



Edital de Chamamento Público nº. 01/2022/SESAU

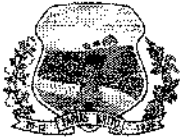
O Município de Farias Brito/CE, fundamentado no que dispõe a Constituição Federal da República do Brasil de 1988 e nos Art. 24º, 25º e 26º da Lei Federal nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990 e obedecidas às normas gerais da Lei Federal nº. 8.666, de 21 de junho de 1993, especialmente no artigo 25 que dispõe sobre a inexigibilidade de licitação, **CONVIDA** prestadores privados, PESSOAS JURÍDICAS, vinculadas ou não ao SUS – Sistema Único de Saúde, interessados em prestações e serviços de saúde, a participar do processo de Credenciamento junto à Secretaria Municipal de Saúde de Farias Brito/CE.

1. DO OBJETO

- 1.1. O objeto deste Edital é o Credenciamento de Candidatos, PESSOAS JURÍDICAS, para serem prestadores de Serviços de Saúde ao município de Farias Brito/CE, para a realização de PROCEDIMENTOS NA REDE ASSISTENCIAL VINCULADA AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), pertinentes aos GRUPOS 02, 03, 04 e 07 da Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Ministério da Saúde, conforme Grupos, Subgrupos e Formas de Organização e Procedimentos, disponível em <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>, descritos no ANEXO I deste Edital.
- 1.2. Os procedimentos do objeto dessa chamada pública objetiva complementar a rede municipal já existente, de acordo com o Art. 2º e 3º da Portaria nº. 1.034/GM/MS, de 05 de maio de 2010.

2. DOS PREÇOS

- 2.1. Os preços para pagamento pelos serviços prestados **SÃO DEFINIDOS** pela Tabela Unificada do Ministério da Saúde/SUS, conforme descritos no endereço <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>, e outros que vierem a ser regulamentados em Leis futuras ou Portaria do Ministério da Saúde publicada no Diário Oficial da União, os quais deverão ser faturados na forma de serviços efetivamente realizados e autorizados pelo Gestor local.
- 2.2. Os valores discriminados no ANEXO I poderão sofrer um ajuste de até 25% para mais ou para menos, segundo a necessidade identificada pelo Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal



de Saúde de Farias Brito/CE, ou de acordo com alterações realizadas por meio de Portaria do Ministério da Saúde publicada no Diário Oficial da União.

- 2.3. Qualquer reajuste financeiro da Tabela Unificada do Ministério da Saúde/SUS ou por Portaria do Ministério da Saúde, ocorrido durante o processo de credenciamento dos candidatos, serão atualizados automaticamente pelo Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde de Farias Brito/CE.

3. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

- 3.1. Poderão habilitar-se, para credenciamento, pessoas jurídicas que manifestarem interesse na prestação dos serviços **com os valores máximos especificados neste instrumento** e que cumprirem integralmente os requisitos do Edital, obedecidos à legislação em vigor, especialmente as normas do SUS.
- 3.2. O prestador deve possuir registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) na base de Farias Brito/CE.
- 3.3. O prestador ao aceitar participação ao chamamento deste Edital dispõe:
- 3.3.1. Submeter-se a oferecer todos os procedimentos inerentes à sua atividade, juntamente com a estrutura técnico-operacional necessária.
- 3.3.2. Submeter-se à regulação instituída pelo gestor;
- 3.3.3. Obrigar-se a apresentar, sempre que solicitado, relatórios de atividade que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto pactuado com o ente federativo contratante;
- 3.3.4. Submeter-se às avaliações sistemáticas pela gestão do SUS;
- 3.3.5. Submeter ao Sistema Nacional de Auditoria (SNA) e seus componentes, no âmbito do SUS, toda documentação necessária, quando solicitado.

4. DO CREDENCIAMENTO

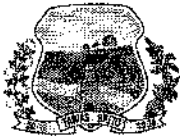
- 4.1. É facultado a qualquer Pessoa Jurídica que preencher os requisitos mínimos fixados pela administração, requerer seu credenciamento, o que significa que a Secretaria terá um cadastro da Pessoa Jurídica da área que ficará à disposição dos beneficiários.
- 4.2. O credenciamento será feito a todas as Pessoas Jurídicas independentes do número de especialidades oferecidas, cabendo ao Município a solicitação dos serviços para os beneficiários, conforme a necessidade e conveniência.
- 4.3. O credenciamento está sujeito à discricionariedade administrativa, só



- podendo ser empregado no caso de impossibilidade de atendimento de demanda específica na área da saúde por meios próprios da Administração.
- 4.4. A inscrição no credenciamento não garante a contratação do interessado pela Secretaria de Saúde.
 - 4.5. Na complementação dos serviços de saúde deverão ser observados os princípios e as diretrizes do SUS e das normas técnicas e administrativas aplicáveis.
 - 4.6. Terão preferência as propostas que forem mais vantajosas para o Município de Farias Brito/CE.
 - 4.7. A participação complementar das instituições privadas de assistência à saúde no SUS será formalizada mediante a celebração de contrato ou convênio, observando-se os termos da Lei Federal nº. 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações posteriores e da Lei Federal nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990.
 - 4.8. A distribuição dos serviços entre os prestadores devidamente credenciados, nos termos deste Edital se dará de acordo com a oportunidade e conveniência do Município contratante.
 - 4.9. Serão descredenciados os prestadores que:
 - 4.9.1. Não cumprir com o programado e pactuado com Secretaria Municipal de Saúde.
 - 4.9.2. Vir a cobrar do paciente regulado pagamento para realização do procedimento programado e pactuado.
 - 4.9.3. Não se adequar as condições contratuais quanto à prestação de contas de serviços e procedimentos junto à secretaria, no setor destinado.
 - 4.10. Somente serão credenciadas as Pessoas Jurídicas com documentação aprovada, conforme rege o presente Edital.
 - 4.11. O credenciamento das Pessoas Jurídicas no Banco de Prestadores de Serviços de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Farias Brito/CE, em Ações e Serviços de Saúde, será feito segundo oferta proposta referida na Descrição do Quantitativo da Oferta, cujo modelo se encontra no **ANEXO III** deste Edital, acrescentando-se a documentação exigida neste Edital.
 - 4.12. O Gestor Municipal de Saúde de Farias Brito/CE recorrerá ao Banco de Prestadores de Serviços de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, tendo como parâmetros a base territorial populacional, a Programação Pactuada e Integrada e as necessidades locais.

5. DO REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO E HABILITAÇÃO

- 5.1. O requerimento de inscrição dos interessados, dirigido à Secretaria de Saúde, deverá estar acompanhado **OBRIGATORIAMENTE** da



documentação relativa à Habilitação Jurídica, Qualificação econômico-financeira, Regularidade Fiscal, Trabalhista e Técnica, Certificações, Proposta de Valores, além de declaração de que as informações prestadas são verdadeiras, sob a pena de responder judicialmente pelas inconsistências encontradas.

5.2. São documentos relativos à **Habilitação Jurídica:**

5.2.1. Condicionados ao Tipo de Empreendimento:

5.2.1.1. **Se empresário individual:** inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede, sendo a do Estado do Ceará, acessada pelo sítio

sítio <https://www.jucec.ce.gov.br/>.

5.2.1.2. **Se Microempreendedor Individual – MEI:** Certificado da Condição de Microempreendedor Individual – CCMEI, cuja aceitação ficará condicionada à verificação da autenticidade no sítio do canal de Empresas e Negócio do Governo Federado www.portaldomicroempreendedor.gov.br.

5.2.1.3. **Se sociedade empresária ou empresa individual de responsabilidade limitada – EIRELI:** ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado na Junta Comercial da respectiva sede, acompanhado de documento comprobatório de seus administradores.

5.2.1.4. **Se sociedade simples:** inscrição do ato constitutivo no Registro Civil das Pessoas Jurídicas do local de sua sede, acompanhada de prova da indicação dos seus administradores.

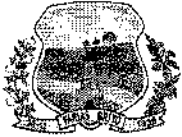
5.2.1.5. **Se microempresa ou empresa de pequeno porte:** certidão expedida pela Junta Comercial ou pelo Registro Civil das Pessoas Jurídicas, conforme o caso, que comprove a condição de microempresa ou empresa de pequeno porte.

5.2.1.6. **Se sociedade ou empresa estrangeira em funcionamento no País:** decreto de autorização de funcionamento e ato de registro ou autorização para funcionamento pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir.

5.2.1.7. **Se Entidade sem Fins Lucrativos, Associação ou Organização Social:** cópia da Portaria ministerial de emissão da Certidão de Entidade de Beneficente de Assistência Social (CEBAS).

5.2.2. Condicionados ao funcionamento do Empreendimento:

5.2.2.1. Alvará de funcionamento atualizado, referente ao ano de 2021.



- 5.3. São documentos relativos à **Qualificação econômico-financeira:**
- 5.3.1. Certidões negativas de pedido de falência ou recuperação judicial expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, ou de execução patrimonial, expedida no domicílio da pessoa física.
- 5.4. São documentos relativos à **Regularidade Fiscal e Trabalhista:**
- 5.4.1. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ).
- 5.4.2. Prova 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
- 5.4.3. Social, nos termos da Portaria Conjunta nº. 1.751, de 02 de outubro de 2014, do Secretário da Receita Federal do Brasil e da Procuradora-Geral da Fazenda Nacional.
- 5.4.4. Prova de regularidade com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS).
- 5.4.5. Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.
- 5.4.6. Prova de regularidade com a Fazenda Municipal do domicílio ou sede do requerente, relativa à atividade em cujo exercício contrata ou concorre.
- 5.4.7. Prova de inscrição no cadastro de contribuintes municipal, relativo ao domicílio ou sede do requerente, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual.
- 5.5. São documentos relativos à **Regularidade Técnica Geral:**
- 5.5.1. Alvará de vigilância sanitária.
- 5.5.2. Declaração do nome do responsável técnico pela empresa.
- 5.5.3. Certificado de registro da unidade no respectivo conselho profissional.
- 5.5.4. Registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
- 5.5.5. Declaração dos sócios e diretores de que não ocupam cargo ou função de chefia, assessoramento ou função de confiança no SUS, nos termos do artigo 26, §4º de Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990;
- 5.5.6. Declaração de que nenhum de seus componentes sofreu qualquer sanção de ordem profissional e que não responde a nenhum processo sobre o exercício



- de sua atividade.
- 5.5.7. Declaração do quantitativo mínimo e máximo de procedimentos/mês que poderão ser ofertados ao SUS.
- 5.5.8. Relação da equipe médica e técnica, com as respectivas formações profissionais e números de inscrição nos conselhos de classe; ou relação nominal da equipe médica e técnica, com as respectivas formações profissionais (diploma e título de especialista na área) e cópia da carteira do respectivo conselho profissional.
- 5.5.9. Apresentação de proposta discriminando os serviços a serem oferecidos, conforme modelo do **ANEXO III** deste Edital, tendo como parâmetro às necessidades elencadas no **ANEXO I**.
- 5.5.10. Declaração de compromisso de prestação e de disponibilidade de carga horária e de equipamentos, para a execução dos serviços propostos mediante apresentação no **ANEXO II**.
- 5.5.11. Declaração de Idoneidade – **ANEXO IV**.
- 5.6. São documentos relativos à **Especificidade Técnica-Operacional**:
- 5.6.1. **PARA AS CLÍNICAS DE FISIOTERAPIA**
- 5.6.1.1. Certificado da Federação Nacional das Entidades Prestadoras de Serviços de Fisioterapia – FENAFISIO
- 5.6.2. **PARA OS LABORATÓRIOS**
- 5.6.2.1. Certificado do Programa Nacional de Controle de Qualidade – PNCQ
- 5.6.2.2. Certificado do Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos – PALC, da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica Medicina Laboratorial – SBPC/ML
- 5.6.3. **PARA AS CLÍNICAS DE IMAGEM**
- 5.6.3.1. Certificado do Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem – PADI, do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem.
- 5.7. **A entrega da documentação** listada nos itens 5.2, 5.3, 5.4 e 5.5 deste caput **IMPLICA** na manifestação de interesse no credenciamento e na contratação, bem como aceitação e submissão, independente de manifestação expressa, a todas as normas e condições deste Edital.
- 5.8. **Não poderão participar deste chamamento:**
- 5.8.1. Interessados proibidos de participar de chamamentos e celebrar contratos administrativos, na forma da legislação vigente.
- 5.8.2. Interessados suspensos de participar de chamamento se impedidos de



- contratar com o órgão ou a entidade responsável por esta licitação, conforme artigo 87, inciso III, da Lei Federal nº. 8.666, de 21 de junho de 1993 e artigo 7º da Lei Federal nº. 10.520, de 17 de julho de 2002.
- 5.8.3. Entidades estrangeiras que não tenham representação legal no Brasil com poderes expressos para receber citação e responder administrativa ou judicialmente.
- 5.8.4. Interessados que estejam sob falência, em recuperação judicial ou extrajudicial, concurso de credores, concordata ou insolvência, em processo de dissolução ou liquidação.
- 5.8.5. Entidade empresarial responsável pela elaboração do projeto básico ou executivo ou da qual o autor do projeto seja dirigente, gerente, acionista ou detentor de mais de 5% (cinco por cento) do capital com direito a voto ou controlador, responsável técnico ou subcontratado.
- 5.8.6. Quaisquer interessados que se enquadrem nas vedações previstas no artigo 9º da Lei Federal nº. 8.666, de 21 de junho de 1993.
- 5.9. **As certidões Negativas solicitadas dos candidatos deverão estar rigorosamente dentro do prazo de validade, condizente ao período de análise da mesma pela Comissão de Credenciamento e Edital do Chamamento Público da Secretaria Municipal de Saúde.**

6. DA ANÁLISE DA DOCUMENTAÇÃO

- 6.1. A análise da documentação a ser encaminhada para a Secretaria Municipal de Saúde, conforme descrito no item 5.7, será feita pela Comissão de Credenciamento e Edital de Chamamento Público, cujos membros serão designados pelo (a) Secretário (a) Municipal de Saúde, e será composta por 03 (três) servidores municipais, conforme descreve a Portaria nº. 01250122/202, publicada no Diário Oficial dos Municípios do Ceará, aos 31 de janeiro de 2022, acessível no sítio.
- 6.1.1. O prazo para análise da documentação a que se refere o presente item está condicionado ao explicitado no item 10 deste Edital.
- 6.2. A Comissão de Credenciamento e Edital de Chamamento Público irá: receber, analisar, comentar, esclarecer, discutir, julgar proposta mais vantajosa, aprovar ou reprová-la, o interessado no credenciamento, receber recursos, emitir pareceres ou, obrigatoriamente, em caso de manutenção de decisão contrária, encaminhar à superior apreciação e julgamento.
- 6.3. A Comissão de Credenciamento e Edital de Chamamento Público, além do recebimento e exame da documentação e da análise para habilitação do



interessado, conforme descrito no item 6.2, caberá, em obediência às disposições estabelecidas neste Edital e demais legislação pertinente, deve conduzir as atividades correlatas para o desempenho dos serviços neste, previstos.

6.4. As informações relativas aos serviços ofertados e à capacidade instalada serão passíveis de certificação através de vistoria pela área técnica, sendo passível de inabilitação quando constatado que elas não atendem ao presente Edital, caso não se adequem dentro do prazo estabelecido no item 10 deste.

6.5. Serão também declarados inabilitados os interessados:

6.5.1. Que, por qualquer motivo, estejam declarados inidôneos ou punidos com suspensão do direito de licitar ou contratar com a Administração Pública, Direta ou Indireta, Federal, Estadual ou Municipal, desde que o ato tenha sido publicado no Diário Oficial da União, dos Estados ou dos Municípios, pelo Órgão que o expediu.

6.5.2. Terão o pedido de credenciamento indeferido as candidatas que não apresentarem a documentação exigida ou, se apresentada, não for aprovada, importando na exclusão do direito de participar da fase de contratação.

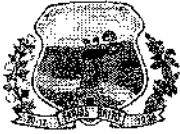
6.5.3. Anteriormente descredenciados pela Secretaria Municipal de Saúde de Farias Brito/CE por descumprimento de cláusulas contratuais ou irregularidades na execução dos serviços prestados.

6.6. A referida Comissão atuará em consonância com o Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria.

7. DA REMUNERAÇÃO

7.1. O recurso que movimentará as ações do referido Edital é de origem federal proveniente das Ações Detalhadas de Atenção à Saúde da População para Procedimento de Média e Alta Complexidade- MAC, e do Fundo de Ações Estratégicas e Compensações - FAEC, da Ação de Atenção à Saúde da População para procedimentos na Média e Alta Complexidade do Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (CUSTEIO), conforme dita a Portaria n°. 828/GM/MS, de 17 de abril de 2020.

7.2. O sistema de regulação de agendas e de atendimentos dos procedimentos dispostos no ANEXO I será definido em ato específico pelo Gestor da



- Secretaria Municipal de Saúde direcionado aos prestadores contratualizados.
- 7.2.1. A distribuição dos procedimentos por prestador será operacionalizada pela Central de Marcação de Procedimentos e Serviços de Saúde que é reguladora das vagas, considerando as normas instituídas pelo Setor de Controle e Avaliação, para definição dos boletos, cujos critérios de rateio são;
- 7.2.1.1. A lotação do paciente no Serviço de que for mais próximo de sua residência.
- 7.2.1.2. Serviço que dispuser de vaga no momento da lotação do paciente.
- 7.2.1.3. A capacidade instalada de cada credenciado de modo que a repartição total das vagas existentes ocorra de forma igualitária e proporcional à estrutura disponibilizada ao Sistema Único de Saúde (SUS).
- 7.3. O sistema de faturamento de produção é o adotado pelo Ministério da Saúde para identificação, controle, avaliação e auditoria dos procedimentos e serviços de saúde no país e assim publicá-los a população por meio do sítio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS/MS): Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e seus subcomponentes.
- 7.3.1. Os executores dos serviços contratados para realização de procedimentos de Média e Alta Complexidade (MAC) apresentarão até o 10º dia do mês subsequente a competência de produção, para atestar a concretização dos procedimentos previamente agendados no sistema de regulação de acesso aos serviços de saúde adotados pela Gestão da Secretaria Municipal de Saúde, para identificação do registro de produção no subcomponente do SIA/SUS, o Boletim de Produção Ambulatorial Magnético (BPA).
- 7.3.1.1. Ressalta-se que o prestador deve manter sob sua posse cópia dos boletos dos usuários que comprovadamente compareceram no serviço, juntamente com: 1) fotocópia do cartão nacional de saúde (CNS), 2) fotocópia de registro de identificação com foto e contendo dados referentes à filiação do usuário, 3) comprovante de residência, juntamente com a 4) solicitação do procedimento e a constatação dessa solicitação, está feita pelo receituário da rede municipal com atesto de profissional de saúde habilitado no SCNES do município de Farias Brito/CE.
- 7.3.2. Os executores dos serviços contratados para realização de procedimentos do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC) apresentarão até o 20º dia do mês subsequente a competência de produção, os registros de realização de procedimento no



- subcomponente do SIA/SUS, este correspondente ao Autorizador de Procedimento de Alta Complexidade (APAC), e ao Boletim de Produção Ambulatorial Magnético (BPA), quando necessário.
- 7.3.2.1. Ressalta-se que o prestador deve manter sob sua posse cópia dos registros contendo a referida numeração de Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) gerado por sistema específico adotado pelo Gestor Municipal, dos usuários que comprovadamente compareceram no serviço, juntamente com: 1) fotocópia do cartão nacional de saúde (CNS), 2) fotocópia de registro de identificação com foto e contendo dados referentes à filiação do usuário, 3) comprovante de residência, juntamente com a 4) solicitação do procedimento e a constatação dessa solicitação, está feita pelo receituário da rede municipal com atesto de profissional de saúde habilitado no SCNES do município de Farias Brito/CE.
- 7.4. É vedado pagamento de qualquer sobretaxa em relação à tabela adotada, disposta no **ANEXO I** deste Edital, e sua atualização por meio de ato normativo da Secretaria Municipal de Saúde, ou exigir que o usuário assine fatura ou guia de atendimento em branco, onde caso seja confirmada tal ato, o credenciado sofrerá as sanções administrativas, especificadas neste Edital.
- 7.4.1. A entidade/empresa credenciada para realização dos procedimentos e serviços de apoio ao diagnóstico e a terapêutica deverá proceder ao atendimento total do paciente, que inclui: o acolhimento, a coleta, a execução, a avaliação, o laudo, e a disponibilidade do resultado, quando assim aprover.
- 7.4.2. Qualquer reajuste financeiro da Tabela Unificada de Procedimentos, Serviços, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde, em <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>, ocorrido durante o processo de credenciamento dos candidatos, e durante o período de vigência deste Edital, serão atualizados automaticamente pela Secretaria Municipal de Saúde de Farias Brito/CE, este repassado nos relatórios financeiros de cada prestador ao fim do processamento da produção referente à competência em que este realizou os serviços prestados a esta secretaria.
- 7.5. É vedado o cometimento a terceiros da atribuição de proceder ao credenciamento e/ou intermediação do pagamento pelos serviços prestados.
- 7.6. O processamento da produção apresentada ficará a cargo do Setor de Controle e Avaliação, que emitirá parecer sobre o valor da remuneração



devida ao Prestador, até o 25º dia do mês subsequente em que se houve a prestação do serviço.

8. DO TERMO DE CREDENCIAMENTO

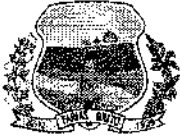
- 8.1. O credenciamento será formalizado mediante Termo de Credenciamento – ANEXO V, anexado a Ata de Análise dos interessados, contendo as cláusulas e condições previstas neste Edital. Este feito caracterizará a inserção no Banco de Prestadores de Serviços da Secretaria Municipal de Saúde, a ser publicado em Diário Oficial do município, no endereço eletrônico <https://www.fariasbrito.ce.gov.br/>.
- 8.2. O Termo de Credenciamento do proponente terá validade até o prazo correspondente ao encerramento do exercício financeiro do orçamento a ele destinado, podendo ser renovado em até 12 (doze) meses a partir do efetivo credenciamento, considerando a revisão do orçamento da dotação destinada para ele, mediante publicação de aditivo deste Edital.
- 8.3. O Município poderá, a qualquer momento, solicitar do credenciamento a comprovação de recolhimento do recurso referente ao benefício do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) do período a que está vinculado e em caso de inadimplemento, suspenderá a credencial.
- 8.4. Ao Município reserva-se o direito de, justificadamente, anular ou revogar o presente edital sem que caibam reclamações ou indenizações, considerando paralelamente, o disposto na Seção 9 deste Edital.
- 8.5. Os profissionais da credenciada não terão qualquer vínculo trabalhista com a Administração Pública.
- 8.6. A credenciada Pessoa Jurídica deverá arcar, no âmbito de suas respectivas responsabilidades, com despesas de natureza social, trabalhista, previdenciária, tributária, securitária ou indenizatória, não possuindo qualquer vínculo empregatício com o Município de Farias Brito, por meio da Secretaria Municipal de Saúde.

9. DAS CONDIÇÕES NORMATIVAS E ASSISTENCIAIS

- 9.1. As Pessoas Jurídicas à época da contratação e durante sua vigência deverão atender as seguintes condições e requisitos:
 - 9.1.1. Manter registro atualizado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).



