P-Anca, C-Anca	R\$ 54,00	150
1 - 214	99.02.02.000-7	Anti-Jo 1	R\$ 35,00	150
1 - 215	99.02.02.000-8	Anti-CCP	R\$ 83,00	150
1 - 216	99.02.02.001-0	CA 19-9	R\$ 30,00	12
1 - 217	99.02.02.001-6	Anti-Gliadina – IGA	R\$ 53,00	50
1 - 218	99.02.02.001-7	Anti-Gliadina – IGG	R\$ 51,00	50
1 - 219	99.02.02.002-0	Teste de Avidéz para Toxoplasmose	R\$ 90,00	12
1 - 220	99.04.01.000-3	Determinação Qualitativa de Proteína C Reativa	R\$ 220,00	30

QUADRO 2 – RAI0-X

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
2 - 1	02.04.01.003-9	Radiografia Bilateral de Órbitas (PA + Oblíquas + HIRTZ)	R\$ 8,38	15
2 - 2	02.04.01.005-5	Radiografia de Articulação Têmporo-Mandibular Bilateral	R\$ 8,38	30
2 - 3	02.04.01.006-3	Radiografia de Cavum (Lateral + HIRTZ)	R\$ 6,88	825
2 - 4	02.04.01.007-1	Radiografia de Crânio (PA + Lateral + Oblíqua / Bretton + HIRTZ)	R\$ 9,15	15
2 - 5	02.04.01.008-0	Radiografia de Crânio (PA + Lateral)	R\$ 7,52	300
2 - 6	02.04.01.009-8	Radiografia de Laringe	R\$ 5,74	15
2 - 7	02.04.01.011-0	Radiografia de Maxilar (PA + Oblíqua)	R\$ 7,20	15
2 - 8	02.04.01.012-8	Radiografia de Ossos da Face (MN + Lateral + HIRTZ)	R\$ 8,38	30
2 - 9	02.04.01.014-4	Radiografia de Seios da Face (FN + MN + Lateral + HIRTZ)	R\$ 7,32	1.500
2 - 10	02.04.01.017-9	Radiografia Panorâmica	R\$ 45,00	840
2 - 11	02.04.02.004-2	Radiografia de Coluna Cervical (AP + Lateral + TO / Flexão)	R\$ 8,19	4.500
2 - 12	02.04.02.005-0	Radiografia de Coluna Cervical Funcional / Dinâmica	R\$ 10,29	15
2 - 13	02.04.02.006-9	Radiografia de Coluna Lombo-Sacra	R\$ 10,96	6.000
2 - 14	02.04.02.007-7	Radiografia de Coluna Lombo-Sacra (c/ Oblíquas)	R\$ 14,90	45
2 - 15	02.04.02.009-3	Radiografia de Coluna Torácica (AP + Lateral)	R\$ 9,16	2.375
2 - 16	02.04.02.010-7	Radiografia de Coluna Tóraco-Lombar	R\$ 9,73	1.050
2 - 17	02.04.02.012-3	Radiografia de Região Sacro-Coccígea	R\$ 7,80	75
2 - 18	02.04.03.007-2	Radiografia de Costelas (por Hemitórax)	R\$ 8,37	15
2 - 19	02.04.03.008-0	Radiografia de Esôfago	R\$ 191,75	18
2 - 20	02.04.03.009-9	Radiografia de Esterno	R\$ 7,98	30
2 - 21	02.04.03.015-3	Radiografia de Tórax (PA e Perfil)	R\$ 9,50	3.000
2 - 22	02.04.03.017-0	Radiografia de Tórax (PA)	R\$ 6,88	1.550
2 - 23	02.04.04.001-9	Radiografia de Antebraço	R\$ 6,42	90
2 - 24	02.04.04.003-5	Radiografia de Articulação Escápulo-Umeral	R\$ 7,40	500
2 - 25	02.04.04.005-1	Radiografia de Braço	R\$ 7,77	90
2 - 26	02.04.04.006-0	Radiografia de Clavícula	R\$ 7,40	45
2 - 27	02.04.04.007-8	Radiografia de Cotovelo	R\$ 6,49	300



2 - 28	02.04.04.008-6	Radiografia de Dedos da Mão	R\$ 5,62	475
2 - 29	02.04.04.009-4	Radiografia de Mão	R\$ 6,30	1.500
2 - 30	02.04.04.011-6	Radiografia de Escápula / Ombro (Três Posições)	R\$ 7,98	450
2 - 31	02.04.04.012-4	Radiografia de Punho (AP + Lateral + Oblíqua)	R\$ 6,91	600
2 - 32	02.04.05.001-4	Clister Opaco c/ Duplo Contraste	R\$ 224,47	15
2 - 33	02.04.05.006-5	Histerossalpingografia	R\$ 365,00	12
2 - 34	02.04.05.012-0	Radiografia de Abdomen Agudo (Mínimo de 3 Incidências)	R\$ 15,30	30
2 - 35	02.04.05.013-8	Radiografia de Abdomen Simples (AP)	R\$ 7,17	525
2 - 36	02.04.05.014-6	Radiografia de Estômago e Duodeno	R\$ 35,22	12
2 - 37	02.04.05.015-4	Radiografia de Intestino Delgado (Trânsito)	R\$ 181,75	12
2 - 38	02.04.05.017-0	Uretrocistografia	R\$ 52,11	60
2 - 39	02.04.05.018-9	Urografia Venosa	R\$ 57,40	450
2 - 40	02.04.06.002-8	Densitometria Óssea Duo-Energética de Coluna (Vértex Lombares e/ou Fêmur)	R\$ 110,00	900
2 - 41	02.04.06.003-6	Escanometria	R\$ 37,18	45
2 - 42	02.04.06.006-0	Radiografia de Articulação Coxo-Femoral	R\$ 7,77	1.500
2 - 43	02.04.06.007-9	Radiografia de Articulação Sacro-Iliaca	R\$ 7,77	60
2 - 44	02.04.06.008-7	Radiografia de Articulação Tíbio-Társica	R\$ 6,50	900
2 - 45	02.04.06.009-5	Radiografia de Bacia	R\$ 7,77	1.250
2 - 46	02.04.06.010-9	Radiografia de Calcâneo	R\$ 6,50	1.550
2 - 47	02.04.06.011-7	Radiografia de Coxa	R\$ 8,94	300
2 - 48	02.04.06.012-5	Radiografia de Joelho (AP + Lateral)	R\$ 6,78	5.375
2 - 49	02.04.06.013-3	Radiografia de Joelho ou Patela (AP + Lateral + Axial)	R\$ 7,16	100
2 - 50	02.04.06.014-1	Radiografia de Joelho ou Patela (AP + Lateral + Oblíqua + 3 Axiais)	R\$ 9,29	100
2 - 51	02.04.06.015-0	Radiografia de Pé / Dedos do Pé	R\$ 6,78	1.250
2 - 52	02.04.06.016-8	Radiografia de Perna	R\$ 8,94	450
2 - 53	02.04.06.017-6	Radiografia Panorâmica de Membros Inferiores	R\$ 9,29	12
2 - 54	99.02.04.000-2	Seriografia	R\$ 400,00	12