- 9.1.2. Submeter-se a regulação instituída pelo Gestor local de Saúde.
- 9.1.3. Obrigar-se a apresentar, sempre que solicitado, relatórios de atividades que demonstrem quantitativos e qualitativamente o atendimento do objeto contratado.
- 9.1.4. Atender às diretrizes dispostas no Art. 4º, 5º, 6º, 7º e 8º da Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, no que lhe condiz pela atividade principal contratualizada.
- 9.1.5. Entregar ao usuário ou responsável, no ato da saída deste estabelecimento, documento contendo o histórico do atendimento prestado ou resumo de alta e/ou contra referência onde conste, também, a informação da gratuidade do atendimento conforme modelo a ser publicado mediante instrumento normativo a ser emitido pela CONTRATADA.
- 9.1.6. Garantir o acesso do Conselho Municipal de Saúde aos serviços conveniados no exercício de seu poder de fiscalização.
- 9.1.7. Submeter-se às normas emanadas pelo Ministério da Saúde, das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde.
- 9.1.8. Manter em situação regular os documentos abaixo relacionados:
- 9.1.8.1. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas.
- 9.1.8.2. Certidão Negativa de Débitos com o Município sede da Pessoa Jurídica.
- 9.1.8.3. Certidão Negativa de Débitos Estaduais.
- 9.1.8.4. Certidão Conjunta de Débitos relativos aos Tributos Federais e a Dívida Ativa da União.
- 9.1.8.5. Certificado de Regularidade do Fundo de Garantia de Tempo de Serviço (FGTS) – CRF.
- 9.1.8.6. Alvará Sanitário.
- 9.1.8.7. Alvará de Funcionamento.
- 9.1.9. As Clínicas de Fisioterapia, manter em situação regular ou adquirir o Certificado da Federal Nacional das Entidades Prestadoras de Serviços de Fisioterapia – FENAFISIO.
- 9.1.10. Aos Laboratórios, manter em situação regular ou adquirir o:
- 9.1.10.1. Certificado do Programa Nacional de Controle de Qualidade – PNCQ
- 9.1.10.2. Certificado do Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos – PALC, da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica Medicina Laboratorial – SBPC/ML.
- 9.1.11. As Clínicas de Imagem, manter em situação regular ou adquirir o Certificado do Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem – PADI, do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem.
- 9.2. O contratado para realizar exames laboratoriais, deverá ter a capacidade



instalada para atender no mínimo 30 (trinta) pacientes/dia e fica obrigado a:

9.2.1. Instalar pontos de coletas de amostra para exames laboratoriais nas comunidades, em prédio público ou próprio de acordo com a necessidade e decisão do (a) Gestor (a) local de saúde, subsidiada em decreto que atente situação de calamidade pública no âmbito da saúde pública.

9.3. O Prestador de Serviços contratado se obriga a aceitar, de acordo com as necessidades do município de Farias Brito/CE, respeitada a sua capacidade técnico-operacional, acréscimo ou supressão de até 25% (vinte e cinco por cento) nos serviços objeto de Edital, conforme prevê a da Lei Federal nº. 8.666, de 21 de junho de 1993, em seu artigo 65, em seu parágrafo 1º.

9.4. O Prestador de Serviços contratado se obriga a receber visita técnica de Profissionais pertencentes à Comissão de Credenciamento e Edital de Chamamento Público, sem aviso prévio, e do Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria, antes da contratação e posteriormente a qualquer momento.

9.4.1. Para os casos de visita de auditoria, será dado o conhecimento a representatividade da entidade que está a se credenciar, de no mínimo 24 horas, antes do ato da vista, onde caso a instituição não esteja adequada com os padrões necessários para prestar os serviços poderá haver o cancelamento do contrato, conforme análise do Relatório de Auditoria a ser repassado para a Comissão de Credenciamento e Edital de Chamamento Público, que julgará o processo.

9.4.2. Após a contratação, o Setor de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde de Farias Brito/CE reserva-se o direito de acompanhar, monitorar e auditar, as prestações de serviços, podendo proceder ao descredenciamento em caso de violação das cláusulas contratuais e as previstas neste Edital, verificado em processo administrativo específico, com garantia do contraditório e de ampla defesa.

10. DA DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS E DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS

10.1. Os documentos referenciados no item 5.7 deste Edital deverão ser entregues, em sua totalidade e devidamente protocolados, em envelope amarelo tamanho A4, com a discriminação da razão social do interessado em uma de suas faces, durante o horário de 08h00min as 11h00min e das



- 14h00 às 16h00min, **ATÉ O DIA 15 de fevereiro de 2022, com início de recepção a partir da data de publicação deste Edital**, endereçado ao Setor de Auditoria, Avaliação, Controle e Regulação da Secretaria Municipal de Saúde, situado à *Rua Antônio Fernandes de Lima, 412, Farias Brito/CE*.
- 10.2. Os participantes terão sua participação **excluída na ausência ou irregularidade de quaisquer dos documentos listados nos itens 5.2, 5.3, 5.4 e 5.5** deste Edital.
- 10.3. A Comissão de Credenciamento e Edital de Chamamento Público terá um prazo de até 08 (oito) dias úteis, a contar da data de entrega da documentação para avaliá-la e 03 (três) dias úteis a contar da data da análise, repassar seu julgamento para o interessado via Diário Oficial dos Municípios do Estado do Ceará, disponível no site <https://www.fariasbrito.ce.gov.br/>, sobre a sua habilitação para compor o Banco de Prestadores de Serviços de Saúde.
- 10.4. Se houver contestação por parte de algum candidato excluído, ou tida a sua documentação negada, este terá um prazo de até 03 (três) dias úteis a contar do término daquele contido no item 10.3, para apresentar recurso, manifestando suas razões, direcionado a Comissão de Credenciamento e Edital do Chamamento Público da Secretaria Municipal deste Município.
- 10.5. A Comissão de Credenciamento e Edital do Chamamento Público da Secretaria Municipal deste Município terá um prazo de até 05 (cinco) dias úteis, a contar do término daquele contido no item 10.4, para apreciar e emitir parecer sobre as contestações apresentadas.
- 10.5.1. Caso haja negativa do descrito neste item, **o prestador possui até o dia 15 de Fevereiro de 2022**, para entregar a documentação conforme os critérios estabelecidos no item 5.7 neste Edital.
- 10.5.2. A documentação anteriormente entregue para fins de credenciamento referente ao Chamamento nº 01/2022, não será devolvida em hipótese alguma.
- 10.6. Dar-se-á a publicação dos Prestadores aptos ao credenciamento referente ao Edital de Chamamento Público nº. 01/2022, respeitando os critérios dispostos no Item 8 deste Edital, sendo divulgação a ocorrer no link <https://fariasbrito.ce.gov.br/>.
- 10.6.1. A publicação dos prestadores aptos ao credenciamento referente ao Edital



de Chamamento Público nº. 01/2022 será acumulativa, até a sua completude que se dará no dia 28 de fevereiro de 2022, onde se tem a definição daqueles prestadores que porventura venham a **entregar aos 15 Fevereiro 2022, NÃO HAVENDO APÓS ESTA, PRORROGAÇÃO.**

11. IMPUGNAÇÃO E ESCLARECIMENTOS

- 11.1. Os pedidos de esclarecimentos referentes ao presente chamamento público deverão ser enviados à Comissão de Credenciamento e Edital de Chamamento Público, até 05 (cinco) dias úteis após a publicação deste Edital, no Protocolo desta Secretaria informando o número deste Edital.
- 11.2. Até 05 (cinco) dias úteis depois de divulgação no Diário Oficial dos Municípios do Ceará, no site <https://www.fariasbrito.ce.gov.br/>, qualquer pessoa poderá impugná-lo, mediante petição por escrito, protocolado ao Setor de Assessoria Jurídica da Secretaria Municipal de Saúde, no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), situado à *Rua Antônio Farnades, 412, Farias Brito/CE.*
 - 11.2.1. Não serão conhecidas as impugnações apresentadas fora do prazo legal /ou subscritas por representante não habilitado legalmente.
 - 11.2.2. Decairá do direito de impugnar os termos do edital perante a administração a entidade que não fizer no prazo estabelecido no item 11.2 deste caput.
- 11.3. A impugnação deverá, obrigatoriamente, vir acompanhada de RG ou CPF, em se tratando de pessoa física, e de CNPJ, em se tratando de pessoa jurídica, bem como do respectivo ato constitutivo e procuração na hipótese de Procurador, que comprove que o seu signatário, representa e possui poderes de representação da impugnante.
- 11.4. Caberá à Comissão decidir sobre a petição de impugnação no prazo de 48 (quarenta e oito horas) úteis após seu recebimento e publicá-la no Diário Oficial dos Municípios do Ceará no site <https://www.fariasbrito.ce.gov.br/>.
 - 11.4.1. Considerado o pedido, o processo que rege este Edital será cancelado, e posteriormente aberto novo Edital, considerando os fatos que levaram a revisão do anterior, mas dentro de um prazo de 30 (trinta) dias úteis, a fim de garantir o aporte assistencial e de suporte de apoio ao diagnóstico e a terapêutica e de adequar a necessidade dos serviços de saúde à população fariasbritense.

12. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS



- 12.1. A entidade/empresa que, depois de credenciada não cumprir com as obrigações correspondentes ao atendimento aos beneficiários, descritas neste Edital e no instrumento de contratualização, ficará sujeito às penalidades, previstas nos artigos 86 e 87 e seus respectivos parágrafos, da Lei Federal nº. 8.666, de 21 de junho de 1993.
- 12.2. Será feito, pela Comissão de Credenciamento e Edital de Chamamento Público, tendo em mãos, notificações do Setor de Ouvidoria da Saúde, Relatório do Setor de Auditoria, e dentre outros instrumentos de monitoramento de contratos instituídos pelo Gestor(a) da Secretaria Municipal de Saúde:
- 12.2.1. Notificação.
- 12.2.2. Advertência.
- 12.2.3. Multa de 10% (dez por cento) do valor da obrigação, nos casos de se negarem a cumprir com as obrigações assumidas expressa ou tacitamente, valor este atualizado até a data da sua liquidação através do mesmo índice de correção monetária utilizado para os serviços públicos municipais.
- 12.2.4. Cancelamento do credenciamento junto ao Cadastro de Pessoas Jurídicas de Saúde da Administração Estadual que o tornará impedido durante 02 (dois) anos de participar de novos chamamentos ou de ser contratado pelo poder público.

13. DA CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DAS PESSOAS JURÍDICAS CREDENCIADAS

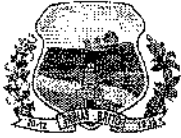
- 13.1. Somente serão contratadas as Pessoas Jurídicas credenciadas no Banco de Prestadores de Serviços da Secretaria Municipal de Saúde, que no ato da efetivação do contrato apresentar situação regular em relação aos documentos abaixo discriminados:
- 13.1.1. Registro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) atualizado.
- 13.1.2. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas.
- 13.1.3. Certidão Negativa de Débitos com o município sede da Pessoa Jurídica.
- 13.1.4. Certidão Negativa de Débitos Estaduais.
- 13.1.5. Certidão Negativa de Débitos relativos aos Tributos Federais e a Dívida Ativa da União.
- 13.1.6. Certidão de Regularidade do FGTS – CRF.
- 13.1.7. Alvará Sanitário atualizado
- 13.1.8. Alvará de Funcionamento atualizado.



- 13.2. A contratação dos serviços ofertados pelos credenciados estará sempre condicionada à disponibilidade de recursos financeiros e as necessidades, identificadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Farias Brito/CE, podendo o Gestor Municipal proceder, mediante o planejamento local de saúde para a programação física dos procedimentos listados no **ANEXO I**.
- 13.2.1. Os critérios de escolha para contratação entre os credenciados se darão na contestação do relatório de auditoria e no descrito no item 5.6 deste Edital.
- 13.2.2. A ampliação ou delação do que está descrito no **ANEXO I** poderá ser feito, sob a forma de aditivo aos contratos firmados com os prestadores de saúde credenciados, dentro da margem de 25% para mais e para menos, após o fechamento do exercício financeiro do ano de assinatura deste instrumento.
- 13.3. O prazo de contratação será sempre até o limite de Crédito Orçamentário do Município para o ano em que o instrumento foi assinado, podendo ser renovado até o limite previsto no artigo 57, inciso II, da Lei Federal nº. 8.666, de 21 de junho de 1993, se não se opuserem nenhuma das partes intervenientes na contratação, por período determinado em comum acordo.
- 13.4. Desde já se notifica os interessados que aderirem o objeto do presente Edital que a aprovação do credenciamento não importa em adjudicação dos serviços constantes no **ANEXO I**, e que serão contratados conforme a demanda, cujo objetivo é de complementar os serviços não oferecidos pelos participantes públicos do SUS no município.

14. DOS ANEXOS INTEGRANTES DESTE EDITAL DE CHAMAMENTO

- 14.1. São partes integrantes deste Edital de Chamamento, os seguintes Documentos:
- 14.1.1. **ANEXO I** – Tabela de Valores e de Procedimentos referentes ao Edital de Chamamento Público nº 01/2022, tendo como base o descrito no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS), competência 02/2021.
- 14.1.2. **ANEXO II** – Modelo de Requerimento para Credenciamento.
- 14.1.3. **ANEXO III** – Modelo da Ficha de Oferta de Serviços
- 14.1.4. **ANEXO IV** – Modelo de Declaração de Idoneidade
- 14.1.5. **ANEXO V** – Minuta Termo de Credenciamento Referente ao Edital nº 01/2022/SMS




SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE FARIAS BRITO

15. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

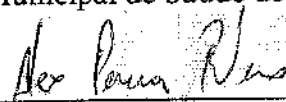
15.1. Este Edital de Chamamento, devidamente publicado na imprensa oficial, admitirá a apresentação de documentação, conforme legislação vigente.

Farias Brito, 01 de fevereiro de 2022




Maria Marclene do Nascimento

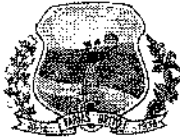
Secretária Municipal de Saúde de Farias Brito/CE



Presidente da Comissão de Credenciamento do
Edital de Chamamento Público



Vice-Presidente da Comissão de Credenciamento do
Edital de Chamamento Público



ANEXO I

**TABELA DE VALORES DOS PROCEDIMENTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE
DO EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2022**

CONSIDERAÇÕES GERAIS

01. Os valores descritos a seguir possuem como referência a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde, disponível em http://sigtap.datasus.gov.br/tabela_unificada/app/sec/inicio.jsp, (SIGTAP) referente à competência financeira de fevereiro de 2022.
02. O faturamento do serviço contratualizado e prestado estará atrelado ao APRESENTADO em boleto específico a ser emitido no Setor de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Farias Brito/CE, compondo o conjunto as ações que serão executadas no ato do atendimento, gerando assim o valor global deste, e APROVADO no software do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).
03. Nas Tabelas a seguir, organizadas sob a forma de lotes, há a padronização da apresentação dos boletos, sob o código constituído por uma letra e três dígitos. Esta estará condicionada a Padronização Normativa do Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria a ser direcionada a prescritores e executores dos procedimentos e serviços a que se refere o presente Edital de Chamamento Público, sob o número 01/2022, da Secretaria Municipal de Saúde de Farias Brito/CE, durante a sua vigência, considerando os Procedimentos Operacionais Padrão publicados pela comunidade científica.

CONSIDERAÇÕES REFERENTES AO LOTE 01

04. No LOTE 01, onde estão agrupados os procedimentos laboratoriais com finalidade diagnóstica, será contabilizado a cada boleto o procedimento 03.01.01.004-8 *Consulta de Profissional de Nível Superior na Atenção Especializada (Exceto Médico)*, condicionado aos laudos emitidos pelo *Farmacêutico Analista Clínico*, sob o CBO 223415, registrado no SCNES do referido prestador. A cobrança destes serviços será condicionada a instrumentos normativos divulgados pelo Setor de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde.

CONSIDERAÇÕES REFERENTES AO LOTE 02

05. No LOTE 02 onde estão agrupados os procedimentos de anatomia patológica e citopatologia com finalidade diagnóstica, será contabilizado a cada boleto o



procedimento *03.01.01.007-2 Consulta Médica na Atenção Especializada*, condicionado aos laudos emitidos pelo *profissional médico*, sob quaisquer dos CBOs descritos para a validação do procedimento no SIGTAP, registrado no SCNES do referido prestador.

CONSIDERAÇÕES REFERENTES AO LOTE 03

06. No LOTE 03 onde estão agrupados os procedimentos de radiologia com finalidade diagnóstica, será contabilizado a cada boleto:

- a. O procedimento *03.01.01.007-2 Consulta Médica na Atenção Especializada*, condicionado aos laudos emitidos pelo *profissional médico*, sob quaisquer dos CBOs descritos para a validação do procedimento no SIGTAP, registrado no SCNES do referido prestador.
- b. O procedimento *03.01.10.001-2 Administração de Medicamentos na Atenção Especializada*, condicionado a administração do contraste, este feito por profissionais das categorias de CBOs 2235 e 3322, descritos para a validação do procedimento no SIGTAP, registrado no SCNES do referido prestador.
- c. O procedimento *04.17.01.005-2 Anestesia Regional*, quando esta for realizada com anestesia local, condicionado ao ato realizado pelo *profissional médico*, sob quaisquer dos CBOs descritos para a validação do procedimento no SIGTAP, registrado no SCNES do referido prestador, quando o procedimento assim necessitar, conforme protocolos operacionais padrão.

CONSIDERAÇÕES REFERENTES AO LOTE 04

07. No LOTE 04 onde estão agrupados os procedimentos de ultrassonografia com finalidade diagnóstica, será contabilizado a cada boleto:

- a. O procedimento *03.01.01.007-2 Consulta Médica na Atenção Especializada*, condicionado aos laudos emitidos pelo *profissional médico*, sob quaisquer dos CBOs descritos para a validação do procedimento no SIGTAP, registrado no SCNES do referido prestador.
- b. O procedimento *03.01.10.001-2 Administração de Medicamentos na Atenção Especializada*, condicionado a administração do contraste, este feito por profissionais das categorias de CBOs 2235 e 3322, descritos para a validação do procedimento no SIGTAP, registrado no SCNES do referido prestador.

CONSIDERAÇÕES REFERENTES AO LOTE 05

08. No LOTE 05 onde estão agrupados os procedimentos de tomografia com



finalidade diagnóstica, será contabilizado a cada boleto:

- a. O procedimento *03.01.01.007-2 Consulta Médica na Atenção Especializada*, condicionado aos laudos emitidos pelo *profissional médico*, sob quaisquer dos CBOs descritos para a validação do procedimento no SIGTAP, registrado no SCNES do referido prestador.
- b. O procedimento *03.01.10.001-2 Administração de Medicamentos na Atenção Especializada*, condicionado a administração do contraste, este feito por profissionais das categorias de CBOs 2235 e 3322, descritos para a validação do procedimento no SIGTAP, registrado no SCNES do referido prestador.
- c. O procedimento *04.17.01.006-0 Sedação*, quando esta for realizada com sedação, condicionado ao ato realizado pelo *profissional médico*, sob quaisquer dos CBOs descritos para a validação do procedimento no SIGTAP, registrado no SCNES do referido prestador, quando o procedimento assim necessitar, conforme protocolos operacionais padrão.

CONSIDERAÇÕES REFERENTES AO LOTE 06

09. No LOTE 06 onde estão agrupados os procedimentos de ressonância magnética com finalidade diagnóstica, será contabilizado a cada boleto:

- a. O procedimento *03.01.01.007-2 Consulta Médica na Atenção Especializada*, condicionado aos laudos emitidos pelo *profissional médico*, sob quaisquer dos CBOs descritos para a validação do procedimento no SIGTAP, registrado no SCNES do referido prestador.
- b. O procedimento *04.17.01.006-0 Sedação*, quando esta for realizada com sedação, condicionado ao ato realizado pelo *profissional médico*, sob quaisquer dos CBOs descritos para a validação do procedimento no SIGTAP, registrado no SCNES do referido prestador, quando o procedimento assim necessitar, conforme protocolos operacionais padrão.

CONSIDERAÇÕES REFERENTES AO LOTE 07

10. No LOTE 07 onde estão agrupados os procedimentos de medicina nuclear *in vivo* com finalidade diagnóstica, será contabilizado a cada boleto:

- a. O procedimento *03.01.01.007-2 Consulta Médica na Atenção Especializada*, condicionado aos laudos emitidos pelo *profissional médico*, sob quaisquer dos CBOs descritos para a validação do procedimento no SIGTAP, registrado no SCNES do referido



- prestador.
- b. O procedimento 04.17.01.006-0 *Sedação*, quando esta for realizada com sedação, condicionado ao ato realizado pelo *profissional médico*, sob quaisquer dos CBOs descritos para a validação do procedimento no SIGTAP, registrado no SCNES do referido prestador, quando o procedimento assim necessitar, conforme protocolos operacionais padrão.

CONSIDERAÇÕES REFERENTES AO LOTE 08

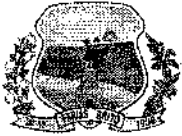
11. No LOTE 08 onde estão agrupados os procedimentos de endoscopia com finalidade diagnóstica, será contabilizado a cada boleto:

- a. O procedimento 03.01.01.007-2 *Consulta Médica na Atenção Especializada*, condicionado aos laudos emitidos pelo *profissional médico*, sob quaisquer dos CBOs descritos para a validação do procedimento no SIGTAP, registrado no SCNES do referido prestador.
- b. O procedimento 03.01.10.001-2 *Administração de Medicamentos na Atenção Especializada*, condicionado a administração do contraste, este feito por profissionais das categorias de CBOs 2235 e 3322, descritos para a validação do procedimento no SIGTAP, registrado no SCNES do referido prestador.
- c. O procedimento 04.17.01.006-0 *Sedação*, quando esta for realizada com sedação, condicionado ao ato realizado pelo *profissional médico*, sob quaisquer dos CBOs descritos para a validação do procedimento no SIGTAP, registrado no SCNES do referido prestador, quando o procedimento assim necessitar, conforme protocolos operacionais padrão.
- d. O procedimento 04.17.01.005-2 *Anestesia Regional*, quando esta for realizada com anestesia local, condicionado ao ato realizado pelo *profissional médico*, sob quaisquer dos CBOs descritos para a validação do procedimento no SIGTAP, registrado no SCNES do referido prestador, quando o procedimento assim necessitar, conforme protocolos operacionais padrão.

CONSIDERAÇÕES REFERENTES AO LOTE 09

12. No LOTE 09 onde estão agrupados os procedimentos de radiologia intervencionista com finalidade diagnóstica, será contabilizado a cada boleto:

- a. O procedimento 03.01.01.007-2 *Consulta Médica na Atenção Especializada*, condicionado aos laudos emitidos pelo *profissional médico*, sob quaisquer dos CBOs descritos para a validação do



- procedimento no SIGTAP, registrado no SCNES do referido prestador.
- b. O procedimento *03.01.10.001-2 Administração de Medicamentos na Atenção Especializada*, condicionado a administração do contraste, este feito por profissionais das categorias de CBOs 2235 e 3322, descritos para a validação do procedimento no SIGTAP, registrado no SCNES do referido prestador.
 - c. O procedimento *04.17.01.006-0 Sedação*, quando esta for realizada com sedação, condicionado ao ato realizado pelo *profissional médico*, sob quaisquer dos CBOs descritos para a validação do procedimento no SIGTAP, registrado no SCNES do referido prestador, quando o procedimento assim necessitar, conforme protocolos operacionais padrão.
 - d. O procedimento *04.17.01.005-2 Anestesia Regional*, quando esta for realizada com anestesia local, condicionado ao ato realizado pelo *profissional médico*, sob quaisquer dos CBOs descritos para a validação do procedimento no SIGTAP, registrado no SCNES do referido prestador, quando o procedimento assim necessitar, conforme protocolos operacionais padrão.

CONSIDERAÇÕES REFERENTES AO LOTE 10

13. No LOTE 10, onde estão os Procedimentos de Coleta de Material com Finalidade Diagnóstica, o procedimento *03.01.01.007-2 Consulta Médica na Atenção Especializada*, está condicionado ao laudo emitido pelo *profissional médico* executor do procedimento, assim como o *04.17.01.005-2 Anestesia Regional*, condicionado aos procedimentos em que se faz necessário a realização de anestesia local, para a realização da biopsia / exérese. A distribuição em códigos específicos presentes neste lote representa a apresentação do procedimento nos boletos originados do Setor de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde.

CONSIDERAÇÕES REFERENTES AO LOTE 11

14. No LOTE 11, estão descritos especificamente os conjuntos de exames destinados à manutenção do Pré-natal, divididos por período de gestação e estratificação de risco, sendo o código a que se refere o bloco, representa todos os exames com suas respectivas características do SIGTAP. O código representa a apresentação dos procedimentos nos boletos originados do Setor de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde.

CONSIDERAÇÕES REFERENTES AO LOTE 12



15. No LOTE 12, estão descritos especificamente os conjuntos de exames referentes à Triagem Neonatal, divididos por tipo de teste, sendo o código a que se refere o bloco, representa todos os exames com suas respectivas características do SIGTAP. O código representa a apresentação dos procedimentos nos boletos originados do Setor de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde.

CONSIDERAÇÕES REFERENTES AO LOTE 13

16. No LOTE 13, estão descritos especificamente os conjuntos de exames referentes a Métodos de Diagnósticos por Especialidades Clínicas, divididos por tipo de clínica médica, sendo o código a que se refere o bloco, representa todos os exames com suas respectivas características do SIGTAP. O código representa a apresentação dos procedimentos nos boletos originados do Setor de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde.

CONSIDERAÇÕES REFERENTES AO LOTE 14

17. No LOTE 14, onde estão os Procedimentos de Fisioterapia, o procedimento *03.01.01.004-8 Consulta de Profissional de Nível Superior na Atenção Especializada (Exceto Médico)*, condicionado aos laudos emitidos pelo *Fisioterapeuta geral*, sob o CBO 223605, registrado no SCNES do referido prestador. O faturamento neste será condicionado ao registro de há cada 10 procedimentos, 01 consulta.

CONSIDERAÇÕES REFERENTES AO LOTE 15

18. No LOTE 15, onde estão os Procedimentos referentes a Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos, divididos em blocos por área de atuação e clínica. O faturamento dos acompanhamentos listados neste lote está condicionado à descrição dos procedimentos em boleto, conforme prescrição, somatizada ao registro de consulta pelos códigos *03.01.01.004-8 Consulta de Profissional de Nível Superior na Atenção Especializada (Exceto Médico)* ou *03.01.01.007-2 Consulta Médica na Atenção Especializada*, quando assim for realizada pelo executor.

CONSIDERAÇÕES REFERENTES AO LOTE 16

19. No LOTE 16, estão descritos especificamente os conjuntos de Procedimentos Ambulatoriais Clínicos por Especialidade, divididos por tipo de clínica médica, sendo o código a que se refere o bloco, representa todos os exames com suas respectivas características do SIGTAP. O código representa a apresentação dos procedimentos nos boletos originados do Setor de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde.



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE FARIAS BRITO

CONSIDERAÇÕES REFERENTES AO LOTE 17

20. No LOTE 17, estão descritos especificamente os conjuntos de Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos por Especialidade, divididos por tipo de clínica médica, sendo o código a que se refere o bloco, representa todos os exames com suas respectivas características do SIGTAP. O código representa a apresentação dos procedimentos nos boletos originados do Setor de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde. O processo pré e pós-operatório será condicionada a instrumentos normativos divulgados pelo Setor de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde.

CONSIDERAÇÕES REFERENTES AO LOTE 18

21. No LOTE 18, estão descritos especificamente os Materiais Especiais para Procedimentos em Nefrologia que são cobrados juntamente com os procedimentos pactuados por aqueles que fornecerão os serviços de saúde em nefrologia, via apresentação pelos instrumentos de informação conforme rege o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), cujas regras de faturamento estão descritas no Sistema de Gestão da Tabela de Procedimentos do SUS, em <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>.

CONSIDERAÇÕES REFERENTES AO LOTE 19

22. No LOTE 19, estão descritos os procedimentos referentes à dispensação de órteses, próteses e materiais especiais, cuja cobrança, será condicionada a instrumentos normativos divulgados pelo Setor de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde.

LOTE 01: Procedimentos Laboratoriais com Finalidade Diagnóstica

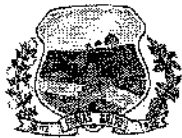
SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
02.02.01.000-0	Exames Bioquímicos	R\$ 3,51
02.02.01.001-5	Clearance Osmolar	R\$ 2,01
02.02.01.002-3	Determinação de Capacidade de Fixação do Ferro	R\$ 15,65
02.02.01.003-1	Determinação de Cromatografia de Aminoácidos	R\$ 3,63
02.02.01.004-0	Determinação de Curva Glicêmica (2 Dosagens) TTOG	R\$ 6,55
02.02.01.005-8	Determinação de Curva Glicêmica C/ Indução Por Cortisona (5 Dosagens)	R\$ 3,68
02.02.01.006-6	Determinação de Curva Glicêmica C/ Indução Por Cortisona (4 Dosagens)	R\$ 10,00
02.02.01.007-4	Determinação de Curva Glicêmica Clássica (5 Dosagens)	R\$ 3,51
02.02.01.008-2	Determinação de Osmolaridade	R\$ 3,51
02.02.01.009-0	Dosagem de 5-Nucleotidase	R\$ 1,85
02.02.01.010-4	Dosagem de Acetona	R\$ 2,01
02.02.01.011-2	Dosagem de Ácido Ascórbico	R\$ 1,85
02.02.01.012-0	Dosagem de Ácido Úrico	R\$ 9,00
02.02.01.013-9	Dosagem de Ácido Vanilmandélico	R\$ 3,68
02.02.01.014-7	Dosagem de Aldolase	R\$ 3,68
02.02.01.015-5	Dosagem de Alfa-1-Antitripsina	R\$ 3,68
02.02.01.016-3	Dosagem de Alfa-1-Glicoproteína Ácida	R\$ 3,68
02.02.01.017-1	Dosagem de Alfa-2-Macroglobulina	R\$ 3,68



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE FARIAS BRITO

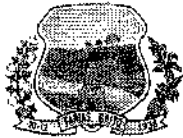
02.02.01.018-0	Dosagem de Amilase	R\$ 2,25
02.02.01.019-8	Dosagem de Amônia	R\$ 3,51
02.02.01.020-1	Dosagem de Bilirrubina Total e Frações	R\$ 2,01
02.02.01.021-0	Dosagem de Cálcio	R\$ 1,85
02.02.01.022-8	Dosagem de Cálcio Ionizável	R\$ 3,51
02.02.01.023-6	Dosagem de Caroteno	R\$ 2,01
02.02.01.025-2	Dosagem de Ceruloplasmina	R\$ 3,68
02.02.01.026-0	Dosagem de Cloreto	R\$ 1,85
02.02.01.027-9	Dosagem de Colesterol HDL	R\$ 3,51
02.02.01.028-7	Dosagem de Colesterol LDL	R\$ 3,51
02.02.01.029-5	Dosagem de Colesterol Total	R\$ 1,85
02.02.01.030-9	Dosagem de Colinesterase	R\$ 3,68
02.02.01.031-7	Dosagem de Creatinina	R\$ 1,85
02.02.01.032-5	Dosagem de Creatinofosfoquinase (CPK)	R\$ 3,68
02.02.01.033-3	Dosagem de Creatinofosfoquinase Fração MB	R\$ 4,21
02.02.01.034-1	Dosagem de Desidrogenase Alfa-Hidroxi-butirica	R\$ 3,51
02.02.01.035-0	Dosagem de Desidrogenase Glutâmica	R\$ 3,51
02.02.01.036-8	Dosagem de Desidrogenase Láctica	R\$ 3,68
02.02.01.037-6	Dosagem de Desidrogenase Láctica (Isoenzimas Fracionadas)	R\$ 3,68
02.02.01.038-4	Dosagem de Ferritina	R\$ 15,59
02.02.01.039-2	Dosagem de Ferro Sérico	R\$ 3,51
02.02.01.040-6	Dosagem de Folato	R\$ 15,65
02.02.01.041-4	Dosagem de Fosfatase Ácida Total	R\$ 2,01
02.02.01.042-2	Dosagem de Fosfatase Alcalina	R\$ 2,01
02.02.01.043-0	Dosagem de Fosforo	R\$ 1,85
02.02.01.044-9	Dosagem de Fração Prostática da Fosfatase Ácida	R\$ 2,01
02.02.01.045-7	Dosagem de Galactose	R\$ 3,51
02.02.01.046-5	Dosagem de Gama-Glutamil-Transferase (Gama GT)	R\$ 3,51
02.02.01.047-3	Dosagem de Glicose	R\$ 1,85
02.02.01.048-1	Dosagem de Glicose-6-Fosfato Desidrogenase	R\$ 3,68
02.02.01.049-0	Dosagem de Haptoglobina	R\$ 3,68
02.02.01.050-0	Dosagem de Hemoglobina Glicosilada	R\$ 7,68
02.02.01.051-1	Dosagem de Hidroxiprolina	R\$ 3,68
02.02.01.052-0	Dosagem de Isomerase-Fosfohexose	R\$ 3,51
02.02.01.053-8	Dosagem de Lactato	R\$ 3,68
02.02.01.054-6	Dosagem de Leucino-Aminopeptidase	R\$ 3,51
02.02.01.055-4	Dosagem de Lipase	R\$ 2,25
02.02.01.056-2	Dosagem de Magnésio	R\$ 2,01
02.02.01.057-0	Dosagem de Muco-Proteínas	R\$ 2,01
02.02.01.000-0	Exames Bioquímicos	
02.02.01.058-9	Dosagem de Piruvato	R\$ 3,68
02.02.01.059-7	Dosagem de Porfirinas	R\$ 3,51
02.02.01.060-0	Dosagem de Potássio	R\$ 1,85
02.02.01.061-9	Dosagem de Proteínas Totais	R\$ 1,40
02.02.01.062-7	Dosagem de Proteínas Totais e Frações	R\$ 1,85
02.02.01.063-5	Dosagem de Sódio	R\$ 1,85
02.02.01.064-3	Dosagem de Transaminase Glutâmico-Oxalacética (TGO)	R\$ 2,01
02.02.01.065-1	Dosagem de Transaminase Glutâmico-Pirúvica (TGP)	R\$ 2,01
02.02.01.066-0	Dosagem de Transferrina	R\$ 4,21
02.02.01.067-8	Dosagem de Triglicérides	R\$ 3,51
02.02.01.068-6	Dosagem de Triptofano	R\$ 3,51
02.02.01.069-4	Dosagem de Ureia	R\$ 1,85
02.02.01.070-8	Dosagem de Vitamina B12	R\$ 15,24
02.02.01.071-6	Eletroforese de Lipoproteínas	R\$ 3,68
02.02.01.072-4	Eletroforese de Proteínas	R\$ 4,42
02.02.01.073-2	Gasometria (PH, PCO ₂ , PO ₂ , Bicarbonato AS ₂ (Excesso ou Déficit Base)	R\$ 15,65
02.02.01.074-0	Prova da D-Xilose	R\$ 3,68
02.02.01.075-9	Teste de Tolerância a insulina / Hipoglicemiantes Oraís	R\$ 6,55
02.02.01.076-7	Dosagem de 25-Hidroxivitamina D	R\$ 15,24



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE FARIAS BRITO

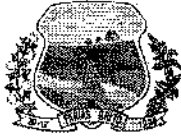
02.02.01.077-5	Determinação de Crematócrito no Leite Humano Ordenhado	R\$ 1,53
02.02.01.078-3	Acidez Tripulável no Leite Humano (DORNIC)	R\$ 3,04
02.02.01.079-1	Dosagem de Peptídeos Natriuréticos Tipo B (BNP e NT-PROBNP)	R\$ 27,00
02.02.02.000-0	Exames Hematológicos e de Hemostasia	
02.02.02.001-0	Citoquímica Hematológica	R\$ 6,48
02.02.02.002-9	Contagem de Plaquetas	R\$ 2,73
02.02.02.003-7	Contagem de Reticulócitos	R\$ 2,73
02.02.02.005-3	Determinação de Enzimas Eritrocitárias (CADA)	R\$ 2,73
02.02.02.006-1	Determinação de Sulfo-Hemoglobina	R\$ 2,73
02.02.02.007-0	Determinação de Tempo de Coagulação	R\$ 2,73
02.02.02.008-8	Determinação de Tempo de Lise da Euglobulina	R\$ 2,73
02.02.02.009-0	Determinação de Tempo de Sangramento-Duke	R\$ 9,00
02.02.02.010-0	Determinação de Tempo de Sangramento de IVY	R\$ 5,79
02.02.02.011-8	Determinação de Tempo de Sobrevida de Hemácias	R\$ 2,85
02.02.02.012-6	Determinação de Tempo de Trombina	R\$ 5,77
02.02.02.013-4	Determinação de Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTP Ativada)	R\$ 2,73
02.02.02.014-2	Determinação de Tempo e Atividade da Protrombina (TAP)	R\$ 9,00
02.02.02.015-0	Determinação de Velocidade de Hemossedimentação (VHS)	R\$ 4,11
02.02.02.016-9	Dosagem de Anticoagulante Circulante	R\$ 6,48
02.02.02.017-7	Dosagem de Antitrombina III	R\$ 5,31
02.02.02.018-5	Dosagem de Fator II	R\$ 7,61
02.02.02.019-3	Dosagem de Fator IX	R\$ 4,73
02.02.02.020-7	Dosagem de Fator V	R\$ 8,09
02.02.02.021-5	Dosagem de Fator VII	R\$ 6,63
02.02.02.022-3	Dosagem de Fator VIII	R\$ 15,00
02.02.02.023-1	Dosagem de Fator VIII (Inibidor)	R\$ 18,91
02.02.02.024-0	Dosagem de Fator Von Willebrand (Antígeno)	R\$ 6,66
02.02.02.025-8	Dosagem de Fator X	R\$ 9,11
02.02.02.026-6	Dosagem de Fator XI	R\$ 10,51
02.02.02.027-4	Dosagem de Fator XII	R\$ 6,66
02.02.02.028-2	Dosagem de Fator XIII	R\$ 4,60
02.02.02.029-0	Dosagem de Fibrinogênio	R\$ 1,53
02.02.02.030-4	Dosagem de Hemoglobina	R\$ 2,73
02.02.02.031-2	Dosagem de Hemoglobina Instabilidade a 37°C	R\$ 2,73
02.02.02.032-0	Dosagem de Hemoglobina Fetal	R\$ 2,73
02.02.02.033-9	Dosagem de Hemossiderina	R\$ 4,11
02.02.02.034-7	Dosagem de Plasminogênio	
02.02.02.000-0	Exames Hematológicos e de Hemostasia	R\$ 5,41
02.02.02.035-5	Eletroforese de Hemoglobina	R\$ 2,73
02.02.02.036-3	Eritrograma (Eritrócitos, Hemoglobina, Hematócrito)	R\$ 1,53
02.02.02.037-1	Hematócrito	R\$ 4,11
02.02.02.038-0	Hemograma Completo	R\$ 2,73
02.02.02.039-8	Leucograma	R\$ 25,00
02.02.02.040-1	Pesquisa de Atividade do Cofator de Ristocetina	R\$ 4,11
02.02.02.041-0	Pesquisa de Células LE	R\$ 2,73
02.02.02.042-8	Pesquisa de Corpúsculos de Heinz	R\$ 2,73
02.02.02.043-6	Pesquisa de Filaria	R\$ 2,73
02.02.02.044-4	Pesquisa de Hemoglobina S	R\$ 2,73
02.02.02.046-0	Pesquisa de Tripanossoma	R\$ 4,11
02.02.02.048-7	Prova de Consumo de Protrombina	R\$ 2,73
02.02.02.049-5	Prova de Retração do Coágulo	R\$ 2,73
02.02.02.050-9	Prova do Laço	R\$ 2,73
02.02.02.051-7	Rastreo P/ Deficiência de Enzimas Eritrocitárias	R\$ 12,00
02.02.02.052-5	Teste de Agregação de Plaquetas	R\$ 2,73
02.02.02.053-3	Teste de HAM (Hemólise Ácida)	R\$ 2,73
02.02.02.054-1	Teste Direto de Antiglobulina Humana (TAD)	R\$ 75,00
02.02.02.055-0	Dosagem de Proteína C Funcional	R\$ 125,00
02.02.02.056-8	Dosagem de Proteína S Funcional	R\$ 110,00
02.02.02.057-6	Pesquisa de Anticoagulante Lúptico	



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE FÁTIMA BRITO

02.02.03.000-0 Exames Sorológicos e Imunobiológicos		
02.02.03.001-6	Contagem de Linfócitos B	R\$ 15,00
02.02.03.002-4	Contagem de Linfócitos CD4/CD8	R\$ 15,00
02.02.03.003-2	Contagem de Linfócitos T Totais	R\$ 15,00
02.02.03.004-0	Deteção de Ácidos Nucleicos do HIV-1 (Qualitativo)	R\$ 65,00
02.02.03.005-9	Deteção de RNA do Vírus da Hepatite C (Qualitativo)	R\$ 96,00
02.02.03.006-7	Determinação de Complemento (CH50)	R\$ 9,25
02.02.03.007-5	Determinação de Fator Reumatoide	R\$ 2,83
02.02.03.008-3	Determinação Quantitativa de Proteína C Reativa	R\$ 9,25
02.02.03.009-1	Dosagem de Alfa-Fetoproteína	R\$ 15,06
02.02.03.010-5	Dosagem de Antígeno Prostático Específico (PSA)	R\$ 16,42
02.02.03.011-3	Dosagem de Beta-2-Microglobulina	R\$ 13,55
02.02.03.012-1	Dosagem de Complemento C3	R\$ 17,16
02.02.03.013-0	Dosagem de Complemento C4	R\$ 17,16
02.02.03.014-8	Dosagem de Crioaglutinina	R\$ 2,83
02.02.03.015-6	Dosagem de Imunoglobulina A (IgA)	R\$ 17,16
02.02.03.016-4	Dosagem de Imunoglobulina E (IgE)	R\$ 9,25
02.02.03.018-0	Dosagem de Imunoglobulina M (IgM)	R\$ 17,16
02.02.03.019-9	Dosagem de Inibidor de C1-Esterase	R\$ 9,25
02.02.03.020-2	Dosagem de Proteína C Reativa	R\$ 2,83
02.02.03.021-0	Genotipagem de Vírus da Hepatite C	R\$ 298,48
02.02.03.022-9	Imunoeletroforese de Proteínas	R\$ 17,16
02.02.03.023-7	Imunofenotipagem de Hemopatias Malignas (Por Marcador)	R\$ 80,00
02.02.03.025-3	Pesquisa de Anticorpo IgG Anticardiolipina	R\$ 10,00
02.02.03.026-1	Pesquisa de Anticorpo IgM Anticardiolipina	R\$ 10,00
02.02.03.027-0	Pesquisa de Anticorpos Anti-DNA	R\$ 8,67
02.02.03.028-8	Pesquisa de Anticorpos Anti- <i>Helicobacter pylori</i>	R\$ 17,16
02.02.03.029-6	Pesquisa de Anticorpos Anti-HIV-1 (Western Blot)	R\$ 85,00
02.02.03.030-0	Pesquisa de Anticorpos Anti-HIV-1 + HIV-2 (Elisa)	R\$ 10,00
02.02.03.031-8	Pesquisa de Anticorpos Anti-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 18,55
02.02.03.032-6	Pesquisa de Anticorpos Anti-Ribonucleoproteína (RNP)	R\$ 17,16
02.02.03.033-4	Pesquisa de Anticorpos Anti-Schistosomas	R\$ 5,74
02.02.03.034-2	Pesquisa de Anticorpos Anti-SM	R\$ 17,16
02.02.03.035-0	Pesquisa de Anticorpos Anti-SS-A (RO)	R\$ 18,55
02.02.03.036-9	Pesquisa de Anticorpos Anti-SS-B (LA)	R\$ 18,55
02.02.03.000-0 Exames Sorológicos e Imunobiológicos		
02.02.03.037-7	Pesquisa de Anticorpos Antiadenovírus	R\$ 9,25
02.02.03.038-5	Pesquisa de Anticorpos Antiamebas	R\$ 10,00
02.02.03.039-3	Pesquisa de Anticorpos Antiaspergillus	R\$ 3,70
02.02.03.040-7	Pesquisa de Anticorpos Antibrucelas	R\$ 9,25
02.02.03.041-5	Pesquisa de Anticorpos Anticisticerco	R\$ 5,83
02.02.03.042-3	Pesquisa de Anticorpos Anticlamídia (Por Imunofluorescência)	R\$ 10,00
02.02.03.043-1	Pesquisa de Anticorpos Anticortex Suprarrenal	R\$ 17,16
02.02.03.044-0	Pesquisa de Anticorpos Antiequinoscos	R\$ 9,25
02.02.03.045-8	Pesquisa de Anticorpos Antiescleroderma (SCL 70)	R\$ 10,00
02.02.03.046-6	Pesquisa de Anticorpos Antiespermatozoides	R\$ 9,70
02.02.03.047-4	Pesquisa de Anticorpos Antiestreptolisina O (ASLO)	R\$ 2,83
02.02.03.048-2	Pesquisa de Anticorpos Antifigado	R\$ 10,00
02.02.03.050-4	Pesquisa de Anticorpos Antiglomerulo	R\$ 10,00
02.02.03.051-2	Pesquisa de Anticorpos Antihota de Langerhans	R\$ 10,00
02.02.03.052-0	Pesquisa de Anticorpos Antiinsulina	R\$ 17,16
02.02.03.053-9	Pesquisa de Anticorpos Antileptospiras	R\$ 4,10
02.02.03.054-7	Pesquisa de Anticorpos Antilisteria	R\$ 5,50
02.02.03.056-3	Pesquisa de Anticorpos Antimitocondria	R\$ 17,16
02.02.03.057-1	Pesquisa de Anticorpos Antimusculo Estriado	R\$ 17,16
02.02.03.058-0	Pesquisa de Anticorpos Antimusculo Liso	R\$ 17,16
02.02.03.059-8	Pesquisa de Anticorpos Antinúcleo	R\$ 17,16
02.02.03.060-1	Pesquisa de Anticorpos Antiparietais	R\$ 17,16
02.02.03.061-0	Pesquisa de Anticorpos Antiplasmodios	R\$ 10,00