QUADRO 3 – ULTRASSONOGRAFIA (Realizações em Sede Própria)

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
3 - 1	02.05.01.004-0	Ultrassonografia Doppler Colorido de Vasos	R\$ 120,00	6.000
3 - 2	02.05.01.004-0	Ultrassonografia de Carótidas	R\$ 120,00	375
3 - 3	02.05.01.005-9	Ultrassonografia Doppler de Fluxo Obstétrico	R\$ 142,50	300
3 - 4	02.05.01.005-9	Ultrassonografia Doppler de Fluxo Obstétrico (Gemelar)	R\$ 185,40	300
3 - 5	02.05.02.003-8	Ultrassonografia de Abdômen Superior	R\$ 65,00	1.374
3 - 6	02.05.02.004-6	Ultrassonografia de Abdomen Total	R\$ 65,00	6.750
3 - 7	02.05.02.005-4	Ultrassonografia de Aparelho Urinário	R\$ 65,00	6.750
3 - 8	02.05.02.006-2	Ultrassonografia de Articulação / Articulação de Quadril (Infantil)	R\$ 65,00	30.000
3 - 9	02.05.02.006-2	Ultrassonografia de Região Cervical Posterior ou Partes Moles	R\$ 65,00	630
3 - 10	02.05.02.007-0	Ultrassonografia de Bolsa Escrotal	R\$ 65,00	450
3 - 11	02.05.02.008-9	Ultrassonografia de Globo Ocular / Órbita (Monocular)	R\$ 65,00	180
3 - 12	02.05.02.009-7	Ultrassonografia Mamária Bilateral	R\$ 65,00	6.750
3 - 13	02.05.02.010-0	Ultrassonografia de Próstata por Via Abdominal	R\$ 65,00	900
3 - 14	02.05.02.011-9	Ultrassonografia de Próstata (Via Transretal)	R\$ 65,00	15



3 - 15	02.05.02.012-7	Ultrassonografia de Tireóide ou Cervical Anterior ou Glândulas Salivares	R\$ 65,00	1.125
3 - 16	02.05.02.013-5	Ultrassonografia de Tórax (Extracardiaca)	R\$ 65,00	45
3 - 17	02.05.02.014-3	Ultrassonografia Obstétrica ou Obstétrico com Translucência Nucal	R\$ 65,00	5.250
3 - 18	02.05.02.014-3	Ultrassonografia Obstétrica Morfológica	R\$ 124,20	2.400
3 - 19	02.05.02.014-3	Ultrassonografia Gemelar	R\$ 120,00	45
3 - 20	02.05.02.015-1	Ultrassonografia Obstétrica c/ Doppler Colorido e Pulsado	R\$ 140,00	345
3 - 21	02.05.02.015-1	Ultrassonografia Obstétrica c/ Doppler Colorido e Pulsado (Gemelar)	R\$ 159,60	345
3 - 22	02.05.02.016-0	Ultrassonografia Pélvica (Ginecológica)	R\$ 65,00	1.125
3 - 23	02.05.02.017-8	Ultrassonografia Transfontanela	R\$ 65,00	45
3 - 24	02.05.02.018-6	Ultrassonografia Transvaginal	R\$ 65,00	9.000

QUADRO 4 – ULTRASSONOGRAFIA (Realizações no Ambulatório Municipal com Equipamento do Município)

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
4 - 1	02.05.01.004-0	Ultrassonografia Doppler Colorido de Vasos	R\$ 120,00	6.000
4 - 2	02.05.01.004-0	Ultrassonografia de Carótidas	R\$ 120,00	375
4 - 3	02.05.01.005-9	Ultrassonografia Doppler de Fluxo Obstétrico	R\$ 120,00	300
4 - 4	02.05.01.005-9	Ultrassonografia Doppler de Fluxo Obstétrico (Gemelar)	R\$ 182,40	300
4 - 5	02.05.02.003-8	Ultrassonografia de Abdômen Superior	R\$ 65,00	1.374
4 - 6	02.05.02.004-6	Ultrassonografia de Abdomen Total	R\$ 65,00	6.750
4 - 7	02.05.02.005-4	Ultrassonografia de Aparelho Urinário	R\$ 65,00	6.750
4 - 8	02.05.02.006-2	Ultrassonografia de Articulação / Articulação de Quadril (Infantil)	R\$ 65,00	30.000
4 - 9	02.05.02.006-2	Ultrassonografia de Região Cervical Posterior ou Partes Moles	R\$ 65,00	630
4 - 10	02.05.02.007-0	Ultrassonografia de Bolsa Escrotal	R\$ 65,00	450
4 - 11	02.05.02.008-9	Ultrassonografia de Globo Ocular / Órbita (Monocular)	R\$ 65,00	180
4 - 12	02.05.02.009-7	Ultrassonografia Mamária Bilateral	R\$ 65,00	6.750
4 - 13	02.05.02.010-0	Ultrassonografia de Próstata por Via Abdominal	R\$ 65,00	900
4 - 14	02.05.02.011-9	Ultrassonografia de Próstata (Via Transretal)	R\$ 65,00	15
4 - 15	02.05.02.012-7	Ultrassonografia de Tireóide ou Cervical Anterior ou Glândulas Salivares	R\$ 65,00	1.125
4 - 16	02.05.02.013-5	Ultrassonografia de Tórax (Extracardiaca)	R\$ 65,00	45
4 - 17	02.05.02.014-3	Ultrassonografia Obstétrica ou Obstétrico com Translucência Nucal	R\$ 65,00	5.250
4 - 18	02.05.02.014-3	Ultrassonografia Obstétrica Morfológica	R\$ 120,00	2.400
4 - 19	02.05.02.014-3	Ultrassonografia Gemelar	R\$ 120,00	45
4 - 20	02.05.02.015-1	Ultrassonografia Obstétrica c/ Doppler Colorido e Pulsado	R\$ 140,00	345
4 - 21	02.05.02.015-1	Ultrassonografia Obstétrica c/ Doppler Colorido e Pulsado (Gemelar)	R\$ 159,60	345
4 - 22	02.05.02.016-0	Ultrassonografia Pélvica (Ginecológica)	R\$ 65,00	1.125
4 - 23	02.05.02.017-8	Ultrassonografia Transfontanela	R\$ 65,00	45
4 - 24	02.05.02.018-6	Ultrassonografia Transvaginal	R\$ 65,00	9.000