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE FARIAS BRITO

02.02.03.062-8	Pesquisa de Anticorpos Antitreoglobulina	R\$ 17,16
02.02.03.063-6	Pesquisa de Anticorpos Contra Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B (Anti-HbS)	R\$ 18,55
02.02.03.064-4	Pesquisa de Anticorpos Contra Antígeno e do Vírus da Hepatite B (Anti-HbE)	R\$ 8,55
02.02.03.065-2	Pesquisa de Anticorpos Contra Histoplasma	R\$ 7,78
02.02.03.066-0	Pesquisa de Anticorpos Contra o <i>Sporotrixschenkii</i>	R\$ 9,71
02.02.03.067-9	Pesquisa de Anticorpos Contra o Vírus da Hepatite C (Anti-HCV)	R\$ 18,55
02.02.03.068-7	Pesquisa de Anticorpos Contra o Vírus da Hepatite D (Anti-HDV)	R\$ 18,55
02.02.03.069-5	Pesquisa de Anticorpos Contra o Vírus do Sarampo	R\$ 9,25
02.02.03.070-9	Pesquisa de Anticorpos Contra <i>Paracoccidíoides Brasiliensis</i>	R\$ 4,10
02.02.03.071-7	Pesquisa de Anticorpos e/ou Antígeno do Vírus Sincicial Respiratório	R\$ 18,55
02.02.03.072-9	Pesquisa de Anticorpos EIE Anticlamídia	R\$ 17,16
02.02.03.073-3	Pesquisa de Anticorpos Heterofilos Contra o Vírus Epstein-Barr	R\$ 2,83
02.02.03.074-1	Pesquisa de Anticorpos IgG Anticitomegalovirus	R\$ 11,00
02.02.03.075-0	Pesquisa de Anticorpos IgG Antileishmanias	R\$ 9,25
02.02.03.076-8	Pesquisa de Anticorpos IgG Antitoxoplasma	R\$ 16,97
02.02.03.077-6	Pesquisa de Anticorpos IgG Anti <i>Trypanosoma Cruzi</i>	R\$ 9,25
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
02.02.03.079-2	Pesquisa de Anticorpos IgG Contra Arbovírus	R\$ 30,00
02.02.03.080-6	Pesquisa de Anticorpos IgG Contra o Vírus da Hepatite A (HAVIgG)	R\$ 18,55
02.02.03.081-4	Pesquisa de Anticorpos IgG Contra o Vírus da Rubéola	R\$ 17,16
02.02.03.082-2	Pesquisa de Anticorpos IgG Contra o Vírus da Varicela-Herpes Zoster	R\$ 17,16
02.02.03.083-0	Pesquisa de Anticorpos IgG Contra o Vírus Epstein-Barr	R\$ 17,16
02.02.03.084-9	Pesquisa de Anticorpos IgG Contra o Vírus Herpes Simples	R\$ 17,16
02.02.03.085-7	Pesquisa de Anticorpos IgM Anticitomegalovirus	R\$ 11,61
SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
02.02.03.086-5	Pesquisa de Anticorpos IgM Antileishmanias	R\$ 10,00
02.02.03.087-3	Pesquisa de Anticorpos IgM Antitoxoplasma	R\$ 18,55
02.02.03.088-1	Pesquisa de Anticorpos IgM Anti <i>Trypanosoma Cruzi</i>	R\$ 9,25
02.02.03.089-0	Pesquisa de Anticorpos IgM Contra Antígeno Central do Vírus da Hepatite B (Anti-HBCIgM)	R\$ 18,55
02.02.03.090-3	Pesquisa de Anticorpos IgM Contra Arbovírus	R\$ 20,00
02.02.03.091-1	Pesquisa de Anticorpos IgM Contra o Vírus da Hepatite A (HAVIgG)	R\$ 18,55
02.02.03.000-0	Exames Sorológicos e Imunobiológicos	
02.02.03.092-0	Pesquisa de Anticorpos IgM Contra o Vírus da Rubéola	R\$ 17,16
02.02.03.093-8	Pesquisa de Anticorpos IgM Contra o Vírus da Varicela-Herpes Zoster	R\$ 17,16
02.02.03.094-6	Pesquisa de Anticorpos IgM Contra o Vírus Epstein-Barr	R\$ 17,16
02.02.03.095-4	Pesquisa de Anticorpos IgM Contra o Vírus Herpes Simples	R\$ 17,16
02.02.03.096-2	Pesquisa de Antígeno Carcinoembrionário (CEA)	R\$ 13,35
02.02.03.097-0	Pesquisa de Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B (HBSAG)	R\$ 18,55
02.02.03.098-9	Pesquisa de Antígeno e do Vírus da Hepatite B (HBEAG)	R\$ 18,55
02.02.03.099-7	Deteção de Clamídia e Gonococo por Biologia Molecular	R\$ 60,00
02.02.03.100-4	Pesquisa de Crioglobulinas	R\$ 2,83
02.02.03.101-2	Pesquisa de Fator Reumatoide (Waalser-Rose)	R\$ 4,10
02.02.03.102-0	Pesquisa de HIV-1 por Imunofluorescência	R\$ 10,00
02.02.03.103-9	Pesquisa de Imunoglobulina E (IgE) Alérgeno-Específica	R\$ 9,25
02.02.03.104-7	Pesquisa de <i>Trypanosoma Cruzi</i> (Por Imunofluorescência)	R\$ 10,00
02.02.03.105-5	Provas de Prausnitz-Kustner (PK)	R\$ 1,77
02.02.03.106-3	Provas Imuno-Alérgicas Bacterianas	R\$ 1,77
02.02.03.107-1	Quantificação de RNA do HIV-1	R\$ 18,00
02.02.03.108-0	Quantificação de RNA do Vírus da Hepatite C	R\$ 168,48
02.02.03.109-8	Teste Treponêmico P/ Deteção de Sífilis	R\$ 4,10
02.02.03.110-1	Reação de Montenegro ID	R\$ 2,83
02.02.03.111-0	Teste Não Treponêmico P/ Deteção de Sífilis	R\$ 2,83
02.02.03.112-8	Teste FTA-ABS IgG P/ Diagnostico da Sífilis	R\$ 10,00
02.02.03.113-6	Teste FTA-ABS IgM P/ Diagnostico da Sífilis	R\$ 10,00
02.02.03.114-4	Testes Alérgicos de Contato	R\$ 1,77
02.02.03.115-2	Testes Cutâneos de Leitura Imediata	R\$ 1,77



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE FÁTIMA BRITO

02.02.03.117-9	Teste Não Treponêmico P/ Detecção de Sífilis em Gestantes	R\$ 2,83
02.02.03.118-7	Dosagem de Anticorpos Antitransglutaminais e Recombinante Humano IgA	R\$ 18,55
02.02.03.119-5	Dosagem da Fração C1Q do Complemento	R\$ 17,16
02.02.03.120-9	Dosagem de Troponina	R\$ 9,00
02.02.03.121-7	Dosagem do Antígeno CA 125	R\$ 13,35
02.02.03.122-5	Exame Laboratorial para Doença de Gaucher I	R\$ 80,00
02.02.03.123-3	Exame Laboratorial para Doença de Gaucher II	R\$ 120,00
02.02.03.125-0	Detecção de RNA do HTLV-1	R\$ 65,00
02.02.03.126-8	Pesquisa de Anticorpos Anti-HTLV-1 (Western-Blot)	R\$ 85,00
02.02.03.127-6	Dosagem de Adenosina-Desaminase (ADA)	R\$ 13,06
02.02.03.128-4	Antibeta 2 Glicoproteína I IgG	R\$ 125,00
02.02.03.129-2	Dosagem de Anti-Beta-2-Glicoproteína I IgM	R\$ 125,00
02.02.03.130-6	Diagnóstico E Reavaliação de Hemoglobinúria Paroxística Noturna	R\$ 80,00
02.02.04.000-0	Exames Coprológicos	
02.02.04.001-1	Dosagem de Esterco-bilinogenio Fecal	R\$ 1,65
02.02.04.002-0	Dosagem de Gordura Fecal	R\$ 3,04
02.02.04.003-8	Exame Coprológico Funcional	R\$ 3,04
02.02.04.004-6	Identificação de Fragmentos De Helmintos	R\$ 1,65
02.02.04.005-4	Pesquisa de Enterobius Vermiculares (Oxiurusoxiura)	R\$ 1,65
02.02.04.006-2	Pesquisa de Eosinófilos	R\$ 1,65
02.02.04.007-0	Pesquisa de Gordura Fecal	R\$ 1,65
02.02.04.008-9	Pesquisa de Larvas nas Fezes	R\$ 1,65
02.02.04.009-7	Pesquisa de Leucócitos nas Fezes	R\$ 1,65
02.02.04.010-0	Pesquisa de Leveduras nas Fezes	R\$ 1,65
02.02.04.011-9	Pesquisa de Ovos de Schistosomas (em Fragmento de Mucosa)	R\$ 1,65
02.02.04.012-7	Pesquisa de Ovos e Cistos de Parasitas	R\$ 1,65
02.02.04.013-5	Pesquisa de Rotavírus nas Fezes	R\$ 10,25
02.02.04.014-3	Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes	R\$ 1,65
02.02.04.015-1	Pesquisa de Substâncias Redutoras nas Fezes	R\$ 1,65
02.02.04.016-0	Pesquisa de Tripsina nas Fezes	R\$ 1,65
02.02.04.017-8	Pesquisa de Trofozoitas nas Fezes	R\$ 1,65
02.02.05.000-0	Exames de Uroanálise	
02.02.05.001-7	Análise de Caracteres Físicos, Elementos e Sedimento da Urina	R\$ 3,70
02.02.05.002-5	Clearance de Creatinina	R\$ 3,51
02.02.05.003-3	Clearance de Fosfato	R\$ 3,51
02.02.05.004-1	Clearance de Ureia	R\$ 3,51
02.02.05.005-0	Contagem de Addis	R\$ 2,04
02.02.05.006-8	Determinação de Osmolalidade	R\$ 3,70
02.02.05.007-6	Identificação de Glicídios Urinários Por Cromatografia (Camada Delgada)	R\$ 3,70
02.02.05.008-4	Dosagem de Citrato	R\$ 2,01
02.02.05.009-2	Dosagem de Microalbuminana Urina	R\$ 8,12
02.02.05.010-6	Dosagem de Oxalato	R\$ 3,68
02.02.05.011-4	Dosagem de Proteínas (Urina de 24 Horas)	R\$ 2,04
02.02.05.012-2	Dosagem e/ou Fracionamento de Ácidos Orgânicos	R\$ 3,04
02.02.05.013-0	Exame Qualitativo de Cálculos Urinários	R\$ 3,70
02.02.05.014-9	Pesquisa / Dosagem de Aminoácidos (por Cromatografia)	R\$ 3,70
02.02.05.015-7	Pesquisa de Alcaptona Na Urina	R\$ 2,04
02.02.05.016-5	Pesquisa de Aminoácidos Na Urina	R\$ 3,70
02.02.05.017-3	Pesquisa de Beta-Mercapto-Lactato-Dissulfiduria	R\$ 2,04
02.02.05.018-1	Pesquisa de Cadeias Leves Kappa e Lambda	R\$ 2,04
02.02.05.019-0	Pesquisa de Cistina na Urina	R\$ 2,04
02.02.05.020-3	Pesquisa de Coproporfirinana Urina	R\$ 2,04
02.02.05.021-1	Pesquisa de Erros Inatos do Metabolismo na Urina	R\$ 3,70
02.02.05.022-0	Pesquisa de Fenil-Cetona na Urina	R\$ 2,04
02.02.05.023-8	Pesquisa de Frutose na Urina	R\$ 2,04
02.02.05.024-6	Pesquisa de Galactose na Urina	R\$ 3,36
02.02.05.026-2	Pesquisa de Homocistinana Urina	R\$ 2,04
02.02.05.027-0	Pesquisa de Lactose na Urina	R\$ 2,04
02.02.05.028-9	Pesquisa de Mucopolissacarídeos na Urina	R\$ 3,70



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE FARIAS BRITO

02.02.05.029-7	Pesquisa de Porfobilinogenio na Urina	R\$ 2,04
02.02.05.030-0	Pesquisa de Proteínas Urinaria (por Eletroforese)	R\$ 4,44
02.02.05.031-9	Pesquisa de Tiroxina na Urina	R\$ 2,04
02.02.05.032-7	Prova de Diluição (Urina)	R\$ 2,04
02.02.06.000-0	Exames Hormonais	
02.02.06.001-2	Determinação de Índice de Tiroxina Livre	R\$ 12,54
02.02.06.002-0	Determinação de Retenção de T3	R\$ 12,54
02.02.06.003-9	Determinação de T3 Reverso	R\$ 14,69
02.02.06.004-7	Dosagem de 17-Alfa-Hidroxiprogesterona	R\$ 10,20
02.02.06.005-5	Dosagem de 17-Cetosteroides Totais	R\$ 6,72
02.02.06.006-3	Dosagem de 17-Hidroxicorticosteroides	R\$ 6,72
02.02.06.007-1	Dosagem de Acido 5-Hidroxi-Indol-Acetic (Serotonina)	R\$ 6,72
02.02.06.008-0	Dosagem de Adrenocorticotrofico (ACTH)	R\$ 14,12
02.02.06.009-8	Dosagem de Aldosterona	R\$ 11,89
02.02.06.010-1	Dosagem de AMP Cíclico	R\$ 12,01
02.02.06.011-0	Dosagem de Androstenediona	R\$ 11,53
02.02.06.012-8	Dosagem de Calcitonina	R\$ 14,38
02.02.06.013-6	Dosagem de Cortisol	R\$ 9,86
02.02.06.014-4	Dosagem de Dehidroepiandrosterona (DHEA)	R\$ 11,25
02.02.06.015-2	Dosagem de Dihidrotestoterona (DHT)	R\$ 11,71
02.02.06.016-0	Dosagem de Estradiol	R\$ 10,15
02.02.06.017-9	Dosagem de Estríol	R\$ 11,55
02.02.06.018-7	Dosagem de Estrona	R\$ 11,12
02.02.06.019-5	Dosagem de Gastrina	R\$ 14,15
02.02.06.020-9	Dosagem de Globulina Transportadora de Tiroxina	R\$ 15,35
02.02.06.021-7	Dosagem de Gonadotrofina Coriônica Humana (HCG, Beta HCG)	R\$ 7,85
02.02.06.022-5	Dosagem de Hormônio De Crescimento (HGH)	R\$ 10,21
02.02.06.023-3	Dosagem de Hormônio Foliculo-Estimulante (FSH)	R\$ 7,89
02.02.06.024-1	Dosagem de Hormônio Luteinizante (LH)	R\$ 8,97
02.02.06.000-0	Exames Hormonais	
02.02.06.025-0	Dosagem de Hormônio Tireoestimulante (TSH)	R\$ 8,96
02.02.06.026-8	Dosagem de Insulina	R\$ 10,17
02.02.06.028-4	Dosagem de Peptídeo C	R\$ 15,35
02.02.06.027-6	Dosagem de Paratormônio	R\$ 43,13
02.02.06.029-2	Dosagem de Progesterona	R\$ 10,22
02.02.06.030-6	Dosagem de Prolactina	R\$ 10,15
02.02.06.031-4	Dosagem de Renina	R\$ 13,19
02.02.06.032-2	Dosagem de Somatomedina C (IGF1)	R\$ 15,35
02.02.06.033-0	Dosagem de Sulfato de Hidroepiandrosterona (DHEAS)	R\$ 13,11
02.02.06.034-9	Dosagem de Testosterona	R\$ 10,43
02.02.06.035-7	Dosagem de Testosterona Livre	R\$ 13,11
02.02.06.036-5	Dosagem de Tireoglobulina	R\$ 15,35
02.02.06.037-3	Dosagem de Tiroxina (T4)	R\$ 8,76
02.02.06.038-1	Dosagem de Tiroxina Livre (T4 Livre)	R\$ 11,60
02.02.06.039-0	Dosagem de Triiodotironina (T3)	R\$ 8,71
02.02.06.040-3	Teste de Estímulo da Prolactina / TSH após TRH	R\$ 12,01
02.02.06.041-1	Teste de Estímulo da Prolactina após Clorpromazina	R\$ 12,01
02.02.06.042-0	Teste de Estímulo com GNRH ou com Agonista GNRH	R\$ 12,01
02.02.06.043-8	Teste de Estímulo do HGH após Glucagon	R\$ 12,01
02.02.06.044-6	Teste de Supressão do Cortisol após Dexametasona	R\$ 12,01
02.02.06.045-4	Teste de Supressão do HGH após Glicose	R\$ 12,01
02.02.06.046-2	Teste p/ Investigação do Diabetes Insipidos	R\$ 8,43
02.02.06.047-0	Pesquisa de Macroprolactina	R\$ 12,15
02.02.07.000-0	Exames Toxicológicos ou de Monitorização Terapêutica	
02.02.07.001-8	Dosagem de Acido Delta-Aminolevulinico	R\$ 2,06
02.02.07.002-6	Dosagem de Acido Hipurico	R\$ 2,23
02.02.07.003-4	Dosagem de Acido Mandelico	R\$ 3,68
02.02.07.004-2	Dosagem de Acido Metil-Hipurico	R\$ 2,04
02.02.07.005-0	Dosagem de Acido Valproico	R\$ 15,65



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE FARIAS BRITO

02.02.07.006-9	Dosagem de Ala-Desidratase	R\$ 3,51
02.02.07.007-7	Dosagem de Álcool Etilico	R\$ 2,01
02.02.07.008-5	Dosagem de Alumínio	R\$ 27,50
02.02.07.009-3	Dosagem de Aminoglicosídeos	R\$ 10,00
02.02.07.010-7	Dosagem de Anfetaminas	R\$ 10,00
02.02.07.011-5	Dosagem de Antidepressivos Tricíclicos	R\$ 10,00
02.02.07.012-3	Dosagem de Barbituratos	R\$ 13,13
02.02.07.013-1	Dosagem de Benzodiazepínicos	R\$ 13,48
02.02.07.014-0	Dosagem de Cádmio	R\$ 6,55
02.02.07.015-8	Dosagem de Carbamazepina	R\$ 17,53
02.02.07.016-6	Dosagem de Carboxi-Hemoglobina	R\$ 4,11
02.02.07.017-4	Dosagem de Chumbo	R\$ 8,83
02.02.07.018-2	Dosagem de Ciclosporina	R\$ 58,61
02.02.07.019-0	Dosagem de Cobre	R\$ 3,51
02.02.07.020-4	Dosagem de Digitalicos (Digoxina, Digitoxina)	R\$ 8,97
02.02.07.021-2	Dosagem de Etossuximida	R\$ 15,65
02.02.07.022-0	Dosagem de Fenitoína	R\$ 35,22
02.02.07.023-9	Dosagem de Fenol	R\$ 2,05
02.02.07.024-7	Dosagem de Formaldeído	R\$ 3,51
02.02.07.025-5	Dosagem de Lítio	R\$ 2,25
02.02.07.026-3	Dosagem de Mercúrio	R\$ 2,04
02.02.07.027-1	Dosagem de Meta-Hemoglobina	R\$ 4,11
02.02.07.028-0	Dosagem de Metabólitos da Cocaína	R\$ 10,00
02.02.07.029-8	Dosagem de Metotrexato	R\$ 10,00
02.02.07.030-1	Dosagem de Quinidina	R\$ 10,00
02.02.07.031-0	Dosagem de Salicilatos	R\$ 2,01
02.02.07.032-8	Dosagem de Sulfatos	R\$ 3,51
02.02.07.000-0	Exames Toxicológicos ou de Monitorização Terapêutica	
02.02.07.033-6	Dosagem de Teofilina	R\$ 15,65
02.02.07.034-4	Dosagem de Tiocianato	R\$ 3,68
02.02.07.035-2	Dosagem de Zinco	R\$ 15,65
02.02.08.000-0	Exames Microbiológicos	
02.02.08.001-3	Antibiograma	R\$ 4,98
02.02.08.002-1	Antibiograma C/ Concentração Inibitória Mínima	R\$ 13,33
02.02.08.003-0	Antibiograma P/ Microbactérias	R\$ 13,33
02.02.08.004-8	Baciloscopia Direta P/ BAAR Tuberculose (Diagnóstica)	R\$ 4,20
02.02.08.005-6	Baciloscopia Direta P/ BAAR (Hanseníase)	R\$ 4,20
02.02.08.006-4	Baciloscopia Direta P/ BAAR Tuberculose (Controle)	R\$ 4,20
02.02.08.007-2	Bacterioscopia (GRAM)	R\$ 2,80
02.02.08.008-0	Cultura de Bactérias P/ Identificação	R\$ 5,62
02.02.08.009-9	Cultura do Leite Humano (Pós-Pasteurização)	R\$ 5,62
02.02.08.010-2	Cultura P/ Herpesvirus	R\$ 4,33
02.02.08.011-0	Cultura Para BAAR	R\$ 5,63
02.02.08.012-9	Cultura Para Bactérias Anaeróbicas	R\$ 10,25
02.02.08.013-7	Cultura Para Identificação de Fungos	R\$ 4,19
02.02.08.014-5	Exame Microbiológico a Fresco (Direto)	R\$ 2,80
02.02.08.015-3	Hemocultura	R\$ 11,49
02.02.08.016-1	Identificação Automatizada de Microorganismos	R\$ 5,63
02.02.08.017-0	Pesquisa de <i>Pneumocystis carinii</i>	R\$ 4,33
02.02.08.018-8	Pesquisa de Bacilo Difterico	R\$ 2,80
02.02.08.019-6	Pesquisa de Estreptococos Beta-Hemolíticos do Grupo A	R\$ 4,33
02.02.08.020-0	Pesquisa de <i>Haemophilus ducreyi</i>	R\$ 2,80
02.02.08.021-8	Pesquisa de <i>Helicobacter pylori</i>	R\$ 4,33
02.02.08.022-6	Pesquisa de Leptospiras	R\$ 2,80
02.02.08.023-4	Pesquisa de <i>Treponema pallidum</i>	R\$ 5,04
02.02.08.024-2	Prova Confirmatória da Presença de Microorganismos Coliformes	R\$ 5,62
02.02.09.000-0	Exames com Outros Líquidos Biológicos	
02.02.09.001-9	Acido Úrico Líquido no Sinovial e Derrames	R\$ 1,89
02.02.09.002-7	Adenograma	R\$ 5,79



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE FARIAS BRITO

02.02.09.003-5	Citologia P/ Clamídia	R\$ 4,33
02.02.09.004-3	Citologia P/ Herpesvírus	R\$ 4,33
02.02.09.005-1	Contagem Específica de Células no Líquor	R\$ 1,89
02.02.09.006-0	Contagem Global de Células no Líquor	R\$ 1,89
02.02.09.007-8	Determinação de Fosfolípidios Relação Lecitina Esfingomielina no Líquido Amniótico	R\$ 6,56
02.02.09.008-6	Dosagem de Creatinina no Líquido Amniótico	R\$ 1,89
02.02.09.009-4	Dosagem de Fosfatase Alcalina no Esperma	R\$ 2,01
02.02.09.010-8	Dosagem de Frutose	R\$ 2,01
02.02.09.011-6	Dosagem de Frutose no Esperma	R\$ 2,01
02.02.09.012-4	Dosagem de Glicose no Líquido Sinovial e Derrames	R\$ 1,89
02.02.09.013-2	Dosagem de Proteínas no Líquido Sinovial e Derrames	R\$ 1,89
02.02.09.015-9	Eletroforese de Proteínas C/ Concentração no Líquor	R\$ 5,23
02.02.09.016-7	Espectrofotometria no Líquido Amniótico	R\$ 6,56
02.02.09.017-5	Esplenograma	R\$ 5,79
02.02.09.018-3	Exame de Caracteres Físicos Contagem Global e Específica de Células	R\$ 1,89
02.02.09.019-1	Mielograma	R\$ 5,79
02.02.09.021-3	Pesquisa de Anticorpos Antiespermatozoides (ELISA)	R\$ 9,70
02.02.09.022-1	Dosagem de Fosfatase Ácida no Esperma	R\$ 2,01
02.02.09.023-0	Pesquisa de Caracteres Físicos no Líquor	R\$ 1,89
02.02.09.024-8	Pesquisa de Células Orangiófilas	R\$ 1,89
02.02.09.025-6	Pesquisa de Cristais C/ Luz Polarizada	R\$ 1,89
02.02.09.026-4	Pesquisa de Espermatozoides (Após Vasectomia)	R\$ 4,80
02.02.09.027-2	Pesquisa de Rágocitos no Líquido Sinovial e Derrames	R\$ 1,89
02.02.09.028-0	Prova de Progressão Espermática (CADA)	R\$ 9,70
02.02.09.000-0	Exames com Outros Líquidos Biológicos	
02.02.09.029-9	Prova do Látex P/ <i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Neisseria meningitidis</i> (Sorotipos A, B, C)	R\$ 1,89
02.02.09.030-2	Prova do Látex P/ Pesquisa do Fator Reumatoide	R\$ 1,89
02.02.09.031-0	Reação de Pandy	R\$ 1,89
02.02.09.032-9	Reação de Rivalta no Líquido Sinovial e Derrames	R\$ 1,89
02.02.09.033-7	Teste de Clements	R\$ 1,89
02.02.09.034-5	Teste de Gastrocidiograma Secreção Basal por 60 em 4 Amostras	R\$ 4,69
02.02.09.035-3	Teste de Hollander no Suco Gástrico	R\$ 4,69
02.02.10.000-0	Exames de Genética	
02.02.10.001-4	Determinação de Cariótipo em Cultura de Longa Duração (C/ Técnica de Bandas)	R\$ 180,00
02.02.10.002-2	Determinação de Cariótipo em Medula Óssea e Vilosidades Coriônicas (C/ Técnica de Bandas)	R\$ 160,00
02.02.10.003-0	Determinação de Cariótipo em Sangue Periférico (C/ Técnica de Bandas)	R\$ 160,00
02.02.10.004-9	Quantificação/Amplificação do HER-2	R\$ 120,00
02.02.10.021-9	Diagnóstico de Leucemia Cromossoma Philadelphia Positivo Por Técnica Molecular	R\$ 144,24
02.02.10.022-7	Reavaliação Diagnóstica de Leucemia Cromossoma Philadelphia Positivo por Técnica Molecular	R\$ 168,48
02.02.10.023-5	Pesquisa de Mutação do Gene da Protrombina	R\$ 180,00
02.02.12.000-0	Exames Imunohematológicos	
02.02.12.001-5	Determinação de Anticorpos Antiplaquetários	R\$ 10,65
02.02.12.002-3	Determinação Direta e Reversa de Grupo ABO	R\$ 1,37
02.02.12.003-1	Fenotipagem de Sistema RH HR	R\$ 10,65
02.02.12.004-0	Identificação de Anticorpos Séricos Irregulares C/ Painel de Hemácias	R\$ 10,65
02.02.12.005-8	Pesquisa de Anticorpos Irregulares Pelo Método da Eluição	R\$ 5,79
02.02.12.006-6	Pesquisa de Anticorpos Séricos Irregulares 37°C	R\$ 5,79
02.02.12.007-4	Pesquisa de Anticorpos Séricos Irregulares a Frio	R\$ 5,79
02.02.12.008-2	Pesquisa de Fator Rh (Inclui D Fraco)	R\$ 1,37
02.02.12.009-0	Teste Indireto de Antiglobulina Humana (TIA)	R\$ 2,73
02.02.12.010-4	Titulação de Anticorpos ANTI-A e/ou ANTI-B	R\$ 5,79
02.13.01.072-0	Pesquisa de SARS-CoV-2 por RT-PCR	R\$ 0,00
02.11.08.000-0	Gasometria	



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE FARIAS BRITO

02.11.08.002-0	Gasometria	R\$ 2,78
03.01.01.000-0	Laudos e Avaliações dos Procedimentos	
03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (Exceto Médico)	R\$ 6,30

LOTE 02: Diagnóstico por Anatomia Patológica e Citopatológica

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
02.03.01.000-0	Exames Citopatológicos	
02.03.01.001-9	Exame Citopatológico Cérvico-Vaginal/Microflora	R\$ 13,72
02.03.01.003-5	Exame de Citologia (Exceto Cérvico-Vaginal e de Mama)	R\$ 20,96
02.03.01.004-3	Exame Citopatológico de Mama	R\$ 35,34
02.03.01.008-6	Exame Citopatológico Cérvico-Vaginal/Microflora-RASTREAMENTO	R\$ 14,37
02.03.02.000-0	Exames Anatomopatológicos	
02.03.02.001-4	Determinação de Receptores Tumorais Hormonais	R\$ 93,70
02.03.02.002-2	Exame Anatomopatológico do Colo Uterino - PEÇA CIRURGICA	R\$ 61,77
02.03.02.003-0	Exame Anatomopatológico Para Congelamento / Parafina por Peça Cirúrgica ou por Biopsia (Exceto Colo Uterino e Mama)	R\$ 40,78
02.03.02.004-9	Imuno-histoquímica de Neoplasias Malignas (Por Marcador)	R\$ 131,52
02.03.02.006-5	Exame Anatomopatológico de Mama - Biopsia	R\$ 45,83
02.03.02.007-3	Exame Anatomopatológico de Mama - Peça Cirúrgica	R\$ 61,77
02.03.02.008-1	Exame Anatomopatológico do Colo Uterino - Biopsia	R\$ 40,78
03.01.01.000-0	Laudos e Avaliações dos Procedimentos	
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R\$ 10,00

LOTE 03: Diagnóstico por Radiologia

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
02.04.01.000-0	Exames Radiológicos da Cabeça e do Pescoço	
02.04.01.003-9	Radiografia Bilateral de Orbitas (PA + Obliquas + Hirtz)	R\$ 8,38
02.04.01.004-7	Radiografia de Arcada Zigomático-Malar (AP+ Obliquas)	R\$ 6,96
02.04.01.005-5	Radiografia de Articulação Temporomandibular Bilateral	R\$ 8,38
02.04.01.006-3	Radiografia de Cavum (Lateral + Hirtz)	R\$ 6,88
02.04.01.007-1	Radiografia de Crânio (PA + Lateral + Obliqua / Bretton + Hirtz)	R\$ 9,15
02.04.01.008-0	Radiografia de Crânio (PA + Lateral)	R\$ 7,52
02.04.01.009-8	Radiografia de Laringe	R\$ 5,74
02.04.01.010-1	Radiografia de Mastoide / Rochedos (Bilateral)	R\$ 9,03
02.04.01.011-0	Radiografia de Maxilar (PA + Obliqua)	R\$ 7,20
02.04.01.012-8	Radiografia de Ossos da Face (MN + Lateral + Hirtz)	R\$ 8,38
02.04.01.013-6	Radiografia de Região Orbitaria (Localização de Corpo Estranho)	R\$ 7,98
02.04.01.014-4	Radiografia de Seios da Face (FN + MN + Lateral + Hirtz)	R\$ 7,32
02.04.01.015-2	Radiografia de Sela Túrcica (PA + Lateral + Bretton)	R\$ 7,20
02.04.01.016-0	Radiografia Oclusal	R\$ 3,51
02.04.01.017-9	Radiografia Panorâmica	R\$ 9,03
02.04.01.019-5	Statografia (Por Glândula)	R\$ 48,65
02.04.01.020-9	Teleradiografia com Traçados e sem Traçados	R\$ 6,44
02.04.02.000-0	Exames Radiológicos da Coluna Vertebral	
02.04.02.001-8	Mielografia	R\$ 118,60
02.04.02.002-6	Planigrafia de Coluna Vertebral	R\$ 19,60
02.04.02.003-4	Radiografia de Coluna Cervical (AP + Lateral + TO + Obliquas)	R\$ 8,33
02.04.02.004-2	Radiografia de Coluna Cervical (AP + Lateral + TO / Flexão)	R\$ 8,19
02.04.02.005-0	Radiografia de Coluna Cervical Funcional / Dinâmica	R\$ 10,29
02.04.02.006-9	Radiografia de Coluna Lombo-Sacra	R\$ 10,96
02.04.02.007-7	Radiografia de Coluna Lombo-Sacra (C/ Obliquas)	R\$ 14,90
02.04.02.008-5	Radiografia de Coluna Lombo-Sacra Funcional / Dinâmica	R\$ 16,88
02.04.02.009-3	Radiografia de Coluna Torácica (AP + Lateral)	R\$ 9,16
02.04.02.010-7	Radiografia de Coluna Toracolombar	R\$ 9,73
02.04.02.011-5	Radiografia de Coluna Toracolombar Dinâmica	R\$ 15,58



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE FARIAS BRITO

02.04.02.012-3	Radiografia de Região Sacrococcígea	R\$ 7,80
02.04.03.000-0	Exames Radiológicos do Tórax e Mediastino	
02.04.03.001-3	Broncografia Unilateral	R\$ 110,41
02.04.03.002-1	Ductografia (Por Mama)	R\$ 57,16
02.04.03.003-0	Mamografia	R\$ 22,50
02.04.03.004-8	Marcação Pré-cirúrgica de Lesão não Palpável de Mama Associada à Mamografia	R\$ 62,50
02.04.03.005-6	Radiografia de Coração E Vasos da Base (PA + Lateral + Oblíqua)	R\$ 14,32
02.04.03.008-0	Radiografia de Esôfago	R\$ 19,24
02.04.03.010-2	Radiografia de Mediastino (PA e Perfil)	R\$ 8,73
02.04.03.011-0	Radiografia de Pneumomediastino	R\$ 27,27
02.04.03.012-9	Radiografia de Tórax (Apico-Cardíaca)	R\$ 5,56
02.04.03.013-7	Radiografia de Tórax (PA + Inspiração + Expiração + Lateral)	R\$ 14,32
02.04.03.014-5	Radiografia de Tórax (PA + Lateral + Oblíqua)	R\$ 12,02
02.04.03.015-3	Radiografia de Tórax (PA e Perfil)	R\$ 9,50
02.04.03.016-1	Radiografia de Tórax (PA Padrão OIT)	R\$ 6,55
02.04.03.017-0	Radiografia de Tórax (PA)	R\$ 6,88
02.04.03.018-8	Mamografia Bilateral Para Rastreamento	R\$ 45,00
02.04.04.000-0	Exames Radiológicos da Cintura Escapular e Membros Superiores	
02.04.04.001-9	Radiografia de Antebraço	R\$ 6,42
02.04.04.002-7	Radiografia de Articulação Acrômio-Clavicular	R\$ 7,40
02.04.04.003-5	Radiografia de Articulação Escapulo-Umeral	R\$ 7,40
02.04.04.004-3	Radiografia de Articulação Esterno-Clavicular	R\$ 7,40
02.04.04.005-1	Radiografia de Braço	R\$ 7,77
02.04.04.006-0	Radiografia de Clavícula	R\$ 7,40
02.04.04.007-8	Radiografia de Cotovelo	R\$ 5,90
02.04.04.008-6	Radiografia de Dedos da Mão	R\$ 5,62
02.04.04.000-0	Exames Radiológicos da Cintura Escapular e Membros Superiores	
02.04.04.009-4	Radiografia de Mão	R\$ 6,30
02.04.04.010-8	Radiografia de Mão e Punho (P/ Determinação de Idade Óssea)	R\$ 6,00
02.04.04.011-6	Radiografia de Escapula/Ombro (Três Posições)	R\$ 7,98
02.04.04.012-4	Radiografia de Punho (AP + Lateral + Oblíqua)	R\$ 6,91
02.04.05.000-0	Exames Radiológicos do Abdômen e Pelve	
02.04.05.001-4	Clister Opaco C/ Duplo Contraste	R\$ 47,16
02.04.05.002-2	Colangiografia Pré-operatória	R\$ 32,61
02.04.05.003-0	Colangiografia Pós-operatória	R\$ 32,61
02.04.05.004-9	Duodenografia Hipotônica	R\$ 34,52
02.04.05.005-7	Fistulografia	R\$ 45,34
02.04.05.006-5	Histerossalpingografia	R\$ 45,34
02.04.05.007-3	Pielografia Anterógrada Percutânea	R\$ 73,15
02.04.05.008-1	Pielografia Ascendente	R\$ 52,11
02.04.05.010-3	Planigrafia de Rim S/ Contraste	R\$ 14,48
02.04.05.011-1	Radiografia de Abdômen (AP + Lateral / Localizada)	R\$ 10,73
02.04.05.012-0	Radiografia de Abdômen Agudo (Mínimo de 3 Incidências)	R\$ 15,30
02.04.05.013-8	Radiografia de Abdômen Simples (AP)	R\$ 7,77
02.04.05.014-6	Radiografia de Estômago e Duodeno	R\$ 35,22
02.04.05.015-4	Radiografia de Intestino Delgado (Trânsito)	R\$ 47,59
02.04.05.016-2	Radiografia P/ Estudo do Delgado C/ Duplo Contraste (Enteroclise)	R\$ 48,09
02.04.05.017-0	Uretrocistografia	R\$ 52,11
02.04.05.018-9	Urografia Venosa	R\$ 57,40
02.04.06.000-0	Exames Radiológicos da Cintura Pélvica e Membros Inferiores	
02.04.06.001-0	Artrografia	R\$ 45,34
02.04.06.002-8	Densitometria Óssea Duo-Energética de Coluna (Vertebras Lombares e/ou Fêmur)	R\$ 55,10
02.04.06.003-6	Escanometria	R\$ 7,77
02.04.06.004-4	Planigrafia de Osso Subsidiária A Outros Exames (Por Plano)	R\$ 18,68
02.04.06.005-2	Planigrafia de Osso em 2 Planos	R\$ 18,68
02.04.06.006-0	Radiografia de Articulação Coxofemoral	R\$ 7,77
02.04.06.007-9	Radiografia de Articulação Sacro-Iliaca	R\$ 7,77



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE FARIAS BRITO

02.04.06.008-7	Radiografia de Articulação Tibiotarsica	R\$ 6,50
02.04.06.009-5	Radiografia de Bacia	R\$ 7,77
02.04.06.010-9	Radiografia de Calcâneo	R\$ 6,50
02.04.06.011-7	Radiografia de Coxa	R\$ 8,94
02.04.06.012-5	Radiografia de Joelho (AP + Lateral)	R\$ 6,78
02.04.06.013-3	Radiografia de Joelho ou Patela (AP + Lateral + Axial)	R\$ 7,16
02.04.06.014-1	Radiografia de Joelho Ou Patela (AP + Lateral + Obliqua + 3 Axiais)	R\$ 9,29
02.04.06.015-0	Radiografia de Pé / Dedos do Pé	R\$ 6,78
02.04.06.016-8	Radiografia de Perna	R\$ 8,94
02.04.06.017-6	Radiografia Panorâmica de Membros Inferiores	R\$ 9,29
03.01.01.000-0	Laudos e Avaliações dos Procedimentos	
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R\$ 10,00
03.01.10.000-0	Administração de Medicamentos	
03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
04.17.01.000-0	Procedimentos Anestésicos	
04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27

LOTE04: Diagnóstico por Ultrassonografia

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
02.05.01.000-0	Ultrassonografias do Sistema Circulatorio	
02.05.01.001-6	Ecocardiografia de Estresse	R\$ 165,00
02.05.01.002-4	Ecocardiografia Transesofagica	R\$ 165,00
02.05.01.003-2	Ecocardiografia Transtoracica	R\$ 39,94
02.05.01.004-0	Ultrassonografia Doppler Colorido de Vasos de Membro Superior	R\$ 39,60
02.05.01.000-0	Ultrassonografias do Sistema Circulatorio	
02.05.01.004-0	Ultrassonografia Doppler Colorido de Vasos de Membro Inferior	R\$ 39,60
02.05.01.004-0	Ultrassonografia Doppler Colorido de Vasos do Pescoço	R\$ 39,60
02.05.01.004-0	Ultrassonografia Doppler Colorido de Vasos do Abdômen	R\$ 39,60
02.05.01.005-9	Ultrassonografia Doppler de Fluxo Obstétrico	R\$ 42,90
02.05.02.000-0	Ultrassonografias dos Demais Sistemas	
02.05.02.001-1	Ecodoppler Transcraniano	R\$ 117,00
02.05.02.002-0	Paquimetria Ultrassônica	R\$ 14,81
02.05.02.003-8	Ultrassonografia de Abdômen Superior	R\$ 24,20
02.05.02.004-6	Ultrassonografia de Abdômen Total	R\$ 37,95
02.05.02.005-4	Ultrassonografia de Aparelho Urinário	R\$ 24,20
02.05.02.006-2	Ultrassonografia de Articulação	R\$ 24,20
02.05.02.007-0	Ultrassonografia de Bolsa Escrotal	R\$ 24,20
02.05.02.008-9	Ultrassonografia de Globo Ocular / Orbita (Monocular)	R\$ 24,20
02.05.02.009-7	Ultrassonografia Mamaria Bilateral	R\$ 24,20
02.05.02.010-0	Ultrassonografia de Próstata Por Via Abdominal	R\$ 24,20
02.05.02.011-9	Ultrassonografia de Próstata (Via Transretal)	R\$ 24,20
02.05.02.012-7	Ultrassonografia de Tireoide	R\$ 24,20
02.05.02.013-5	Ultrassonografia de Tórax (Extracardiaca)	R\$ 24,20
02.05.02.014-3	Ultrassonografia Obstétrica	R\$ 24,20
02.05.02.015-1	Ultrassonografia Obstétrica com Doppler Colorido e Pulsado	R\$ 39,60
02.05.02.016-0	Ultrassonografia Pélvica (Ginecológica)	R\$ 24,20
02.05.02.017-8	Ultrassonografia Transfontanela	R\$ 24,20
02.05.02.018-6	Ultrassonografia Transvaginal	R\$ 24,20
02.05.02.019-4	Marcação de Lesão Pré-cirúrgica de Lesão não Palpável de Mama Associada à Ultrassonografia	R\$ 25,43
03.01.01.000-0	Laudos e Avaliações dos Procedimentos	
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R\$ 10,00
03.01.10.000-0	Administração de Medicamentos	
03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE FARIAS BRITO

LOTE05: Diagnóstico por Tomografia

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
02.06.01.000-0	Tomografia de Cabeça, Pescoço e Coluna Vertebral	
02.06.01.001-0	Tomografia Computadorizada de Coluna Cervical sem Contraste	R\$ 86,76
02.06.01.001-0	Tomografia Computadorizada de Coluna Cervical com Contraste	R\$ 86,76
02.06.01.002-8	Tomografia Computadorizada de Coluna Lombo-Sacra sem Contraste	R\$ 101,10
02.06.01.002-8	Tomografia Computadorizada de Coluna Lombo-Sacra com Contraste	R\$ 101,10
02.06.01.003-6	Tomografia Computadorizada de Coluna Torácica sem Contraste	R\$ 86,76
02.06.01.003-6	Tomografia Computadorizada de Coluna Torácica com Contraste	R\$ 86,76
02.06.01.004-4	Tomografia Computadorizada de Face	R\$ 86,75
02.06.01.004-4	Tomografia Computadorizada de Seios da Face	R\$ 86,75
02.06.01.004-4	Tomografia Computadorizada de Articulações Temporomandibulares	R\$ 86,75
02.06.01.005-2	Tomografia Computadorizada de Pescoço	R\$ 86,75
02.06.01.006-0	Tomografia Computadorizada de Sela Túrcica	R\$ 97,44
02.06.01.007-9	Tomografia Computadorizada do Crânio	R\$ 97,44
02.06.01.008-7	Tomomielografia Computadorizada	R\$ 138,63
02.06.01.009-5	Tomografia Por Emissão de Pósitrons (PET-CT)	R\$ 2.107,22
02.06.02.000-0	Tomografia de Tórax, Segmentos Apendiculares e Membros Superiores	
02.06.02.001-5	Tomografia Computadorizada de Articulações de Membro Superior	R\$ 86,75
02.06.02.002-3	Tomografia Computadorizada da Coxa	R\$ 86,75
02.06.02.002-3	Tomografia Computadorizada do Braço	R\$ 86,75
02.06.02.002-3	Tomografia Computadorizada do Antebraço	R\$ 86,75
02.06.02.002-3	Tomografia Computadorizada da Mão	R\$ 86,75
02.06.02.002-3	Tomografia Computadorizada da Perna	R\$ 86,75
02.06.02.002-3	Tomografia Computadorizada do Pé	R\$ 86,75
02.06.02.000-0	Tomografia de Tórax, Segmentos Apendiculares e Membros Superiores	
02.06.02.003-1	Tomografia Computadorizada de Tórax	R\$ 136,41
02.06.03.000-0	Tomografia de Pelve, Abdômen e Membros Inferiores	
02.06.03.001-0	Tomografia Computadorizada de Abdômen Superior	R\$ 138,63
02.06.03.002-9	Tomografia Computadorizada de Articulações de Membro Inferior	R\$ 86,75
02.06.03.003-7	Tomografia Computadorizada de Pelve	R\$ 138,63
02.06.03.003-7	Tomografia Computadorizada de Bacia	R\$ 138,63
02.06.03.003-7	Tomografia Computadorizada de Abdômen Inferior	R\$ 138,63
03.01.01.000-0	Laudos e Avaliações dos Procedimentos	
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R\$ 10,00
03.01.10.000-0	Administração de Medicamentos	
03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
04.17.01.000-0	Procedimentos Anestésicos	
04.17.01.006-0	Sedação	R\$ 15,15

LOTE06: Diagnóstico por Ressonância Magnética

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
02.07.01.000-0	Ressonância Magnética da Cabeça, Pescoço e Coluna Vertebral	
02.07.01.001-3	Angioressonância Cerebral	R\$ 268,75
02.07.01.002-1	Ressonância Magnética de Articulação Temporomandibular (Bilateral)	R\$ 268,75
02.07.01.003-0	Ressonância Magnética de Coluna Cervical/Pescoço	R\$ 268,75
02.07.01.004-8	Ressonância Magnética de Coluna Lombo-Sacra	R\$ 268,75
02.07.01.005-6	Ressonância Magnética de Coluna Torácica	R\$ 268,75
02.07.01.006-4	Ressonância Magnética de Crânio	R\$ 268,75
02.07.01.007-2	Ressonância Magnética de Sela Túrcica	R\$ 268,75
02.07.02.000-0	Ressonância Magnética de Tórax e Membros Superiores	
02.07.02.001-9	Ressonância Magnética de Coração / Aorta C/ CINE	R\$ 268,75
02.07.02.002-7	Ressonância Magnética de Membro Superior (Unilateral)	R\$ 268,75
02.07.02.003-5	Ressonância Magnética de Tórax	R\$ 268,75
02.07.03.000-0	Ressonância Magnética de Pelve, Abdômen e Membros Inferiores	
02.07.03.001-4	Ressonância Magnética de Abdômen Superior	R\$ 268,75



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE FARIAS BRITO

02.07.03.002-2	Ressonância Magnética de Bacia	R\$ 268,75
02.07.03.002-2	Ressonância Magnética de Pelve	R\$ 268,75
02.07.03.002-2	Ressonância Magnética de Abdômen Inferior	R\$ 268,75
02.07.03.003-0	Ressonância Magnética de Membro Inferior (Unilateral)	R\$ 268,75
02.07.03.004-9	Ressonância Magnética de Vias Biliares/Colangiressonância	R\$ 268,75
03.01.01.000-0	Laudos e Avaliações dos Procedimentos	
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R\$ 10,00
03.01.10.000-0	Administração de Medicamentos	
03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
04.17.01.000-0	Procedimentos Anestésicos	
04.17.01.006-0	Sedação	R\$ 15,15