QUADRO 5 – TOMOGRAFIA

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
5 - 1	02.06.01.001-0	Tomografia Computadorizada de Coluna Cervical c/ ou s/ Contraste	R\$ 86,76	250
5 - 2	02.06.01.002-8	Tomografia Computadorizada de Coluna Lombo-Sacra c/ ou s/ Contraste	R\$ 101,10	250
5 - 3	02.06.01.003-6	Tomografia Computadorizada de Coluna Torácica c/ ou s/ Contraste	R\$ 86,76	250



5 - 4	02.06.01.004-4	Tomografia Computadorizada de Face / Seios da Face / Articulações Têmporo-Mandibulares	R\$ 86,75	250
5 - 5	02.06.01.005-2	Tomografia Computadorizada do Pescoço	R\$ 86,75	250
5 - 6	02.06.01.006-0	Tomografia Computadorizada de Sela Túrcica	R\$ 97,44	62
5 - 7	02.06.01.007-9	Tomografia Computadorizada do Crânio	R\$ 97,44	250
5 - 8	02.06.02.001-5	Tomografia Computadorizada de Articulações de Membro Superior	R\$ 86,75	125
5 - 9	02.06.02.002-3	Tomografia Computadorizada de Segmentos Apendiculares – (Braço, Antebraço, Mão, Coxa, Perna, Pé)	R\$ 86,75	250
5 - 10	02.06.02.003-1	Tomografia Computadorizada de Tórax	R\$ 136,41	250
5 - 11	02.06.03.001-0	Tomografia Computadorizada de Abdomen Superior	R\$ 138,63	250
5 - 12	02.06.03.002-9	Tomografia Computadorizada de Articulações de Membro Inferior	R\$ 86,75	125
5 - 13	02.06.03.003-7	Tomografia Computadorizada de Pelve / Bacia / Abdomen Inferior	R\$ 138,63	250
5 - 14	99.02.06.900-0	Angiotomografia	R\$ 600,00	12

QUADRO 6 – RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
6 - 1	02.07.01.001-3	Angiorressonância Cerebral	R\$ 550,00	25
6 - 2	02.07.01.002-1	Ressonância Magnética de Articulação Têmporo-Mandibular (Bilateral)	R\$ 550,00	30
6 - 3	02.07.01.003-0	Ressonância Magnética de Coluna Cervical / Pescoço	R\$ 550,00	200
6 - 4	02.07.01.004-8	Ressonância Magnética de Coluna Lombo-Sacra	R\$ 550,00	500
6 - 5	02.07.01.005-6	Ressonância Magnética de Coluna Torácica	R\$ 550,00	75
6 - 6	02.07.01.006-4	Ressonância Magnética de Crânio	R\$ 550,00	500
6 - 7	02.07.01.007-2	Ressonância Magnética de Sela Túrcica	R\$ 550,00	60
6 - 8	02.07.02.001-9	Ressonância Magnética de Coração / Aorta c/ Cine	R\$ 888,00	21
6 - 9	02.07.02.002-7	Ressonância Magnética de Membro Superior (Unilateral)	R\$ 550,00	240
6 - 10	02.07.02.003-5	Ressonância Magnética de Tórax	R\$ 550,00	30
6 - 11	02.07.02.006-0	Ressonância Magnética de Mama	R\$ 550,00	30
6 - 12	02.07.03.001-4	Ressonância Magnética de Abdomen Superior	R\$ 550,00	180
6 - 13	02.07.03.002-2	Ressonância Magnética de Bacia / Pelve / Abdomen Inferior	R\$ 550,00	180
6 - 14	02.07.03.003-0	Ressonância Magnética de Membro Inferior (Unilateral)	R\$ 550,00	900
6 - 15	02.07.03.004-9	Ressonância Magnética de Vias Biliares / Colangiorressonância	R\$ 550,00	30
6 - 16	02.07.03.005-7	Ressonância Magnética Multiparamétrica da Próstata	R\$ 846,66	48
6 - 17	99.02.07.000-1	Angiorressonância (Inclui Pescoço, Abdomen, Tórax e qualquer outro segmento)	R\$ 550,00	30
6 - 18	99.02.07.000-2	Angiorressonância de Aorta (Inclui Torácica, Abdominal e qualquer outro segmento)	R\$ 550,00	15
6 - 19	99.02.07.000-3	Artro Ressonância (Inclui a Punção Articular)	R\$ 500,00	30
6 - 20	99.02.07.000-4	Ressonância Magnética com Anestesia Geral	R\$ 1.180,00	30

QUADRO 7 – CARDIOLOGIA (Realizações em Sede Própria)

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
7 - 1	02.05.01.002-4	Ecocardiografia Transesofágica	R\$ 600,00	12
7 - 2	02.05.01.003-2	Ecocardiografia Transtorácica	R\$ 160,00	3.500
7 - 3	02.05.01.003-2	Ecocardiograma Fetal	R\$ 378,00	12
7 - 4	02.11.02.001-0	Cateterismo Cardíaco	R\$ 800,00	315
7 - 5	02.11.02.003-6	Eletrocardiograma	R\$ 7,06	7.500
7 - 6	02.11.02.004-4	Monitoramento pelo Sistema Holter 24 hs (3 canais)	R\$ 125,00	1.200



7 - 7	02.11.02.005-2	Monitoramento Ambulatorial de Pressão Arterial (M.A.P.A)	R\$ 70,00	500
7 - 8	02.11.02.006-0	Teste de Esforço / Teste Ergométrico	R\$ 135,00	1.200
7 - 9	03.01.13.001-9	Avaliação Clínica e Eletrônica de Dispositivo Elétrico Cardíaco Implantável	R\$ 70,00	160

QUADRO 8 – CARDIOLOGIA (Realizações no Ambulatório Municipal)

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
8 - 1	02.05.01.003-2	Ecocardiografia Transtorácica	R\$ 130,00	3.500
8 - 2	02.11.02.004-4	Monitoramento pelo Sistema Holter 24 hs (3 canais)	R\$ 95,00	1.200
8 - 3	02.11.02.005-2	Monitoramento Ambulatorial de Pressão Arterial (M.A.P.A)	R\$ 40,00	500
8 - 4	02.11.02.006-0	Teste de Esforço / Teste Ergométrico	R\$ 105,00	1.200

QUADRO 9 – OFTALMOLOGIA

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
9 - 1	02.04.01.001-2	Dacriocistografia	R\$ 76,40	12
9 - 2	02.05.02.002-0	Paquimetria Ultrassônica (Monocular)	R\$ 53,00	745
9 - 3	02.08.09.002-9	Cintilografia de Glândula Lacrimal (Dracriocintilografia)	R\$ 370,00	12
9 - 4	02.11.06.001-1	Biometria Ultrassônica (Monocular)	R\$ 92,00	37
9 - 5	02.11.06.002-0	Biomicroscopia de Fundo de Olho	R\$ 12,34	5.250
9 - 6	02.11.06.003-8	Campimetria Computadorizada ou Manual com Gráfico	R\$ 140,00	300
9 - 7	02.11.06.005-4	Ceratometria	R\$ 6,74	37
9 - 8	02.11.06.006-2	Curva Diária de Pressão Ocular CDPO (Mínimo 3 Medidas)	R\$ 10,11	12
9 - 9	02.11.06.010-0	Fundoscopia	R\$ 3,37	10.000
9 - 10	02.11.06.011-9	Gonioscopia (Monocular)	R\$ 6,74	12
9 - 11	02.11.06.012-7	Mapeamento de Retina (Monocular)	R\$ 24,24	3.000
9 - 12	02.11.06.014-3	Microscopia Especular de Córnea	R\$ 140,00	37
9 - 13	02.11.06.017-8	Retinografia Colorida Binocular	R\$ 110,00	150
9 - 14	02.11.06.018-6	Retinografia Fluorescente Binocular	R\$ 200,00	180
9 - 15	02.11.06.020-8	Teste de Provocação de Glaucoma	R\$ 6,74	12
9 - 16	02.11.06.021-6	Teste de Schirmer	R\$ 3,37	12
9 - 17	02.11.06.022-4	Teste de Visão de Cores	R\$ 3,37	12
9 - 18	02.11.06.023-2	Teste Ortóptico (Binocular)	R\$ 12,34	12
9 - 19	02.11.06.024-0	Teste p/ Adaptação de Lente de Contato	R\$ 27,00	12
9 - 20	02.11.06.025-9	Tonometria (Monocular)	R\$ 3,37	7.000
9 - 21	02.11.06.026-7	Topografia Computadorizada de Córnea (Binocular) / Ceratoscopia Computadorizada	R\$ 130,00	200
9 - 22	02.11.06.027-5	Triagem Oftalmológica	R\$ 45,00	10.000
9 - 23	02.11.06.028-3	Tomografia de Coerência Óptica (Binocular)	R\$ 250,00	400
9 - 24	03.01.01.010-2	Consulta para Diagnóstico / Reavaliação de Glaucoma (Tonometria, Fundoscopia e Campimetria)	R\$ 57,74	125
9 - 25	03.03.05.001-2	Acompanhamento e Avaliação de Glaucoma por Fundoscopia e Tonometria	R\$ 17,74	125
9 - 26	03.03.05.003-9	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma Binocular (1ª Linha)	R\$ 18,66	125
9 - 27	03.03.05.004-7	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma Binocular (2ª Linha)	R\$ 79,38	125
9 - 28	03.03.05.005-5	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma Binocular (3ª Linha)	R\$ 127,98	125
9 - 29	03.03.05.006-3	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma Monocular (1ª Linha)	R\$ 12,44	125
9 - 30	03.03.05.007-1	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma Monocular (2ª Linha)	R\$ 52,92	125



9 - 31	03.03.05.008-0	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma Monocular (3ª Linha)	R\$ 85,33	125
9 - 32	03.03.05.009-8	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma com Dispensação de Acetazolamida Monocular ou Binocular	R\$ 93,10	125
9 - 33	03.03.05.010-1	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma com Dispensação de Pilocarpina Monocular	R\$ 8,93	125
9 - 34	03.03.05.011-0	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma com Dispensação de Pilocarpina Binocular	R\$ 13,39	125
9 - 35	03.03.05.015-2	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma – 1ª Linha Associada à 2ª Linha – Monocular	R\$ 65,36	125
9 - 36	03.03.05.016-0	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma – 1ª Linha Associada à 2ª Linha – Binocular	R\$ 98,04	125
9 - 37	03.03.05.017-9	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma – 1ª Linha Associada à 3ª Linha – Monocular	R\$ 97,77	125
9 - 38	03.03.05.018-7	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma – 1ª Linha Associada à 3ª Linha – Binocular	R\$ 146,64	125
9 - 39	03.03.05.019-5	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma – 2ª Linha Associada à 3ª Linha – Monocular	R\$ 138,25	125
9 - 40	03.03.05.020-9	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma – 2ª Linha Associada à 3ª Linha – Binocular	R\$ 207,36	125
9 - 41	03.03.05.021-7	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma Monocular – Associação de 1ª, 2ª e 3ª Linhas	R\$ 150,69	125
9 - 42	03.03.05.022-5	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma Binocular – Associação de 1ª, 2ª e 3ª Linhas	R\$ 226,02	125
9 - 43	04.05.01.001-0	Correção Cirúrgica de Entrópio e Ectrópio	R\$ 382,84	30
9 - 44	04.05.01.003-6	Dacriocistorrinostomia	R\$ 681,87	20
9 - 45	04.05.01.004-4	Drenagem de Abscesso de Pálpebra	R\$ 22,93	12
9 - 46	04.05.01.006-0	Epilação de Cílios	R\$ 22,93	24
9 - 47	04.05.01.007-9	Exerese de Calázio e Outras Pequenas Lesões da Pálpebra e Supercílios (Unilateral)	R\$ 85,00	80
9 - 48	04.05.01.012-5	Reconstituição Parcial de Pálpebra com Tarsorrafia	R\$ 311,04	12
9 - 49	04.05.01.016-8	Sondagem de Vias Lacrimais (Unilateral)	R\$ 45,00	12
9 - 50	04.05.01.017-6	Sutura de Pálpebras	R\$ 143,99	15
9 - 51	04.05.01.019-2	Tratamento Cirúrgico de Triquíase c/ ou s/ Enxerto	R\$ 278,90	12
9 - 52	04.05.02.001-5	Correção Cirúrgica de Estrabismo (Acima de 2 Músculos)	R\$ 1.661,76	90
9 - 53	04.05.02.002-3	Correção Cirúrgica do Estrabismo (Até de 2 Músculos)	R\$ 1.167,82	90
9 - 54	04.05.03.004-5	Fotocoagulação a Laser	R\$ 180,00	350
9 - 55	04.05.03.005-3	Injeção Intra-Vítrea	R\$ 500,00	862
9 - 56	04.05.03.007-0	Retinopexia com Introflexão Escleral	R\$ 1.429,60	10
9 - 57	04.05.03.013-4	Vitrectomia Anterior	R\$ 912,16	15
9 - 58	04.05.03.014-2	Vitrectomia Posterior (Contempla: Consulta com Retinólogo / US por Olho / Retinografia Simples e/ou Fluorescente / OCT - Inclui: Honorários Médicos / Medicamentos / Materiais / Taxas)	R\$ 5.000,00	30
9 - 59	04.05.03.019-3	Pan-Fotocoagulação de Retina a Laser (Por Olho)	R\$ 600,00	15
9 - 60	04.05.04.010-5	Explante de Lente Intra Ocular	R\$ 1.181,94	12
9 - 61	04.05.04.019-9	Tratamento Cirúrgico de Xantelasma	R\$ 116,42	12
9 - 62	04.05.04.020-2	Tratamento de Ptose Palpebral	R\$ 449,44	12
9 - 63	04.05.04.021-0	Reposicionamento de Lente Intraocular	R\$ 668,40	12
9 - 64	04.05.05.002-0	Capsulotomia a Yag Laser	R\$ 240,00	450
9 - 65	04.05.05.006-2	Correção de Astigmatismo Secundário	R\$ 70,00	12
9 - 66	04.05.05.007-0	Correção Cirúrgica de Hérnia de Íris	R\$ 336,96	12
9 - 67	04.05.05.008-9	Exerese de Tumor de Conjuntiva	R\$ 82,28	15
9 - 68	04.05.05.009-7	Facectomia com Implante de Lente Intra-Ocular	R\$ 531,60	20
9 - 69	04.05.05.010-0	Facectomia s/ Implante de Lente Intra-Ocular	R\$ 483,60	20
9 - 70	04.05.05.011-9	Facoemulsificação com Implante de Lente Intra-Ocular Rígida	R\$ 651,60	12
9 - 71	04.05.05.013-5	Implante de Prótese Anti-Glaucomatosa	R\$ 873,61	12
9 - 72	04.05.05.015-1	Implante Secundário de Lente Intra-Ocular – LIO	R\$ 1.739,76	12
9 - 73	04.05.05.016-0	Injeção Subconjuntival / Subtenoniana	R\$ 8,24	12
9 - 74	04.05.05.017-8	Iridectomia Cirúrgica	R\$ 297,46	12
9 - 75	04.05.05.020-8	Paracentese de Câmara Anterior	R\$ 106,96	12