LOTE 07: Diagnóstico por Medicina Nuclear in vivo

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
02.08.01.000-0	Cintilografia do Aparelho Cardiovascular	
02.08.01.001-7	Cintilografia de Coração C/ Gálio 67	R\$ 457,55
02.08.01.002-5	Cintilografia de Miocárdio P/ Avaliação da Perfusão em Situação de Estresse (mínimo 3 projeções)	R\$ 408,52
02.08.01.003-3	Cintilografia de Miocárdio P/ Avaliação da Perfusão em Situação de Repouso (mínimo 3 projeções)	R\$ 383,07
02.08.01.004-1	Cintilografia De Miocárdio P/ Localização de Necrose (mínimo 3 projeções)	R\$ 166,47
02.08.01.005-0	Cintilografia P/ Avaliação de Fluxo Sanguíneo de Extremidades	R\$ 114,02
02.08.01.006-8	Cintilografia P/ Quantificação de Shunt Extracardíaco	R\$ 142,57
02.08.01.007-6	Cintilografia Sincronizada de Câmaras Cardíacas em Situação de Esforço	R\$ 214,85
02.08.01.000-0	Cintilografia do Aparelho Cardiovascular	
02.08.01.008-4	Cintilografia Sincronizada de Câmaras Cardíacas em Situação de Repouso (Ventriculografia)	R\$ 176,72
02.08.01.009-2	Determinação de Fluxo Sanguíneo Regional	R\$ 123,93
02.08.02.000-0	Cintilografia do Aparelho Digestivo	
02.08.02.001-2	Cintilografia de Fígado e Baco (MÍNIMO 5 IMAGENS)	R\$ 133,26
02.08.02.002-0	Cintilografia de Fígado e Vias Biliares	R\$ 187,93
02.08.02.003-9	Cintilografia de Glândulas Salivares com Estímulo	R\$ 87,89
02.08.02.003-9	Cintilografia de Glândulas Salivares sem Estímulo	R\$ 87,89
02.08.02.005-5	Cintilografia P/ Estudo de Trânsito Esofágico (LÍQUIDO)	R\$ 135,38
02.08.02.006-3	Cintilografia P/ Estudo de Trânsito Esofágico (SEMI-SOLIDO)	R\$ 135,38
02.08.02.007-1	Cintilografia P/ Estudo de Trânsito Gástrico	R\$ 144,22
02.08.02.008-0	Cintilografia P/ Pesquisa de Diverticulose de Meckel	R\$ 144,86
02.08.02.009-8	Cintilografia P/ Pesquisa de Hemorragia Digestiva Ativa	R\$ 157,23
02.08.02.010-1	Cintilografia P/ Pesquisa de Hemorragia Digestiva Não Ativa	R\$ 310,82
02.08.02.011-0	Cintilografia P/ Pesquisa de Refluxo Gastroesofágico	R\$ 135,38
02.08.02.012-8	Imunocintilografia (ANTICORPO MONOCLONAL)	R\$ 1.103,26
02.08.03.000-0	Cintilografia do Aparelho Endócrino	
02.08.03.001-8	Cintilografia de Paratireoides	R\$ 324,54
02.08.03.002-6	Cintilografia de Tireoide Com Captação	R\$ 77,28
02.08.03.002-6	Cintilografia de Tireoide Sem Captação	R\$ 77,28
02.08.03.003-4	Cintilografia de Tireoide C/ Teste de Supressão / Estímulo	R\$ 107,30
02.08.03.004-2	Cintilografia P/ Pesquisa do Corpo Inteiro	R\$ 338,70
02.08.03.005-0	Teste do Perclorato C/ Radioisótopo	R\$ 107,40
02.08.04.000-0	Cintilografia do Aparelho Geniturinário	
02.08.04.002-1	Cintilografia de Rim C/ Gálio 67	R\$ 457,55
02.08.04.003-0	Cintilografia de Testículo e Bolsa Escrotal	R\$ 108,94
02.08.04.005-6	Cintilografia Renal/Renograma (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	R\$ 133,03
02.08.04.006-4	Cistocintilografia Direta	R\$ 122,27
02.08.04.007-2	Cistocintilografia Indireta	R\$ 144,50
02.08.04.008-0	Determinação de Filtração Glomerular	R\$ 65,22
02.08.04.009-9	Determinação de Fluxo Plasmático Renal	R\$ 63,22
02.08.04.010-2	Estudo Renal Dinâmico com Diurético	R\$ 165,24
02.08.04.010-2	Estudo Renal Dinâmico sem Diurético	R\$ 165,24



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE FARIAS BRITO

02.08.05.000-0	Cintilografia do Aparelho Esquelético	
02.08.05.001-9	Cintilografia de Articulações e/ou Extremidades e/ou Osso	R\$ 180,32
02.08.05.003-5	Cintilografia de Ossos Com Fluxo Sanguíneo (CORPO INTEIRO)	R\$ 190,99
02.08.05.003-5	Cintilografia de Ossos Sem Fluxo Sanguíneo (CORPO INTEIRO)	R\$ 190,99
02.08.05.004-3	Cintilografia de Segmento Ósseo C/ Gálio 67	R\$ 457,55
02.08.06.000-0	Cintilografia do Aparelho Nervoso	
02.08.06.001-4	Cintilografia de Perfusão Cerebral C/ Tálío (SPCTO)	R\$ 438,01
02.08.06.002-2	Cisternocintilografia	R\$ 205,34
02.08.06.003-0	Estudo de Fluxo Sanguíneo Cerebral	R\$ 119,16
02.08.07.000-0	Cintilografia do Aparelho Respiratório	
02.08.07.001-0	Cintilografia de Pulmão C/ Gálio 67	R\$ 457,55
02.08.07.002-8	Cintilografia de Pulmão P/ Pesquisa de Aspiração	R\$ 127,51
02.08.07.003-6	Cintilografia de Pulmão Por Inalação (MINIMO 2 PROJEÇÕES)	R\$ 128,12
02.08.07.004-4	Cintilografia de Pulmão Por Perfusão (MINIMO 4 PROJEÇÕES)	R\$ 130,50
02.08.08.000-0	Cintilografia do Aparelho Hematológico	
02.08.08.001-5	Cintilografia de Sistema Reticulo-Endotelial (MEDULA OSSEA)	R\$ 112,61
02.08.08.002-3	Demonstração de Sequestro de Hemácias Pelo Baco (C/ RADIOISOTOPOS)	R\$ 97,37
02.08.08.003-1	Determinação de Sobrevida de Hemácias (C/ RADIOISOTOPOS)	R\$ 54,36
02.08.08.004-0	Linfocintilografia	R\$ 141,33
02.08.09.000-0	Cintilografia de Regiões Específicas do Corpo Humano	
02.08.09.001-0	Cintilografia de Corpo Inteiro C/ Gálio 67 P/ Pesquisa de Neoplasias	R\$ 906,80
02.08.09.002-9	Cintilografia de Glandular Lacrimal (DACRIOCINTILOGRAFIA)	R\$ 66,23
02.08.09.003-7	Cintilografia de Mama (BILATERAL)	R\$ 289,43
03.01.01.000-0	Laudos e Avaliações dos Procedimentos	
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R\$ 10,00
03.01.10.000-0	Administração de Medicamentos	
03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
04.17.01.000-0	Procedimentos Anestésicos	
04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
04.17.01.006-0	Sedação	R\$ 15,15

LOTE 08: Diagnóstico por Endoscopia

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
02.09.01.000-0	Endoscopia do Aparelho Digestivo	
02.09.01.001-0	Colangiopancreatografia Retrograda (Via Endoscópica)	R\$ 90,68
02.09.01.002-9	Colonoscopia (Coloscopia)	R\$ 112,66
02.09.01.003-7	Esofagogastroduodenoscopia	R\$ 48,16
02.09.01.004-5	Laparoscopia	R\$ 40,37
02.09.01.005-3	Retossigmoidoscopia	R\$ 23,13
02.09.01.006-1	Videolaparoscopia	R\$ 95,00
02.09.02.000-0	Endoscopia do Aparelho Urinário	
02.09.02.001-6	Cistoscopia e/ou Ureteroscopia e/ou Uretroscopia	R\$ 18,00
02.09.03.000-0	Endoscopia do Aparelho Ginecológico	
02.09.03.001-1	Histeroscopia Cirúrgica	R\$ 76,50
02.09.04.000-0	Endoscopia do Aparelho Respiratório	
02.09.04.001-7	Broncoscopia (Broncofibroscopia)	R\$ 36,02
02.09.04.002-5	Laringoscopia	R\$ 47,14
02.09.04.003-3	Traqueoscopia	R\$ 348,59
02.09.04.004-1	Videolaringoscopia	R\$ 45,50
03.01.01.000-0	Laudos e Avaliações dos Procedimentos	
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R\$ 10,00
03.01.10.000-0	Administração de Medicamentos	
03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
04.17.01.000-0	Procedimentos Anestésicos	
04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
04.17.01.006-0	Sedação	R\$ 15,15



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE JARAGUÁ DO SUL

LOTE 09: Diagnóstico por Radiologia Intervencionista

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
02.10.01.000-0	Exames Radiológicos de Vasos Sanguíneos e Linfáticos	
02.10.01.002-9	Angiografia de Arco Aórtico	R\$ 137,01
02.10.01.003-7	Angiografia de Arco Aórtico e Troncos Supra Aórticos	R\$ 137,01
02.10.01.004-5	Aortografia Abdominal	R\$ 189,73
02.10.01.005-3	Aortografia Torácica	R\$ 170,44
02.10.01.006-1	Arteriografia Cérvico-Torácica	R\$ 201,01
02.10.01.007-0	Arteriografia de Membro	R\$ 179,46
02.10.01.008-8	Arteriografia Digital (Por Via Venosa)	R\$ 200,01
02.10.01.009-6	Arteriografia p/ Investigação de Doença Arteriosclerótica Aortoiliaca e distal	R\$ 504,33
02.10.01.010-0	Arteriografia P/ Investigação de Hemorragia Cerebral	R\$ 504,43
02.10.01.011-8	Arteriografia P/ Investigação de Isquemia Cerebral	R\$ 504,43
02.10.01.012-6	Arteriografia Pélvica	R\$ 170,44
02.10.01.013-4	Arteriografia Seletiva de Carótida	R\$ 190,31
02.10.01.014-2	Arteriografia Seletiva Por Cateter (Por Vaso)	R\$ 201,51
02.10.01.015-0	Arteriografia Seletiva Vertebral	R\$ 201,01
02.10.01.016-9	Esplenoportografia	R\$ 182,45
02.10.01.017-7	Flebografia de Membro	R\$ 145,94
02.10.01.018-5	Flebografia de Cava Inferior e/ou Superior	R\$ 200,01
02.10.01.019-3	Linfangiograma	R\$ 199,40
02.10.01.000-0	Exames Radiológicos de Vasos Sanguíneos e Linfáticos	
02.10.01.020-7	Portografia Transhepática	R\$ 200,01
02.10.02.000-0	Exames Radiológicos das Vias Biliares	
02.10.02.001-6	Colangiografia Transcutânea	R\$ 45,34
03.01.01.000-0	Laudos e Avaliações dos Procedimentos	
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R\$ 10,00
03.01.10.000-0	Administração de Medicamentos	
03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
04.17.01.000-0	Procedimentos Anestésicos	
04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
04.17.01.006-0	Sedação	R\$ 15,15

LOTE 10: Procedimentos de Coleta de Material com Finalidade Diagnóstica

CÓD	PROCEDIMENTO		VALOR
	SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
B001	Amniocentese		R\$ 58,67
	02.01.01.001-1	Amniocentese	R\$ 2,20
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	02.05.02.014-3	Ultrassonografia Obstétrica	R\$ 24,20
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
B002	Biopsia / Punção de Tumor Superficial da Pele		R\$ 46,37
	02.01.01.002-0	Biopsia/Punção de Tumor Superficial da Pele	R\$ 14,10
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
B003	Biopsia de Anus e Canal Anal		R\$ 50,73
	02.01.01.004-6	Biopsia de Anus e Canal Anal	R\$ 18,46
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
B004	Biopsia de Bolsa Escrotal		R\$ 50,60
	02.01.01.007-0	Biopsia de Bolsa Escrotal	R\$ 18,33
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
B005	Biopsia de Endométrio		R\$ 50,60
	02.01.01.015-1	Biopsia de Endométrio	R\$ 18,33
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE FARIAS BRITO

B006	Biopsia de Faringe/Laringe		R\$ 51,33
	02.01.01.019-4	Biopsia de Faringe/Laringe	R\$ 19,06
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
B007	Biopsia do Pavilhão Auricular		R\$ 46,93
	02.01.01.019-4	Biopsia do Pavilhão Auricular	R\$ 14,66
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
B008	Biopsia de Pele e Partes Moles		R\$ 58,10
	02.01.01.037-2	Biopsia de Pele e Partes Moles	R\$ 25,83
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
B009	Biopsia de Tireoide ou Paratireoide - PAAF		R\$ 55,80
	02.01.01.047-0	Biopsia de Testículo	R\$ 23,73
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
B010	Biopsia/Punção de Vagina		R\$ 50,60
	02.01.01.047-0	Biopsia/Punção de Vagina	R\$ 18,33
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
B011	Biopsia/Punção de Vulva		R\$ 50,60
	02.01.01.051-8	Biopsia/Punção de Vulva	R\$ 18,33
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
B012	Biopsia dos Tecidos Moles da Boca		R\$ 53,83
	02.01.01.052-6	Biopsia/Punção de Tecidos Moles da Boca	R\$ 21,56
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
B013	Biopsia/Exérese de Nódulo de Mama		R\$ 102,27
	02.01.01.056-9	Biopsia/Exérese de Nódulo de Mama	R\$ 70,00
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
B014	Punção Aspirativa de Mama por Agulha Fina		R\$ 88,75
	02.01.01.058-5	Punção Aspirativa de Mama por Agulha Fina	R\$ 66,48
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
B015	Punção Aspirativa de Mama por Agulha Grossa		R\$ 172,37
	02.01.01.060-7	Punção Aspirativa de Mama por Agulha Grossa	R\$ 140,10
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
B016	Biopsia do Colo Uterino		R\$ 50,60
	02.01.01.066-6	Biopsia do Colo Uterino	R\$ 18,33
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
B017	Biopsia de Próstata		R\$ 148,85
	02.01.01.041-0	Biopsia de Próstata	R\$ 92,38
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	02.05.02.011-9	Ultrassonografia da Próstata (Via Transretal)	R\$ 24,20
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
B018	Biopsia de Pênis		R\$ 50,60
	02.01.01.038-0	Biopsia de Pênis	R\$ 18,33
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
B019	Biopsia de Pleura (por Aspiração, Agulha ou Pleuroscopia)		R\$ 145,95
	02.01.01.040-2	Biopsia de Pleura (por Aspiração, Agulha ou Pleuroscopia)	R\$ 113,68
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
B020	Biopsia de Testículo		R\$ 78,46



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE FARIAS BRITO

	02.01.01.046-1	Biopsia de Testículo	R\$ 46,19
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
B021	Punção para Esvaziamento		R\$ 45,47
	02.01.01.064-0	Punção para Esvaziamento	R\$ 13,25
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
B022	Coleta de lavado bronco-alveolar com Broncoscopia		R\$ 61,09
	02.01.02.001-7	Coleta de lavado bronco-alveolar	R\$ 2,80
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	02.09.04.001-7	Broncoscopia (Broncofibroscopia)	R\$ 36,02
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada	R\$ 10,00
G001	Exames do Primeiro Trimestre de Gestação de Risco Habitual e Alto Risco		R\$ 106,33
	02.02.12.002-3	Determinação Direta e Reversa de Grupo ABO	R\$ 1,37
	02.02.12.003-1	Fenotipagem de Sistema RH - HR	R\$ 10,65
	02.02.12.008-2	Pesquisa de Fator Rh (Inclui D Fraco)	R\$ 1,37
	02.02.05.001-7	Análise de Caracteres Físicos, Elementos e Sedimento da Urina	R\$ 3,70
	02.02.05.011-4	Dosagem de Proteínas (Urina de 24 Horas)	R\$ 2,04
	02.02.01.047-3	Dosagem de Glicose	R\$ 1,85
	02.02.03.097-0	Pesquisa de Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B (HBSAG)	R\$ 18,55
	02.02.03.117-9	Teste Não Treponêmico P/ Detecção de Sífilis em Gestantes	R\$ 2,83
	02.02.03.030-0	Pesquisa de Anticorpos Anti-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 10,00
	02.02.03.087-3	Pesquisa de Anticorpos IgM Antitoxoplasma	R\$ 18,55
	02.02.03.076-8	Pesquisa de Anticorpos IgG Antitoxoplasma	R\$ 16,97
	02.02.02.002-9	Contagem de Plaquetas	R\$ 2,73
	02.02.02.038-0	Hemograma Completo	R\$ 4,11
	02.02.02.035-5	Eletroforese de Hemoglobina	R\$ 5,41
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
G002	Exames do Segundo Trimestre de Gestação de Risco Habitual		R\$ 11,97
	02.02.05.011-4	Dosagem de Proteínas (Urina de 24 Horas)	R\$ 2,04
	02.02.01.004-0	Determinação de Curva Glicêmica (2 Dosagens)	R\$ 3,63
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
G003	Exames do Terceiro Trimestre de Gestação de Risco Habitual		R\$ 87,63
	02.02.02.002-9	Contagem de Plaquetas	R\$ 2,73
	02.02.05.001-7	Análise de Caracteres Físicos, Elementos e Sedimento da Urina	R\$ 3,70
	02.02.05.011-4	Dosagem de Proteínas (Urina de 24 Horas)	R\$ 2,04
	02.02.01.047-3	Dosagem de Glicose	R\$ 1,85
	02.02.03.097-0	Pesquisa de Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B (HBSAG)	R\$ 18,55
	02.02.03.117-9	Teste Não Treponêmico P/ Detecção de Sífilis em Gestantes	R\$ 2,83
	02.02.03.030-0	Pesquisa de Anticorpos Anti-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 10,00
	02.02.03.087-3	Pesquisa de Anticorpos IgM Antitoxoplasma	R\$ 18,55
	02.02.03.076-8	Pesquisa de Anticorpos IgG Antitoxoplasma	R\$ 16,97
	02.02.02.038-0	Hemograma Completo	R\$ 4,11
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
G004	Exames do Segundo Trimestre de Gestação de Alto Risco		R\$ 27,56
	02.02.02.002-9	Contagem de Plaquetas	R\$ 2,73
	02.02.01.031-7	Dosagem de Creatinina	R\$ 1,85
	02.02.01.012-0	Dosagem de Ácido Úrico	R\$ 1,85
	02.02.01.069-4	Dosagem de Ureia	R\$ 1,85
	02.02.02.062-7	Dosagem de Proteína Totais e Frações	R\$ 1,85
	02.02.02.011-4	Dosagem de Proteínas (Urina de 24 Horas)	R\$ 2,04
	02.02.12.009-0	Teste Indireto de Antiglobulina Humana (TIA)	R\$ 2,73
	02.02.02.036-3	Eritrograma (Eritrócitos, Hemograma, Hematócrito)	R\$ 2,73
	02.02.01.004-0	Determinação de Curva Glicêmica (2 Dosagens)	R\$ 3,63
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
G005	Exames do Segundo Trimestre de Gestação de Alto Risco		R\$ 58,10
	02.02.02.002-9	Contagem de Plaquetas	R\$ 2,73
	02.02.01.031-7	Dosagem de Creatinina	R\$ 1,85



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE FARIAS BRITO

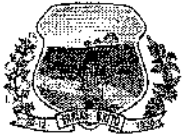
02.02.01.012-0	Dosagem de Ácido Úrico	R\$ 1,85
02.02.01.047-3	Dosagem de Glicose	R\$ 1,85
02.02.02.062-7	Dosagem de Proteína Totais e Frações	R\$ 1,85
02.02.02.011-4	Dosagem de Proteínas (Urina de 24 Horas)	R\$ 2,04
02.02.03.087-3	Pesquisa de Anticorpos IgM Antitoxoplasma	R\$ 18,55
02.02.03.076-8	Pesquisa de Anticorpos IgG Antitoxoplasma	R\$ 16,97
02.02.02.038-0	Hemograma Completo	R\$ 4,11
03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30

LOTE 12: Exames de Triagem Neonatal com Finalidade Diagnóstica

CÓD	PROCEDIMENTO		VALOR
	SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
P001	Teste do Pezinho		R\$ 46,20
	02.02.11.006-0	Dosagem de Fenilalanina TSH ou T4 e Detecção da Variante de Hemoglobina	R\$ 20,90
	02.02.11.007-9	Dosagem de Tripsina Imunorreativa	R\$ 5,50
	02.02.11.009-5	Dosagem de 17 Hidroxiprogesterona em Papel de Filtro	R\$ 8,00
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
	02.02.11.010-9	Dosagem da Atividade da Biotinidase em Amostras de Sangue em Papel Filtro	R\$ 5,50
	P002	Teste do Pezinho (Exames de Controle)	
02.02.11.004-4		Dosagem de Fenilalanina	R\$ 5,50
03.01.01.004-8		Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
02.02.11.008-7		Dosagem de TSH E T4 Livre	R\$ 13,20
P003	Teste do Pezinho (Exames de Diagnóstico Tardio)		R\$ 33,90
	02.02.11.001-0	Detecção de Variantes da Hemoglobina	R\$ 8,80
	02.02.11.004-4	Dosagem de Fenilalanina	R\$ 5,50
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
P004	Teste do Pezinho (Exames Confirmatórios)		R\$ 150,40
	02.02.11.002-8	Detecção Molecular de Mutação em Hemoglobinopatias	R\$ 66,00
	02.02.11.003-6	Detecção Molecular em Fibrose Cística	R\$ 66,00
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
P005	Teste Confirmatório de Deficiência de Biotinidase		R\$ 209,30
	02.02.11.011-7	Dosagem Quantitativa da Atividade da Biotinidase em Soro	R\$ 137,00
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
	02.02.11.013-3	Detecção Molecular de Mutação em Deficiência de Biotinidase	R\$ 66,00
P006	Teste Confirmatório de Hiperplasia de Adrenal Congênita		R\$ 72,30
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
	02.02.11.012-5	Detecção Molecular de Mutação em Hiperplasia Adrenal Congênita	R\$ 66,00
P006	Teste Confirmatório de Fibrose Cística		R\$ 156,30
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
	02.02.11.014-1	Dosagem de Cloreto no Suor	R\$ 150,00

LOTE 13: Métodos Diagnósticos por Especialidades Clínicas

CÓD	PROCEDIMENTO		VALOR
	SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
A000	Diagnóstico em Angiologia		R\$ 42,35
A001	Avaliação Vascular		R\$ 28,42
	02.11.01.001-4	Capilaroscopia	R\$ 1,31
	02.11.01.002-2	Investigação Ultrassônica (Pletismografia)	R\$ 1,31
	02.11.01.003-0	Oscilometria de Impulso	R\$ 1,31
	02.11.01.004-9	Pletismografia (Por Lateralidade / Território)	R\$ 1,31
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
C000	Diagnóstico em Cardiologia		R\$ 647,62
C001	Cateterismo Cardíaco		



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE FARIAS BRITO

	02.11.02.001-0	Cateterismo Cardíaco	R\$ 614,72
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
C002	Cateterismo Cardíaco em Pediatria		R\$ 701,77
	02.11.02.002-8	Cateterismo Cardíaco em Pediatria	R\$ 653,72
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	04.17.01.006-0	Sedação	R\$ 15,15
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
C000	Diagnóstico em Cardiologia		
C003	Eletrocardiograma		R\$ 15,15
	02.11.02.003-6	Eletrocardiograma	R\$ 5,15
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
C004	Monitoramento pelo Sistema Holter 24h		R\$ 40,00
	02.11.02.004-4	Monitoramento Pelo Sistema Holter 24 HS (3 Canais)	R\$ 30,00
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
C005	Monitoramento Ambulatorial da Pressão Arterial (M.A.P.A.)		R\$ 20,07
	02.11.02.005-2	Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial (M.A.P.A.)	R\$ 10,07
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
C006	Teste de Esforço / Teste Ergométrico		R\$ 40,00
	02.11.02.006-0	Teste de Esforço / Teste Ergométrico	R\$ 30,00
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
D000	Diagnóstico Cinético Funcional		
D001	Avaliação Cinético Funcional		R\$ 13,86
	02.11.03.001-5	Avaliação Cinemática e de Parâmetros Lineares	R\$ 1,26
	02.11.03.002-3	Avaliação Cinética, Cinemática e de Parâmetros Lineares	R\$ 1,26
	02.11.03.003-1	Avaliação de Equilíbrio Estático em Placa de Força	R\$ 1,26
	02.11.03.006-6	Avaliação de Movimento (Por Imagem)	R\$ 1,26
	02.11.03.008-2	Eletrodiagnóstico Cinético Funcional	R\$ 1,26
	02.11.03.009-0	Eletromiografia Dinâmica, Avaliação Cinética, Cinemática e de Parâmetros Lineares	R\$ 1,26
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
D002	Avaliação Cinético Funcional		R\$ 26,30
	02.11.03.004-0	Avaliação de Função e Mecânica Respiratória	R\$ 10,00
	02.11.03.005-8	Avaliação de Função e Mecânica Respiratória com Transdutores Microprocessados	R\$ 10,00
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
E000	Diagnóstico em Ginecologia e Obstetrícia		
E001	Colposcopia		R\$ 16,18
	02.11.04.002-9	Colposcopia	R\$ 3,38
	02.11.04.003-7	Exame Microbiológico a Fresco do Conteúdo Cérvico-Vaginal	R\$ 2,80
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
E002	Histeroscopia		R\$ 35,00
	02.11.04.004-5	Histeroscopia (Diagnóstica)	R\$ 25,00
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
E003	Tocardiografia Anteparto		R\$ 11,79
	02.11.04.006-1	Tocardiografia Anteparto	R\$ 1,69
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
F000	Diagnóstico em Neurologia		
F001	Eletroencefalografia em Vigília sem Fotoestímulo		R\$ 21,34
	02.11.05.002-4	Eletroencefalografia em Vigília sem Fotoestímulo	R\$ 11,34
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
F002	Eletroencefalografia em Vigília com Fotoestímulo		R\$ 21,63
	02.11.05.002-4	Eletroencefalografia em Vigília com Fotoestímulo	R\$ 11,34
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
F003	Eletroencefalograma em Sono Induzido sem Medicamento		R\$ 35,00



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE FARIAS BRITO

	02.11.05.003-2	Eletroencefalograma em Sono Induzido sem Medicamento (EEG)	R\$ 25,00
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
F004	Eletroencefalograma em Sono Induzido com Medicamento		R\$ 35,63
	02.11.05.003-2	Eletroencefalograma em Sono Induzido com Medicamento (EEG)	R\$ 25,00
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
F000	Diagnóstico em Neurologia		
F005	Eletroencefalografia em Vigília e Sono Espontâneo sem Fotoestímulo		R\$ 35,00
	02.11.05.004-0	Eletroencefalograma em Vigília e Sono Espontâneo sem Fotoestímulo (EEG)	R\$ 25,00
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
F006	Eletroencefalografia em Vigília e Sono Espontâneo com Fotoestímulo		R\$ 35,63
	02.11.05.004-0	Eletroencefalograma em Vigília e Sono Espontâneo com Fotoestímulo (EEG)	R\$ 25,00
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
F007	Eletroencefalograma Quantitativo com Mapeamento (EEG)		R\$ 35,00
	02.11.05.005-9	Eletroencefalograma Quantitativo com Mapeamento (EEG)	R\$ 25,00
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
F008	Eletromiograma (EMG)		R\$ 37,00
	02.11.05.006-7	Eletromiograma (EMG)	R\$ 27,00
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
F009	Eletromiograma com Estudo de Fibra Única		R\$ 37,63
	02.11.05.007-5	Eletromiograma com Estudo de Fibra Única	R\$ 27,00
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
F010	Eletroneuromiograma (ENMG)		R\$ 37,77
	02.11.05.008-3	Eletroneuromiograma (ENMG)	R\$ 27,00
	03.09.05.003-0	Sessão de Eletroestimulação	R\$ 0,77
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
F011	Polissonografia		R\$ 135,00
	02.11.05.010-5	Polissonografia	R\$ 125,00
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
F012	Video-Eletroencefalograma com Registro Prolongado		R\$ 52,00
	02.11.05.015-6	Video-Eletroencefalograma com Registro Prolongado	R\$ 27,00
	02.11.05.005-9	Eletroencefalograma Quantitativo com Mapeamento (EEG)	R\$ 25,00
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
O000	Diagnóstico em Oftalmologia		
O001	Tomografia de Coerência Ótica		R\$ 98,56
	02.11.06.028-3	Tomografia de Coerência Ótica	R\$ 48,00
	02.11.06.023-2	Teste Ortóptico	R\$ 12,34
	02.11.06.013-5	Medida de Ofuscamento e Contraste (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.013-5	Medida de Ofuscamento e Contraste (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.010-0	Fundoscopia (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.010-0	Fundoscopia (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.015-1	Potencial de Acuidade Visual (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.015-1	Potencial de Acuidade Visual (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.021-6	Teste de Schirmer (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.021-6	Teste de Schirmer (OE)	R\$ 3,37
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OD)	R\$ 0,63
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OE)	R\$ 0,63
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
O002	Biometria Ultrassônica e Ótica		R\$ 73,22
	02.11.06.001-1	Biometria Ultrassônica (OD)	R\$ 24,24
	02.11.06.001-1	Biometria Ultrassônica (OE)	R\$ 24,24
	02.11.06.011-9	Gonioscopia	R\$ 6,74
	02.11.06.009-7	Estesimetria (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.009-7	Estesimetria (OE)	R\$ 3,37
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OD)	R\$ 0,63



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE FARIAS BRITO

O003	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OE)	R\$ 0,63
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
	Avaliação Eletrofisiológica		R\$ 156,70
	02.11.06.007-0	Eletro-Oculografia (EOG) (OD)	R\$ 24,24
	02.11.06.007-0	Eletro-Oculografia (EOG) (OE)	R\$ 24,24
	02.11.06.008-9	Eletrorretinografia (ERG) (OD)	R\$ 24,24
	02.11.06.008-9	Eletrorretinografia (ERG) (OE)	R\$ 24,24
	02.11.06.016-0	Potencial Visual Evocado (PVE) (OD)	R\$ 24,24
	02.11.06.016-0	Potencial Visual Evocado (PVE) (OE)	R\$ 24,24
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OD)	R\$ 0,63
03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OE)	R\$ 0,63	
03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00	
O004	Retinografia Fluorescente Binocular		R\$ 108,96
	02.11.06.018-6	Retinografia Fluorescente Binocular	R\$ 64,00
	02.11.06.013-5	Medida de Ofuscamento e Contraste (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.013-5	Medida de Ofuscamento e Contraste (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.010-0	Fundoscopia (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.010-0	Fundoscopia (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.015-1	Potencial de Acuidade Visual (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.015-1	Potencial de Acuidade Visual (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.021-6	Teste de Schirmer (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.021-6	Teste de Schirmer (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.022-4	Teste de Visão de Cores (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.022-4	Teste de Visão de Cores (OE)	R\$ 3,37
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OD)	R\$ 0,63
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OE)	R\$ 0,63
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
	O005	Retinografia Colorida Binocular	
02.11.06.017-8		Retinografia Colorida Binocular	R\$ 24,68
02.11.06.013-5		Medida de Ofuscamento e Contraste (OD)	R\$ 3,37
02.11.06.013-5		Medida de Ofuscamento e Contraste (OE)	R\$ 3,37
02.11.06.010-0		Fundoscopia (OD)	R\$ 3,37
02.11.06.010-0		Fundoscopia (OE)	R\$ 3,37
02.11.06.015-1		Potencial de Acuidade Visual (OD)	R\$ 3,37
02.11.06.015-1		Potencial de Acuidade Visual (OE)	R\$ 3,37
02.11.06.021-6		Teste de Schirmer (OD)	R\$ 3,37
02.11.06.021-6		Teste de Schirmer (OE)	R\$ 3,37
02.11.06.022-4		Teste de Visão de Cores (OD)	R\$ 3,37
02.11.06.022-4		Teste de Visão de Cores (OE)	R\$ 3,37
03.01.10.001-2		Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OD)	R\$ 0,63
03.01.10.001-2		Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OE)	R\$ 0,63
03.01.01.007-2		Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
O006		Biomicroscopia de Fundo de Olho	
	02.11.06.002-0	Biomicroscopia de Fundo de Olho (OD)	R\$ 12,34
	02.11.06.002-0	Biomicroscopia de Fundo de Olho (OE)	R\$ 12,34
	02.11.06.013-5	Medida de Ofuscamento e Contraste (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.013-5	Medida de Ofuscamento e Contraste (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.010-0	Fundoscopia (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.010-0	Fundoscopia (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.015-1	Potencial de Acuidade Visual (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.015-1	Potencial de Acuidade Visual (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.021-6	Teste de Schirmer (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.021-6	Teste de Schirmer (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.022-4	Teste de Visão de Cores (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.022-4	Teste de Visão de Cores (OE)	R\$ 3,37
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OD)	R\$ 0,63
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OE)	R\$ 0,63
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
O007	Mapeamento de Retina		R\$ 105,78



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE FARIAS BRITO

	02.11.06.023-2	Teste Ortóptico	R\$ 12,34
	02.11.06.012-7	Mapeamento de Retina (OD)	R\$ 24,24
	02.11.06.012-7	Mapeamento de Retina (OE)	R\$ 24,24
	02.11.06.013-5	Medida de Ofuscamento e Contraste (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.013-5	Medida de Ofuscamento e Contraste (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.010-0	Fundoscopia (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.010-0	Fundoscopia (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.015-1	Potencial de Acuidade Visual (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.015-1	Potencial de Acuidade Visual (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.021-6	Teste de Schirmer (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.021-6	Teste de Schirmer (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.022-4	Teste de Visão de Cores (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.022-4	Teste de Visão de Cores (OE)	R\$ 3,37
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OD)	R\$ 0,63
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OE)	R\$ 0,63
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
0008	Topografia Computadorizada de Córnea		R\$ 89,42
	02.11.06.026-7	Topografia Computadorizada de Córnea	R\$ 24,24
	02.11.06.020-8	Teste de Provocação de Glaucoma (OD)	R\$ 6,74
	02.11.06.020-8	Teste de Provocação de Glaucoma (OE)	R\$ 6,74
	02.11.06.005-4	Ceratometria (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.005-4	Ceratometria (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.025-9	Tonometria (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.025-9	Tonometria (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.013-5	Medida de Ofuscamento e Contraste (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.013-5	Medida de Ofuscamento e Contraste (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.010-0	Fundoscopia (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.010-0	Fundoscopia (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.015-1	Potencial de Acuidade Visual (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.015-1	Potencial de Acuidade Visual (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.021-6	Teste de Schirmer (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.021-6	Teste de Schirmer (OE)	R\$ 3,37
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OD)	R\$ 0,63
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OE)	R\$ 0,63
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
0009	Microscopia Especular de Córnea		R\$ 113,66
	02.11.06.014-3	Microscopia Especular de Córnea (OD)	R\$ 24,24
	02.11.06.014-3	Microscopia Especular de Córnea (OE)	R\$ 24,24
	02.11.06.020-8	Teste de Provocação de Glaucoma (OD)	R\$ 6,74
	02.11.06.020-8	Teste de Provocação de Glaucoma (OE)	R\$ 6,74
	02.11.06.005-4	Ceratometria (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.005-4	Ceratometria (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.025-9	Tonometria (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.025-9	Tonometria (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.013-5	Medida de Ofuscamento e Contraste (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.013-5	Medida de Ofuscamento e Contraste (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.010-0	Fundoscopia (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.010-0	Fundoscopia (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.015-1	Potencial de Acuidade Visual (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.015-1	Potencial de Acuidade Visual (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.021-6	Teste de Schirmer (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.021-6	Teste de Schirmer (OE)	R\$ 3,37
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OD)	R\$ 0,63
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OE)	R\$ 0,63
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
0000	Diagnóstico em Oftalmologia		R\$ 105,18
0010	Avaliação / Reavaliação de Glaucoma		R\$ 40,00
	02.11.06.003-8	Campimetria Computadorizada ou Manual com Gráfico	R\$ 40,00
	02.11.06.020-8	Teste de Provocação de Glaucoma (OD)	R\$ 6,74



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE FÁTIMA BRITO

	02.11.06.020-8	Teste de Provocação de Glaucoma (OE)	R\$ 6,74
	02.11.06.005-4	Ceratometria (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.005-4	Ceratometria (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.025-9	Tonometria (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.025-9	Tonometria (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.013-5	Medida de Ofuscamento e Contraste (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.013-5	Medida de Ofuscamento e Contraste (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.010-0	Fundoscopia (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.010-0	Fundoscopia (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.015-1	Potencial de Acuidade Visual (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.015-1	Potencial de Acuidade Visual (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.021-6	Teste de Schirmer (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.021-6	Teste de Schirmer (OE)	R\$ 3,37
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OD)	R\$ 0,63
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OE)	R\$ 0,63
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
O011	Curva Diária de Pressão Ocular (CDPO)		R\$ 85,40
	02.11.06.006-2	Curva Diária de Pressão Ocular (CDPO) (Mínimo 3 Medidas) (OD)	R\$ 10,11
	02.11.06.006-2	Curva Diária de Pressão Ocular (CDPO) (Mínimo 3 Medidas) (OE)	R\$ 10,11
	02.11.06.020-8	Teste de Provocação de Glaucoma (OD)	R\$ 6,74
	02.11.06.020-8	Teste de Provocação de Glaucoma (OE)	R\$ 6,74
	02.11.06.005-4	Ceratometria (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.005-4	Ceratometria (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.025-9	Tonometria (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.025-9	Tonometria (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.013-5	Medida de Ofuscamento e Contraste (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.013-5	Medida de Ofuscamento e Contraste (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.010-0	Fundoscopia (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.010-0	Fundoscopia (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.015-1	Potencial de Acuidade Visual (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.015-1	Potencial de Acuidade Visual (OE)	R\$ 3,37
	02.11.06.021-6	Teste de Schirmer (OD)	R\$ 3,37
	02.11.06.021-6	Teste de Schirmer (OE)	R\$ 3,37
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OD)	R\$ 0,63
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (OE)	R\$ 0,63
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
H000	Diagnóstico em Fonoaudiologia		
H001	Audiometria Tonal e de Reforço Visual		R\$ 72,52
	02.11.07.002-5	Audiometria de Reforço Visual (Via Aérea / Ossea)	R\$ 21,00
	02.11.07.004-1	Audiometria Tonal Limiar (Via Aérea / Ossea)	R\$ 21,00
	02.11.07.032-7	Testes Acumétricos (Diapasão)	R\$ 1,37
	02.11.07.033-5	Testes Auditivos Supraliminares	R\$ 1,37
	02.11.07.034-3	Testes de Processamento Auditivo	R\$ 9,36
	02.11.07.035-1	Testes Vestibulares / Otoneurológicos	R\$ 12,12
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
H002	Audiometria em Campo Livre		R\$ 50,65
	02.11.07.003-3	Audiometria em Campo Livre	R\$ 20,13
	02.11.07.032-7	Testes Acumétricos (Diapasão)	R\$ 1,37
	02.11.07.033-5	Testes Auditivos Supraliminares	R\$ 1,37
	02.11.07.034-3	Testes de Processamento Auditivo	R\$ 9,36
	02.11.07.035-1	Testes Vestibulares / Otoneurológicos	R\$ 12,12
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
H000	Diagnóstico em Fonoaudiologia		
H003	Imitanciometria		R\$ 68,43
	02.11.07.020-3	Imitanciometria	R\$ 23,00
	02.11.07.032-7	Testes Acumétricos (Diapasão)	R\$ 1,37
	02.11.07.033-5	Testes Auditivos Supraliminares	R\$ 1,37
	02.11.07.034-3	Testes de Processamento Auditivo	R\$ 9,36
	02.11.07.035-1	Testes Vestibulares / Otoneurológicos	R\$ 12,12



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE FARIAS BRITO

	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
H004	Avaliação p/ Diagnóstico de Deficiência Auditiva		R\$ 110,69
	02.11.07.032-7	Testes Acumétricos (Diapasão)	R\$ 1,37
	02.11.07.033-5	Testes Auditivos Supraliminares	R\$ 1,37
	02.11.07.034-3	Testes de Processamento Auditivo	R\$ 9,36
	02.11.07.035-1	Testes Vestibulares / Otoneurológicos	R\$ 12,12
	02.11.05.011-3	Potencial Evocado Auditivo	R\$ 4,06
	02.11.07.028-9	Prova de Função Tubária	R\$ 4,80
	02.11.07.009-2	Avaliação P/ Diagnóstico de Deficiência Auditiva	R\$ 24,75
	02.11.07.010-6	Avaliação P/ Diagnóstico Diferencial de Deficiência Auditiva	R\$ 46,56
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
H005	Reavaliação p/ Diagnóstico de Deficiência Auditiva em maiores de 03 anos		R\$ 57,13
	02.11.07.032-7	Testes Acumétricos (Diapasão)	R\$ 1,37
	02.11.07.033-5	Testes Auditivos Supraliminares	R\$ 1,37
	02.11.07.034-3	Testes de Processamento Auditivo	R\$ 9,36
	02.11.07.035-1	Testes Vestibulares / Otoneurológicos	R\$ 12,12
	02.11.05.011-3	Potencial Evocado Auditivo	R\$ 4,06
	02.11.07.029-7	Reavaliação Diagnóstica de Deficiência Auditiva em > de 03 Anos	R\$ 22,55
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
H006	Reavaliação p/ Diagnóstico de Deficiência Auditiva em menores de 03 anos		R\$ 78,94
	02.11.07.032-7	Testes Acumétricos (Diapasão)	R\$ 1,37
	02.11.07.033-5	Testes Auditivos Supraliminares	R\$ 1,37
	02.11.07.034-3	Testes de Processamento Auditivo	R\$ 9,36
	02.11.07.035-1	Testes Vestibulares / Otoneurológicos	R\$ 12,12
	02.11.05.011-3	Potencial Evocado Auditivo	R\$ 4,06
	02.11.07.030-0	Reavaliação Diagnóstica de Deficiência Auditiva em < de 03 Anos	R\$ 44,36
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
H007	Perícia Fonoaudiológica		R\$ 42,07
	02.11.05.011-3	Potencial Evocado Auditivo	R\$ 4,06
	02.11.07.001-7	Análise Acústica da Voz por Meio de Laboratório de Voz	R\$ 4,11
	02.11.07.006-8	Avaliação de Linguagem Escrita / Leitura	R\$ 4,11
	02.11.07.007-6	Avaliação de Linguagem Oral	R\$ 4,11
	02.11.07.023-8	Pesquisa de Fistula Perilinfática	R\$ 4,80
	02.11.07.005-0	Avaliação Auditiva Comportamental	R\$ 18,00
	02.11.07.011-4	Avaliação Vocal	R\$ 4,11
	02.11.07.008-4	Avaliação Miofuncional de Sistema Estomatognático	R\$ 4,11
	02.11.07.032-7	Testes Acumétricos (Diapasão)	R\$ 1,37
	02.11.07.033-5	Testes Auditivos Supraliminares	R\$ 1,37
	02.11.07.034-3	Testes de Processamento Auditivo	R\$ 9,36
	02.11.07.028-9	Prova de Função Tubária	R\$ 4,80
	02.11.07.035-1	Testes Vestibulares / Otoneurológicos	R\$ 12,12
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
H008	Potencial Evocado Auditivo		R\$ 90,91
	02.11.07.026-2	Potencial Evocado Auditivo de Curta, Média e Longa Latência	R\$ 46,88
	02.11.07.032-7	Testes Acumétricos (Diapasão)	R\$ 1,37
	02.11.07.033-5	Testes Auditivos Supraliminares	R\$ 1,37
	02.11.07.034-3	Testes de Processamento Auditivo	R\$ 9,36
	02.11.07.035-1	Testes Vestibulares / Otoneurológicos	R\$ 12,12
	02.11.07.027-0	Potencial Evocado Auditivo P/ Triagem Auditiva	R\$ 13,51
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
H000	Diagnóstico em Fonoaudiologia		
H009	Potencial Evocado Eletricamente no Sistema Auditivo		R\$ 124,28
	02.11.07.039-4	Potencial Evocado Eletricamente no Sistema Auditivo	R\$ 93,76
	02.11.07.032-7	Testes Acumétricos (Diapasão)	R\$ 1,37
	02.11.07.033-5	Testes Auditivos Supraliminares	R\$ 1,37
	02.11.07.034-3	Testes de Processamento Auditivo	R\$ 9,36
	02.11.07.035-1	Testes Vestibulares / Otoneurológicos	R\$ 12,12
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE FARIAS BRITO

H010	Estudo de Emissões Otoacústicas Evocadas Transitórias (EOA)	R\$ 95,71
	02.11.07.015-7 Estudo de Emissões Otoacústicas Evocadas Transitórias e Produtos de Distorção (EOA)	R\$ 46,88
	02.11.07.032-7 Testes Acumétricos (Diapasão)	R\$ 1,37
	02.11.07.033-5 Testes Auditivos Supraliminares	R\$ 1,37
	02.11.07.034-3 Testes de Processamento Auditivo	R\$ 9,36
	02.11.07.028-9 Prova de Função Tubária	R\$ 4,80
	02.11.07.035-1 Testes Vestibulares / Otoneurológicos	R\$ 12,12
	02.11.07.027-0 Potencial Evocado Auditivo P/ Triagem Auditiva	R\$ 13,51
	03.01.01.004-8 Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
H011	Estudo Topodiagnóstico da Paralisia Facial	R\$ 37,99
	02.11.07.016-5 Estudo Topodiagnóstico da Paralisia Facial	R\$ 8,10
	02.11.07.024-6 Pesquisa de Ganho de Inserção	R\$ 12,00
	02.11.07.025-4 Pesquisa de Pares Cranianos	R\$ 3,37
	02.11.07.017-3 Exame de Organização Perceptiva	R\$ 4,11
	02.11.07.018-1 Exame Neuropsicomotor Evolutivo	R\$ 4,11
	03.01.01.004-8 Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
H012	Logoaudiometria	R\$ 62,21
	02.11.07.021-1 Logoaudiometria (LDV-IRF-LRF)	R\$ 26,25
	02.11.07.024-6 Pesquisa de Ganho de Inserção	R\$ 12,00
	02.11.07.025-4 Pesquisa de Pares Cranianos	R\$ 3,37
	02.11.07.017-3 Exame de Organização Perceptiva	R\$ 4,11
	02.11.07.018-1 Exame Neuropsicomotor Evolutivo	R\$ 4,11
	03.01.01.004-8 Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
H013	Mapeamento e Balanceamento dos Eletrodos	R\$ 73,48
	02.11.07.038-6 Mapeamento e Balanceamento dos Eletrodos	R\$ 33,91
	02.11.07.032-7 Testes Acumétricos (Diapasão)	R\$ 1,37
	02.11.07.033-5 Testes Auditivos Supraliminares	R\$ 1,37
	02.11.07.034-3 Testes de Processamento Auditivo	R\$ 9,36
	02.11.07.012-2 Eletrococleografia	R\$ 4,25
	02.11.07.028-9 Prova de Função Tubária	R\$ 4,80
	02.11.07.035-1 Testes Vestibulares / Otoneurológicos	R\$ 12,12
	03.01.01.004-8 Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
H014	Reflexo Estapediano Eliciado Eletricamente	R\$ 85,57
	02.11.07.040-8 Reflexo Estapediano Eliciado Eletricamente	R\$ 46,00
	02.11.07.032-7 Testes Acumétricos (Diapasão)	R\$ 1,37
	02.11.07.033-5 Testes Auditivos Supraliminares	R\$ 1,37
	02.11.07.034-3 Testes de Processamento Auditivo	R\$ 9,36
	02.11.07.028-9 Prova de Função Tubária	R\$ 4,80
	02.11.07.012-2 Eletrococleografia	R\$ 4,25
	02.11.07.035-1 Testes Vestibulares / Otoneurológicos	R\$ 12,12
	03.01.01.004-8 Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
H015	Avaliação e Seleção Pré-cirúrgica Para Implante Coclear	R\$ 81,88
	02.11.07.037-8 Avaliação e Seleção Pré-cirúrgica Para Implante Coclear	R\$ 46,56
	02.11.07.032-7 Testes Acumétricos (Diapasão)	R\$ 1,37
	02.11.07.033-5 Testes Auditivos Supraliminares	R\$ 1,37
	02.11.07.034-3 Testes de Processamento Auditivo	R\$ 9,36
	02.11.07.028-9 Prova de Função Tubária	R\$ 4,80
	02.11.07.035-1 Testes Vestibulares / Otoneurológicos	R\$ 12,12
	03.01.01.004-8 Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
H000	Diagnóstico em Fonoaudiologia	
H016	Avaliação e Seleção Pré-cirúrgica para Prótese Auditiva Ancorada no Osso	R\$ 86,03
	02.11.07.041-6 Avaliação e Seleção Pré-cirúrgica para Prótese Auditiva Ancorada no Osso	R\$ 46,56
	02.11.07.032-7 Testes Acumétricos (Diapasão)	R\$ 1,37
	02.11.07.033-5 Testes Auditivos Supraliminares	R\$ 1,37
	02.11.07.034-3 Testes de Processamento Auditivo	R\$ 9,36
	02.11.07.028-9 Prova de Função Tubária	R\$ 4,80
	02.11.07.012-2 Eletrococleografia	R\$ 4,25