9 - 76	04.05.05.021-6	Recobrimento Conjuntival	R\$ 172,27	12
9 - 77	04.05.05.022-4	Reconstituição de Fórnix Conjuntival	R\$ 436,44	12
9 - 78	04.05.05.024-0	Retirada de Corpo Estranho da Câmara Anterior do Olho	R\$ 335,72	12
9 - 79	04.05.05.025-9	Retirada de Corpo Estranho da Córnea	R\$ 56,00	120
9 - 80	04.05.05.028-3	Substituição de Lente Intra-Ocular	R\$ 544,88	12
9 - 81	04.05.05.029-1	Sutura de Conjuntiva	R\$ 82,28	12
9 - 82	04.05.05.030-5	Sutura de Córnea	R\$ 213,92	12
9 - 83	04.05.05.032-1	Trabeculectomia	R\$ 898,35	30
9 - 84	04.05.05.036-4	Tratamento Cirúrgico de Pterígio	R\$ 432,40	300
9 - 85	04.05.05.037-2	Facoemulsificação com Implante de Lente Intra-Ocular Dobrável	R\$ 771,60	400
9 - 86	99.02.11.000-8	Papilografia	R\$ 200,00	12

QUADRO 10 – GINECOLOGIA

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
10 - 1	02.01.01.050-0	Biópsia / Punção de Vagina	R\$ 30,00	36
10 - 2	02.01.01.051-8	Biópsia / Punção de Vulva	R\$ 30,00	30
10 - 3	02.01.01.056-9	Biópsia / Exerese de Nódulo de Mama (Realização no Ambulatório Municipal)	R\$ 150,00	24
10 - 4	02.01.01.056-9	Biópsia / Exerese de Nódulo de Mama (Realização em Sede Própria)	R\$ 250,00	24
10 - 5	02.01.01.058-5	Punção Aspirativa de Mama por Agulha Fina (Realização no Ambulatório Municipal)	R\$ 350,00	100
10 - 6	02.01.01.058-5	Punção Aspirativa de Mama por Agulha Fina (Realização em Sede Própria)	R\$ 502,95	100
10 - 7	02.01.01.060-7	Punção de Mama por Agulha Grossa (Realização no Ambulatório Municipal)	R\$ 350,00	100
10 - 8	02.01.01.060-7	Punção de Mama por Agulha Grossa (Realização em Sede Própria)	R\$ 600,00	100
10 - 9	02.01.01.066-6	Biópsia do Colo Uterino	R\$ 30,00	250
10 - 10	02.11.04.002-9	Colposcopia ou Vulvoscopia	R\$ 56,00	600
10 - 11	02.11.04.004-5	Histeroscopia (Diagnóstica)	R\$ 1.700,00	80
10 - 12	03.01.04.014-1	Inserção do Dispositivo Intra-Uterino (DIU)	R\$ 120,00	1.000
10 - 13	03.01.04.015-0	Retirada do Dispositivo Intra-Uterino (DIU)	R\$ 50,00	1.200
10 - 14	03.01.04.017-6	Inserção do Implante Subdérmico Liberador de Etonogestrel	R\$ 200,00	150
10 - 15	03.01.04.018-4	Retirada do Implante Subdérmico Liberador de Etonogestrel	R\$ 11,84	200
10 - 16	03.09.03.004-8	Criocauterização / Eletrocoagulação de Colo de Útero	R\$ 30,00	480
10 - 17	04.09.06.008-9	Excisão Tipo I do Colo Uterino (CAF)	R\$ 150,00	160
10 - 18	04.09.06.009-7	Exerese de Pólipo de Útero	R\$ 22,62	160
10 - 19	04.09.06.030-5	Excisão Tipo 2 do Colo Uterino	R\$ 150,00	80
10 - 20	04.09.07.012-2	Drenagem de Glândula Bartholin / Skene	R\$ 12,97	24
10 - 21	04.09.07.016-5	Extirpação de Lesão de Vulva / Périneo (Por Eletrocoagulação ou Fulguração)	R\$ 56,00	30
10 - 22	04.09.07.017-3	Extração de Corpo Estranho da Vagina	R\$ 27,00	24
10 - 23	04.10.01.001-4	Drenagem de Abscesso de Mama	R\$ 30,00	24
10 - 24	04.10.01.002-2	Esvaziamento Percutâneo de Cisto Mamário	R\$ 20,74	24

QUADRO 11 – DIAGNÓSTICO / PROCEDIMENTOS POR ENDOSCOPIA

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
11 - 1	02.09.01.002-9	Colonoscopia (Coloscopia)	R\$ 638,00	1.800
11 - 2	02.09.01.003-7	Esofagogastroduodenoscopia	R\$ 246,00	2.000



11 - 3	02.09.01.005-3	Retossigmoidoscopia	R\$ 222,00	90
11 - 4	03.03.07.001-3	Dilatação de Esôfago c/ Ogivas sob Visão Endoscópica (Por Sessão)	R\$ 1.000,00	30
11 - 5	04.07.01.024-6	Retirada de Corpo Estranho do Tubo Digestivo por Endoscopia	R\$ 137,50	12
11 - 6	04.07.01.025-4	Retirada de Pólipo do Tubo Digestivo por Endoscopia	R\$ 253,00	150
11 - 7	04.07.01.031-9	Tratamento Esclerosante / Ligadura Elástica de Lesão Hemorrágica do Aparelho Digestivo	R\$ 225,00	12
11 - 8	04.07.01.032-7	Tratamento Esclerosante de Lesões não Hemorrágicas do Aparelho Digestivo Incluindo Ligadura Elástica	R\$ 125,00	12
11 - 9	04.07.02.039-0	Retirada de Corpo Estranho / Pólipos do Reto / Colo Sigmóide	R\$ 277,00	600
11 - 10	04.07.03.025-5	Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica Terapêutica	R\$ 8.000,00	12
11 - 11	04.17.01.006-0	Sedação	R\$ 170,00	700
11 - 12	99.04.07.000-2	Mucosectomia	R\$ 541,00	60
11 - 13	99.90.00.012-4	Clipe Metálico - Endoscópico / Colonoscópico	R\$ 950,00	12

QUADRO 12 – OTORRINOLARINGOLOGIA / FONOAUDIOLOGIA

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
12 - 1	02.09.04.004-1	Videolaringoscopia	R\$ 120,00	450
12 - 2	02.11.07.002-5	Audiometria de Reforço Visual (Via Aérea / Óssea)	R\$ 50,00	1.200
12 - 3	02.11.07.004-1	Audiometria Tonal Limiar (Via Aérea / Óssea)	R\$ 50,00	1.200
12 - 4	02.11.07.014-9	Emissões Otoacústicas Evocadas para Triagem Auditiva (Teste da Orelhinha)	R\$ 15,00	600
12 - 5	02.11.07.015-7	Estudo de Emissões Otoacústicas Evocadas Transitórias e Produtos de Distorção (EOA)	R\$ 46,88	200
12 - 6	02.11.07.020-3	Imitanciometria	R\$ 23,00	1.200
12 - 7	02.11.07.021-1	Logoaudiometria (LDV-IRF-LRF)	R\$ 55,00	1.200
12 - 8	02.11.07.026-2	Potencial Evocado Auditivo de Curta Média e Longa Latência	R\$ 400,00	30
12 - 9	02.11.07.026-2	Potencial Evocado Auditivo de Curta Média e Longa Latência – Com Sedação	R\$ 1.500,00	200
12 - 10	02.11.07.034-3	Teste de Processamento Auditivo	R\$ 9,36	12
12 - 11	02.11.07.035-1	Testes Vestibulares / Otoneurológicos	R\$ 180,00	12
12 - 12	04.04.01.001-6	Adenoidectomia	R\$ 1.448,63	50
12 - 13	04.04.01.002-4	Amigdalectomia	R\$ 1.303,00	20
12 - 14	04.04.01.003-2	Amigdalectomia com Adenoidectomia	R\$ 1.410,27	200
12 - 15	04.04.01.005-9	Drenagem de Abscesso Faringeo	R\$ 150,00	150
12 - 16	04.04.01.007-5	Drenagem de Furúnculo no Conduto Auditivo Externo	R\$ 14,66	150
12 - 17	04.04.01.010-5	Estapedectomia	R\$ 2.596,91	50
12 - 18	04.04.01.021-0	Mastoidectomia Radical	R\$ 2.879,96	50
12 - 19	04.04.01.022-9	Mastoidectomia Subtotal	R\$ 1.922,43	50
12 - 20	04.04.01.027-0	Remoção de Cerúmen de Conduto Auditivo Externo Uni / Bilateral	R\$ 5,63	450
12 - 21	04.04.01.031-8	Retirada de Corpo Estranho de Ouvido / Faringe / Laringe / Nariz	R\$ 26,42	15
12 - 22	04.04.01.032-6	Sinusotomia Bilateral	R\$ 1.452,34	50
12 - 23	04.04.01.033-4	Sinusotomia Esfenoidal	R\$ 1.556,43	50
12 - 24	04.04.01.035-0	Timpanoplastia (Uni / Bilateral)	R\$ 2.393,53	50
12 - 25	04.04.01.036-9	Timpanotomia p/ Tubo de Ventilação	R\$ 227,36	150
12 - 26	04.04.01.041-5	Turbinectomia	R\$ 1.334,78	200
12 - 27	04.04.01.048-2	Septoplastia para Correção de Desvio	R\$ 1.096,11	50
12 - 28	04.04.01.052-0	Septoplastia Reparadora não Estética	R\$ 978,13	50
12 - 29	99.02.09.000-2	Rinoscopia (Obrigatório manter imagens salvas do exame)	R\$ 150,00	500
12 - 30	99.02.09.000-6	Nasofibrolaringoscopia (Obrigatório manter imagens salvas do exame)	R\$ 200,00	300



QUADRO 13 – NEUROLOGIA

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
13 - 1	02.11.05.003-2	Eletroencefalograma em Sono Induzido c/ ou s/ Medicamento (EEG)	R\$ 50,00	1.500
13 - 2	02.11.05.004-0	Eletroencefalograma em Vigília e Sono Espontâneo c/ ou s/ Fotoestímulo (EEG)	R\$ 37,00	450
13 - 3	02.11.05.005-9	Eletroencefalograma Quantitativo c/ Mapeamento (EEG)	R\$ 200,00	200
13 - 4	02.11.05.008-3	Eletroneuromiograma / Eletroneuromiografia (ENMG) – Por Membro	R\$ 350,00	348
13 - 5	02.11.05.010-5	Polissonografia c/ ou s/ CPAP	R\$ 600,00	46
13 - 6	03.01.01.007-2	Primeira Avaliação - Novos Casos com Indicação de Aplicação Botulínica	R\$ 230,00	150
13 - 7	03.01.01.007-2	Retorno de 2 Meses após Aplicação Botulínica	R\$ 180,00	150
13 - 8	99.20.10.314-0	Aplicação Botulínica (Pacote de Aplicação – Inclui todos os Segmentos / Membros do Corpo e Materiais)	R\$ 280,00	150

QUADRO 14 – OUTROS PROCEDIMENTOS

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
14 - 1	02.01.01.002-0	Biópsia / Punção de Tumor Superficial da Pele	R\$ 80,00	530
14 - 2	02.01.01.004-6	Biópsia de Ânus e Canal Anal	R\$ 18,46	30
14 - 3	02.01.01.019-4	Biópsia de Faringe / Laringe	R\$ 19,06	24
14 - 4	02.01.01.022-4	Biópsia de Gânglio Linfático	R\$ 46,19	24
14 - 5	02.01.01.041-0	Biópsia de Próstata (Realização no Ambulatório Municipal)	R\$ 680,00	240
14 - 6	02.01.01.041-0	Biópsia de Próstata (Realização em Sede Própria)	R\$ 780,00	240
14 - 7	02.01.01.047-0	Biópsia de Tireóide ou Paratireóide – PAAF (Inclui Ultrassonografia – Realização no Ambulatório Municipal)	R\$ 193,00	24
14 - 8	02.01.01.047-0	Biópsia de Tireóide ou Paratireóide – PAAF (Realização em Sede Própria)	R\$ 250,00	240
14 - 9	02.01.01.054-2	Biópsia Percutânea Orientada por Tomografia Computadorizada / Ultrassonografia / Ressonância Magnética / Raio X	R\$ 97,00	346
14 - 10	02.09.04.001-7	Broncoscopia (Broncofibroscopia)	R\$ 1.000,00	25
14 - 11	02.11.08.005-5	Espirometria ou Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador	R\$ 118,00	980
14 - 12	02.11.09.001-8	Avaliação Urodinâmica Completa	R\$ 500,00	600
14 - 13	03.09.07.001-5	Tratamento Esclerosante não Estético de Varizes dos Membros Inferiores (Unilateral)	R\$ 300,78	24
14 - 14	03.09.07.002-3	Tratamento Esclerosante não Estético de Varizes dos Membros Inferiores (Bilateral)	R\$ 392,62	24
14 - 15	04.01.01.004-0	Eletrocoagulação de Lesão Cutânea	R\$ 27,00	4.000
14 - 16	04.01.01.005-8	Excisão de Lesão e/ou Sutura de Ferimento da Pele, Anexos e Mucosas	R\$ 56,00	350
14 - 17	04.01.01.007-4	Exeresse de Tumor de Pele e Anexos / Cisto Sebáceo / Lipoma	R\$ 56,00	600
14 - 18	04.01.01.008-2	Frenectomia / Frenotomia	R\$ 800,00	24
14 - 19	04.01.01.009-0	Fulguração / Cauterização Química de Lesões Cutâneas	R\$ 27,00	240
14 - 20	04.01.01.010-4	Incisão e Drenagem de Abscesso	R\$ 27,00	120
14 - 21	04.01.01.011-2	Retirada de Corpo Estranho Subcutâneo	R\$ 11,84	36
14 - 22	04.01.01.012-0	Retirada de Lesão por Shaving	R\$ 19,79	350
14 - 23	04.01.02.017-7	Cirurgia de Unha (Cantoplastia)	R\$ 80,00	24
14 - 24	04.03.05.008-1	Neurotomia Percutânea de Nervos Periféricos por Agentes Químicos	R\$ 18,85	500
14 - 25	04.06.02.013-2	Excisão e Sutura de Hemangioma	R\$ 29,86	74
14 - 26	04.06.02.014-0	Excisão e Sutura de Linfangioma / Nevus	R\$ 29,86	504
14 - 27	04.06.02.029-9	Linfadenectomia Superficial	R\$ 16,92	24
14 - 28	04.07.02.031-4	Ligadura Elástica de Hemorróidas (Sessão)	R\$ 14,77	90
14 - 29	04.07.04.019-6	Paracentese Abdominal	R\$ 12,27	24
14 - 30	04.08.06.021-2	Ressecção de Cisto Sinovial	R\$ 28,42	24



14 - 31	04.08.06.065-4	Tratamento Cirúrgico de Polidactilia não Articulada	R\$ 28,42	24
14 - 32	04.09.01.059-6	Ureterolitotripsia Transureteroscópica Flexível à Laser – Unilateral	R\$ 9.110,00	24
14 - 33	04.09.01.059-6	Ureterolitotripsia Transureteroscópica Flexível à Laser – Bilateral	R\$ 10.130,00	24
14 - 34	04.09.01.059-6	Ureterolitotripsia Transureteroscópica Rígida – Uni / Bilateral	R\$ 6.916,00	24
14 - 35	04.09.01.059-6	Ureterolitotripsia Transureteroscópica Rígida à Laser – Uni / Bilateral	R\$ 7.916,00	24
14 - 36	04.09.02.006-0	Meatotomia Endoscópica	R\$ 34,10	24
14 - 37	04.09.04.006-1	Exerese de Cisto de Bolsa Escrotal	R\$ 56,00	24
14 - 38	04.09.04.024-0	Vasectomia – Ambulatorial	R\$ 650,00	2.000
14 - 39	04.09.05.005-9	Liberção / Plastia de Prepúcio	R\$ 13,54	24
14 - 40	04.09.05.006-7	Plástica de Freio Balano-Prepucial	R\$ 34,10	40
14 - 41	04.09.05.008-3	Postectomia	R\$ 650,00	140
14 - 42	04.13.04.001-1	Autonomização de Retalho	R\$ 31,28	24
14 - 43	04.15.04.004-3	Debridamento de Úlcera / Necrose	R\$ 29,86	30
14 - 44	99.02.09.000-1	Manometria Anorretal	R\$ 400,00	24
14 - 45	99.02.11.000-9	pHmetria Esofágica	R\$ 400,00	100
14 - 46	99.02.11.001-0	Manometria Esofágica	R\$ 400,00	100
14 - 47	99.99.00.003-2	Preparo Hospitalar para Colonoscopia (Não inclui o Manitol)	R\$ 400,00	1.000

QUADRO 15 – CONSULTAS E PLANTÕES

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
15 - 1	01.01.01.002-8	Atividade Educativa / Orientação em Grupo na Atenção Especializada – Somente Linhas de Cuidado	R\$120,00	150
15 - 2	03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior – Cirurgião Dentista – Traumatologista Bucocomaxilofacial	R\$ 45,00	120
15 - 3	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R\$ 70,00	50.000
15 - 4	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada - Mastologista	R\$ 150,00	480
15 - 5	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada - Hematologista	R\$ 100,00	400
15 - 6	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada - Reumatologista	R\$ 90,00	1.500
15 - 7	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada – Fora do Domicílio	R\$ 80,00	1.500
15 - 8	-	Hora Plantão Clínico Meio de Semana (07:00 às 13:00 / 13:00 às 19:00 / 19:00 às 00:00 / 19:00 às 07:00)	R\$ 197,69	-
15 - 9	-	Hora Plantão Clínico Final de Semana (07:00 às 13:00 / 13:00 às 19:00 / 19:00 às 00:00 / 19:00 às 07:00)	R\$ 237,22	-
15 - 10	-	Hora Plantão Pediatra Meio de Semana (07:00 às 13:00 / 13:00 às 19:00 / 19:00 às 00:00 / 19:00 às 07:00)	R\$ 237,24	-
15 - 11	-	Hora Plantão Pediatra Final de Semana (07:00 às 13:00 / 13:00 às 19:00 / 19:00 às 00:00 / 19:00 às 07:00)	R\$ 296,55	-

QUADRO 16 – DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
16 - 1	02.10.01.007-0	Arteriografia de Membro	R\$ 1.100,00	84
16 - 2	02.10.01.009-6	Arteriografia p/ Investigação de Doença Arterioesclerótica Aorto-Iliaca e Distal	R\$ 1.150,00	60
16 - 3	02.10.01.009-6	Arteriografia Renal	R\$ 1.150,00	60
16 - 4	02.10.01.013-4	Arteriografia Seletiva de Carótida	R\$ 1.500,00	96

* * *



PREFEITURA DE
**SÃO SEBASTIÃO
DO PARAÍSO/MG**
"EM TI REVIVE NOSSA ESPERANÇA"
- ADM 2025/2028 -

Secretaria Municipal de
Planejamento e Gestão



ANEXO IX – DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE CARGA HORÁRIA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O SUS MUNICIPAL

REF: CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2025

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE CARGA HORÁRIA

_____ (qualificação), Pessoa Física ou Jurídica vem através deste declarar que possui disponibilidade de carga horária de _____ horas semanais para prestação de serviços a que se propõe.

Obs: Parecer AGU GQ145, 30 de Março de 1998, que prevê uma carga horária máxima de 60 horas semanais, combinado com o Artigo 3º da Portaria SAS\MS nº 134 de 04 de abril de 2011, quanto ao cadastramento do profissional do CNES.

_____, ____ de _____ de _____.

Empresa/ representante legal
Qualificação



ANEXO X – MODELO DA FICHA DE PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA (FPO)

REF: CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2025

PRESTADOR DE SERVIÇO:							
FICHA DE PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA							
nº	Código	Procedimento	Valor Unitário	Meta Física		Meta Financeira	
				(Mês)	(ANO)	(Mês)	(ANO)
1
2
3

A FPO será elaborada pelo setor de Regulação, Controle e Avaliação, através das informações extraídas da proposta apresentada pelo Prestador.

Cruzar a declaração da carga horária com a FPO.

_____, ____ de _____ de _____.

Empresa (Carimbo – CNPJ)
Responsável (nome por extenso) CPF/RG



ANEXO XI – ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DE FAA, APAC E AIH

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL – FAA

1. Toda Ficha de Atendimento Ambulatorial - FAA impressa deve conter todos os dados do usuário e em caso de FAA manual, esta deve ser preenchida corretamente, não deixando nenhum campo de identificação do usuário sem preenchimento;
2. Ter assinatura de todos os usuários nas FAA's (pacientes e/ou responsável);
3. Ser preenchido corretamente todos os campos disponibilizados no corpo da FAA como: Anamnese, Diagnóstico principal, Procedimento, Medicamentos e Observações se houver;
4. Identificação (carimbo e assinatura) do profissional de saúde autorizado: médico, paramédico, enfermagem, etc;
5. Todas as FAA's produzidas manualmente, deverão ser digitadas para gerar o número de atendimento sem necessidade de impressão, (atentando para anotar o número de cadastro emitido pelo sistema que gerencia os procedimentos).
6. Após lançamento dos procedimentos realizados pelo setor gerador da FAA, esta deve ser encaminhada ao Controle e Avaliação semanalmente para efetiva revisão.

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE – APAC

Todo cabeçalho de APAC deverá ser preenchido corretamente pelo local gerador, com todos os dados do usuário, não deixando nenhum campo sem preenchimento;

1. Todos os campos disponibilizados no corpo da APAC como: Procedimento solicitado, quantidade e código do procedimento, data da solicitação, Justificativa do procedimento, com descrição do diagnóstico, CID e observações, se houver, devem estar devidamente preenchidos;
2. Identificação completa (carimbo e assinatura) do profissional médico solicitante;
3. Após, paciente deve ser orientado a comparecer na Secretaria Municipal de Saúde munido da APAC, exames se houver e dos documentos pessoais, para autorização do procedimento pelo médico regulador e posterior agendamento.



AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH

1. Todo cabeçalho da AIH deverá ser preenchido corretamente pelo local gerador, com todos os dados do usuário, não deixando nenhum campo sem preenchimento;
2. Todos os campos disponibilizados no corpo da AIH como: Justificativa da Internação, Sinais e Sintomas, condições que justifiquem, provas diagnósticas e CID, data da solicitação, bem como descrição do procedimento solicitado e código do mesmo, devem estar devidamente preenchidos;
3. Identificação completa (carimbo e assinatura) do profissional médico solicitante e em caso de residentes, assinatura e carimbo do médico preceptor;
4. Após, paciente deve ser orientado a comparecer na Secretaria Municipal de Saúde munido da AIH, exames realizados e que justifiquem a solicitação e dos documentos pessoais, para autorização do procedimento cirúrgico pelo médico regulador e posterior agendamento pela Instituição que realizará o procedimento.

* * *