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DEL-REI

	02.11.07.035-1	Testes Vestibulares / Otoneurológicos	R\$ 12,12
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
H017	Seleção e Verificação de Benefício do AASI		R\$ 48,32
	02.11.07.031-9	Seleção e Verificação de Benefício do AASI	R\$ 8,75
	02.11.07.032-7	Testes Acumétricos (Diaspásio)	R\$ 1,37
	02.11.07.033-5	Testes Auditivos Supraliminares	R\$ 1,37
	02.11.07.034-3	Testes de Processamento Auditivo	R\$ 9,36
	02.11.07.028-9	Prova de Função Tubária	R\$ 4,80
	02.11.07.012-2	Eletrococleografia	R\$ 4,25
	02.11.07.035-1	Testes Vestibulares / Otoneurológicos	R\$ 12,12
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
H018	Teste da Orelhinha		R\$ 33,32
	02.11.07.014-9	Emissões Otoacústicas Evocadas p/ Triagem Auditiva	R\$ 13,51
	02.11.07.027-0	Potencial Evocado Auditivo P/ Triagem Auditiva	R\$ 13,51
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
J000	Diagnóstico em Pneumologia		
J001	Avaliação da Condição Pulmonar		R\$ 30,24
	02.11.08.001-2	Espirografia C/ Determinação do Volume Residual	R\$ 2,78
	02.11.08.005-5	Prova de Função Pulmonar Completa Com Broncodilatador	R\$ 6,36
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada	R\$ 0,63
	02.11.08.006-3	Prova de Função Pulmonar Simples	R\$ 4,28
	02.11.08.007-1	Prova Farmacodinâmica	R\$ 2,78
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada	R\$ 0,63
	02.11.08.008-0	Teste da Caminhada de 06 Minutos	R\$ 2,78
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
J002	Gasometria (Após Exercício Ciclo-Ergométrico)		R\$ 43,41
	02.11.08.003-9	Gasometria (Após Exercício Ciclo-Ergométrico)	R\$ 2,78
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada	R\$ 0,63
	02.11.02.006-0	Teste de Esforço / Teste Ergométrico	R\$ 30,00
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
J003	Gasometria (Após Oxigênio a 100% durante a difusão alvéolo-capilar)		R\$ 13,41
	02.11.08.004-7	Gasometria (Após Oxigênio a 100% durante a difusão alvéolo-capilar)	R\$ 2,78
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada	R\$ 0,63
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
I000	Diagnóstico em Urologia		
I001	Avaliação Urodinâmica Completa		R\$ 18,25
	02.11.09.001-8	Avaliação Urodinâmica Completa	R\$ 7,62
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada	R\$ 0,63
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
I002	Cateterismo de Uretra		R\$ 41,09
	02.11.09.002-6	Cateterismo de Uretra	R\$ 8,82
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
I003	Cistometria Simples		R\$ 42,61
	02.11.09.004-2	Cistometria Simples	R\$ 8,82
	03.09.03.001-3	Cateterismo evacuador da bexiga	R\$ 1,52
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
I000	Diagnóstico em Urologia		
I004	Cistometria c/ Cistometro		R\$ 42,61
	02.11.09.003-4	Cistometria c/ Cistometro	R\$ 8,82
	03.09.03.001-3	Cateterismo evacuador da bexiga	R\$ 1,52
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
I005	Determinação de Pressão Intra-abdominal		R\$ 42,61
	02.11.09.005-0	Determinação de Pressão Intra-abdominal	R\$ 8,82
	03.09.03.001-3	Cateterismo evacuador da bexiga	R\$ 1,52



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE FARIAS BRITO

	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
I006	Urofluxometria		R\$ 51,41
	02.11.09.006-9	Perfil de Pressão Uretral	R\$ 8,82
	02.11.09.007-7	Urofluxometria	R\$ 8,82
	03.09.03.001-3	Cateterismo evacuador da bexiga	R\$ 1,52
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
M000	Pareceres Clínicos		
M001	Parecer Trabalhista		R\$ 17,26
	03.01.01.005-6	Consulta Médica em Saúde do Trabalhador	R\$ 10,00
	03.01.02.003-5	Emissão de Parecer Sobre Nexo Causal	R\$ 7,26
M002	Parecer Cardiológico		R\$ 22,41
	03.01.01.007-2	Consulta de Profissional Médico na Atenção Especializada	R\$ 10,00
	03.01.02.003-5	Emissão de Parecer Sobre Nexo Causal	R\$ 7,26
	02.11.02.003-6	Eletrocardiograma	R\$ 5,15
M003	Parecer em Alergologia		R\$ 14,51
	03.09.02.001-8	Hipersensibilização Específica	R\$ 1,41
	03.09.02.002-6	Hipersensibilização c/ Produtos Autógenos	R\$ 1,55
	03.09.02.003-4	Hipersensibilização Inespecífica	R\$ 1,55
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00

LOTE 14: Fisioterapia

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
03.02.02.000-0	Assistência Fisioterapêutica em alterações oncológicas	
03.02.02.001-2	Atendimento Fisioterapêutico de Paciente com Cuidados Paliativos	R\$ 6,35
03.02.02.002-0	Atendimento Fisioterapêutico em Paciente Oncológico Clínico	R\$ 4,67
03.02.02.003-9	Atendimento Fisioterapêutico em Paciente no Pré e Pós Cirurgia Oncológica	R\$ 6,35
03.02.03.000-0	Assistência Fisioterapêutica em alterações oftalmológicas	
03.02.03.001-8	Atendimento Fisioterapêutico em Pacientes Com Alterações Oculomotoras Centrais C/ Comprometimento Sistêmico	R\$ 6,35
03.02.03.002-6	Atendimento Fisioterapêutico em Paciente com Alterações Oculomotoras Periféricas	R\$ 4,67
03.02.05.000-0	Assistência Fisioterapêutica nas disfunções musculoesqueléticas	
03.02.05.001-9	Atendimento Fisioterapêutico em Pacientes no Pré e Pós-Operatório nas Disfunções Musculoesqueléticas	R\$ 6,35
03.02.05.002-7	Atendimento Fisioterapêutico nas Alterações Motoras	R\$ 4,67
03.02.06.000-0	Assistência Fisioterapêutica em alterações neurológicas	
03.02.06.001-4	Atendimento Fisioterapêutico em Pacientes com Distúrbios Neuro-Cinético-Funcionais sem Complicações Sistêmicas	R\$ 4,67
03.02.06.002-2	Atendimento Fisioterapêutico em Pacientes com Distúrbios Neuro-Cinético-Funcionais com Complicações Sistêmicas	R\$ 6,35
03.02.06.003-0	Atendimento Fisioterapêutico nas desordens do Desenvolvimento Neuromotor	R\$ 4,67
03.02.06.004-9	Atendimento Fisioterapêutico em Paciente c/ Comprometimento Cognitivo	R\$ 6,35
03.02.06.005-7	Atendimento Fisioterapêutico em Paciente no Pré/Pós-Operatório de Neurocirurgia	R\$ 6,35
03.02.04.000-0	Assistência Fisioterapêutica cardiovasculares e pneumo-funcionais	
03.02.04.001-3	Atendimento Fisioterapêutico em Paciente com Transtorno Respiratório Com Complicações Sistêmicas	R\$ 6,35
03.02.04.002-1	Atendimento Fisioterapêutico em Paciente com Transtorno Respiratório Sem Complicações Sistêmicas	R\$ 4,67
03.02.04.003-0	Atendimento Fisioterapêutico em Paciente Com Transtorno Clínico Cardio-vascular	R\$ 4,67
03.02.04.004-8	Atendimento Fisioterapêutico em Paciente Pré/Pós Cirurgia Cardiovascular	R\$ 6,35
03.02.04.005-6	Atendimento Fisioterapêutico nas Disfunções Vasculares Periféricas	R\$ 4,67
03.02.01.000-0	Assistência Fisioterapêutica em alterações obstétricas, neonatais e uroginecológicas	



SECRETARIA DE SAÚDE

GÓVERNO MUNICIPAL DE FARIAS BRITO

03.02.01.001-7	Atendimento Fisioterapêutico em Paciente no Pré/Pós Cirurgias Uroginecológicas	R\$ 6,35
03.02.01.002-5	Atendimento Fisioterapêutico em Pacientes c/ Disfunções Uroginecológicas	R\$ 4,67
03.02.07.000-0	Assistência Fisioterapêutica em queimados	
03.02.07.001-0	Atendimento Fisioterapêutico em Paciente Médio Queimado	R\$ 4,67
03.02.07.003-6	Atendimento Fisioterapêutico em Paciente com Sequelas por Queimaduras (Médio e Grande Queimados)	R\$ 4,67
03.01.01.000-0	Laudos e Avaliações dos Procedimentos	
03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (Exceto Médico)	R\$ 6,30

LOTE 15: Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos

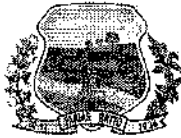
SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
03.01.01.000-0	Avaliação Clínica e Aconselhamento Genético	
03.01.01.019-6	Avaliação Clínica de Doenças Raras Eixo I: 1 - Anomalias Congênitas ou de Manifestação Tardia	R\$ 800,00
03.01.01.020-0	Avaliação Clínica de Doenças Raras Eixo I: 2 - Deficiência Intelectual	R\$ 800,00
03.01.01.021-8	Avaliação Clínica de Doenças Raras Eixo I: 3 - Erros Inatos de Metabolismo	R\$ 600,00
03.01.01.022-6	Aconselhamento Genético	R\$ 100,00
03.01.05.000-0	Acompanhamentos de Pacientes em Domicílio	
03.01.01.016-1	Consulta/Atendimento Domiciliar na Atenção Especializada	R\$ 3,14
03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (Exceto Médico)	R\$ 6,30
03.01.01.007-2	Consulta de Profissional Médico na Atenção Especializada	R\$ 10,00
03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada	R\$ 0,63
03.01.05.001-5	Acompanhamento e Avaliação Domiciliar de Paciente Submetido à Ventilação Mecânica não Invasiva - Paciente/Mês	R\$ 55,00
03.01.05.003-1	Assistência Domiciliar p/ Equipe Multiprofissional na Atenção Especializada	R\$ 18,29
03.01.05.004-0	Assistência Domiciliar Terapêutica Multiprofissional em HIV/AIDS (ADTM)	R\$ 18,29
03.01.05.006-6	Instalação / Manutenção de Ventilação Mecânica Não Invasiva Domiciliar	R\$ 27,50
03.01.07.000-0	Acompanhamento Multiprofissional a Paciente com Necessidades Especiais	
03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (Exceto Médico)	R\$ 6,30
03.01.01.007-2	Consulta de Profissional Médico na Atenção Especializada	R\$ 10,00
03.01.07.002-4	Acompanhamento de Paciente em Reabilitação em Comunicação Alternativa	R\$ 17,67
03.01.07.004-0	Acompanhamento Neuropsicológico de Paciente em Reabilitação	R\$ 17,67
03.01.07.005-9	Acompanhamento Psicopedagógico de Paciente em Reabilitação	R\$ 17,67
03.01.07.006-7	Atendimento / Acompanhamento em Reabilitação nas Múltiplas Deficiências	R\$ 7,71
03.01.07.007-5	Atendimento / Acompanhamento de Paciente em Reabilitação do Desenvolvimento Neuropsicomotor	R\$ 17,67
03.01.07.008-3	Atendimento em Oficina Terapêutica I Para Portador de Necessidades Especiais (Por Oficina)	R\$ 6,66
03.01.07.009-1	Atendimento em Oficina Terapêutica II Para Portador de Necessidades Especiais (Por Oficina)	R\$ 25,24
03.01.07.015-6	Avaliação Multiprofissional em Deficiência Visual	R\$ 24,68
03.01.07.016-4	Atendimento/Acompanhamento em Reabilitação Visual	R\$ 12,00
03.01.07.000-0	Acompanhamento Fisioterápico	
03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (Exceto Médico)	R\$ 6,30
03.01.07.014-8	Treino de Orientação e Mobilidade (máximo 8/mês)	R\$ 6,00
03.01.07.010-5	Atendimento/Acompanhamento Intensivo de Paciente em Reabilitação Física (1 Turno Paciente-Dia - 15 Atendimentos-Mês)	R\$ 17,55
03.01.07.012-1	Tratamento Intensivo de Paciente em Reabilitação Física (1 Turno Paciente-Dia 20 Atendimentos-Mês)	R\$ 21,69
03.01.07.013-0	Tratamento Intensivo de Paciente em Reabilitação Física (2 Turnos Paciente-Dia - 20 Atendimentos-Mês)	R\$ 33,70
03.01.07.000-0	Acompanhamento Fonoaudiológico	



SECRETARIA DE SAÚDE

GÓVERNO MUNICIPAL DE FARIAS BRITO

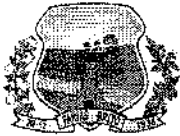
03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (Exceto Médico)	R\$ 6,30
03.01.07.011-3	Terapia Fonoaudiológica Individual (por sessão)	R\$ 10,90
03.01.07.000-0	Acompanhamento de Próteses Auditivas	
03.01.01.007-2	Consulta de Profissional Médico na Atenção Especializada	R\$ 10,00
03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (Exceto Médico)	R\$ 6,30
03.01.07.017-2	Manutenção da Prótese de Implante Coclear	R\$ 1.226,35
03.01.07.018-0	Acompanhamento de Paciente Com Prótese Auditiva Ancorada No Osso	R\$ 58,62
03.01.07.001-6	Acompanhamento de Paciente Com Implante Coclear	R\$ 58,62
03.01.07.003-2	Acompanhamento de Paciente P/ Adaptação de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) UNI / BILATERAL	R\$ 21,68
03.01.06.000-0	Atendimentos de Urgência de Clínica Médica e/ou Psiquiátrica	
03.01.01.007-2	Consulta de Profissional Médico na Atenção Especializada	R\$ 10,00
03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (Exceto Médico)	R\$ 6,30
03.01.06.002-9	Atendimento de Urgência c/ observação até 24hs em Atenção Especializada	R\$ 12,47
03.01.06.006-1	Atendimento de Urgência em Atenção Especializada	R\$ 11,00
03.01.06.010-0	Atendimento Ortopédico Com Imobilização Provisória	R\$ 13,00
03.01.04.000-0	Avaliações e Terapias Psicológicas	
03.01.01.007-2	Consulta de Profissional Médico na Atenção Especializada	R\$ 10,00
03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (Exceto Médico)	R\$ 6,30
02.11.10.001-3	Aplicação de Teste P/ Psicodiagnóstico (por teste)	R\$ 2,74
03.01.04.003-6	Terapia em Grupo (por sessão mínima de 15 pessoas por 60 min)	R\$ 6,15
03.01.04.004-4	Terapia Individual (por sessão)	R\$ 2,81
03.01.08.014-3	Atendimento em Oficina Terapêutica I - Saúde Mental	R\$ 6,11
03.01.08.015-1	Atendimento em Oficina Terapêutica II - Saúde Mental	R\$ 23,16
03.01.08.016-0	Atendimento em Psicoterapia de Grupo	R\$ 5,59
03.01.08.017-8	Atendimento Individual em Psicoterapia	R\$ 2,55
03.01.11.000-0	Acompanhamento de Queimados	
03.01.01.007-2	Consulta de Profissional Médico na Atenção Especializada	R\$ 10,00
03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (Exceto Médico)	R\$ 6,30
03.01.11.001-8	Acompanhamento de Paciente Médio / Grande Queimado	R\$ 15,75
03.01.11.002-6	Acompanhamento de Paciente Pequeno Queimado	R\$ 10,50
03.01.13.000-0	Acompanhamento de Cardiopatas	
03.01.01.007-2	Consulta de Profissional Médico na Atenção Especializada	R\$ 10,00
03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (Exceto Médico)	R\$ 6,30
03.01.13.001-9	Avaliação Clínica e Eletrônica de Dispositivo Elétrico Cardíaco Implantável	R\$ 31,50
03.01.13.000-0	Acompanhamento de Portadores de Doenças Renais Crônicas	
03.01.01.007-2	Consulta de Profissional Médico na Atenção Especializada	R\$ 10,00
03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (Exceto Médico)	R\$ 6,30
03.01.13.005-1	Acompanhamento Multiprofissional em DRC Estágio 04 Pré Diálise	R\$ 61,00
03.01.13.006-0	Acompanhamento Multiprofissional em DRC Estágio 05 Pré Diálise	R\$ 61,00
03.09.05.003-0	Sessão de Eletroestimulação	R\$ 0,77
03.01.12.000-0	Acompanhamento de Portadores de Doenças Endócrinas e Metabólicas	
03.01.01.007-2	Consulta de Profissional Médico na Atenção Especializada	R\$ 10,00
03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (Exceto Médico)	R\$ 6,30
03.01.12.001-3	Acompanhamento de Paciente Com Fenilcetonúria	R\$ 27,50
03.01.12.002-1	Acompanhamento de Paciente Com Fibrose Cística	R\$ 27,50
03.01.12.003-0	Acompanhamento de Paciente Com Hemoglobinopatias	R\$ 27,50
03.01.12.004-8	Acompanhamento de Paciente Com Hipotireoidismo Congênito	R\$ 27,50
03.01.12.005-6	Acompanhamento de Paciente Pós-Cirurgia Bariátrica Por Equipe Multiprofissional	R\$ 40,00



03.01.12.006-4	Acompanhamento em Serviço de Referência Em Triagem Neonatal (SRTN) - Hiperplasia Adrenal Congênita.	R\$ 27,50
03.01.12.007-2	Acompanhamento em Serviço de Referência de Triagem Neonatal (SRTN) Paciente Com Deficiência de Biotinidase	R\$ 27,50

LOTE 16: Procedimentos Clínicos Ambulatoriais por Especialidade

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
03.09.05.000-0	Práticas Integrativas Complementares	
03.09.05.001-4	Sessão de Acupuntura Aplicação de Ventosas / Moxa	R\$ 3,67
03.09.05.002-2	Sessão de Acupuntura Com Inserção de Agulhas	R\$ 4,13
03.03.09.000-0	Tratamentos Clínicos Ambulatoriais em Ortopedia e Traumatologia	
03.03.09.001-4	Artrocentese de Grandes Articulações	R\$ 30,69
03.03.09.003-0	Infiltração de Substâncias em cavidade sinovial	R\$ 5,63
03.03.09.007-3	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Membro Inferior	R\$ 25,31
03.03.09.008-1	Revisão com Imobilização não Gessada em Lesão da Coluna Vertebral	R\$ 11,00
03.03.09.009-0	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Membro Superior	R\$ 22,21
03.03.09.011-1	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão da Coluna Vertebral	R\$ 27,32
03.03.09.012-0	Tratamento Conservador de Fratura na Cintura Escapular (c/ Imobilização)	R\$ 36,59
03.03.09.014-6	Tratamento Conservador de Fratura de Costelas	R\$ 15,04
03.03.09.015-4	Tratamento Conservador de Fratura de Punho Com Luva Gessada	R\$ 40,68
03.03.09.016-2	Tratamento Conservador de Fratura de Osso Metacárpico	R\$ 17,85
03.03.09.018-9	Tratamento Conservador de Fratura do Esterno	R\$ 15,98
03.03.09.020-0	Tratamento Conservador de Fratura em Membro Inferior com Imobilização	R\$ 41,93
03.03.09.021-9	Tratamento Conservador de Lesão da Coluna Cervical com Imobilização	R\$ 47,58
03.03.09.022-7	Tratamento Conservador de Fratura em Membro Superior com Imobilização	R\$ 41,63
03.03.09.023-5	Tratamento Conservador de Lesão da Coluna Toraco-Lombo-Sacra c/ Órtese	R\$ 39,09
03.03.09.025-1	Tratamento Conservador de Lesão de Coluna Toraco-Lombo-Sacra com Imobilização	R\$ 47,58
03.03.09.026-0	Tratamento Conservador de Lesão de Mecanismo Extensor dos Dedos	R\$ 17,85
03.03.09.028-6	Tratamento Conservador de Lesão Ligamentar em Membro c/ Imobilização	R\$ 35,20
03.03.05.000-0	Tratamentos Clínicos Ambulatoriais em Oftalmologia	
03.03.05.002-0	Exercícios Ortóptico	R\$ 3,27
03.03.05.003-9	Tratamento Oftalmológico de Paciente C/ Glaucoma Binocular (1ª LINHA)	R\$ 18,66
03.03.05.004-7	Tratamento Oftalmológico de Paciente C/ Glaucoma Binocular (2ª LINHA)	R\$ 79,38
03.03.05.005-5	Tratamento Oftalmológico de Paciente C/ Glaucoma Binocular (3ª LINHA)	R\$ 127,98
03.03.05.006-3	Tratamento Oftalmológico de Paciente C/ Glaucoma Monocular (1ª LINHA)	R\$ 12,44
03.03.05.007-1	Tratamento Oftalmológico de Paciente C/ Glaucoma Monocular (2ª LINHA)	R\$ 52,92
03.03.05.008-0	Tratamento Oftalmológico de Paciente C/ Glaucoma Monocular (3ª LINHA)	R\$ 85,33
03.03.05.009-8	Tratamento Oftalmológico de Paciente C/ Glaucoma Com Dispensação de Acetazolamida Monocular ou Binocular	R\$ 93,10
03.03.05.010-1	Tratamento Oftalmológico de Paciente C/Glaucoma Com Dispensação de Pilocarpina Monocular	R\$ 8,93
03.03.05.011-0	Tratamento Oftalmológico de Paciente C/Glaucoma Com Dispensação de Pilocarpina Binocular	R\$ 13,39
03.03.05.015-2	Tratamento Oftalmológico de Paciente C/Glaucoma – 1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA – MONOCULAR	R\$ 65,36
03.03.05.016-0	Tratamento Oftalmológico de Paciente C/Glaucoma – 1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA – BINOCULAR	R\$ 98,04
03.03.05.000-0	Tratamentos Clínicos Ambulatoriais em Oftalmologia	
03.03.05.017-9	Tratamento Oftalmológico de Paciente C/Glaucoma – 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA – MONOCULAR	R\$ 97,77
03.03.05.018-7	Tratamento Oftalmológico de Paciente C/Glaucoma – 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA – BINOCULAR	R\$ 146,64
03.03.05.019-5	Tratamento Oftalmológico de Paciente C/Glaucoma – 2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA – MONOCULAR	R\$ 138,25
03.03.05.020-9	Tratamento Oftalmológico de Paciente C/Glaucoma – 2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA – BINOCULAR	R\$ 207,36



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE FARIAS BRITO

03.03.05.021-7	Tratamento Oftalmológico de Paciente C/ Glaucoma Monocular - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS.	R\$ 150,69
03.03.05.022-5	Tratamento Oftalmológico de Paciente C/ Glaucoma Binocular- ASSOCIAÇÃO 1ª, 2ª E 3ª LINHAS.	R\$ 226,02
03.03.05.023-3	Tratamento Medicamentoso da Doença da Retina	R\$ 84,72
03.07.02.000-0	Tratamentos Clínicos Ambulatoriais em Odontologia	
03.07.02.003-7	Obturação de Dente Decíduo	R\$ 5,59
03.07.02.004-5	Obturação em Dente Permanente Birradicular	R\$ 5,71
03.07.02.005-3	Obturação em Dente Permanente com Três ou Mais Raízes	R\$ 6,95
03.07.02.006-1	Obturação em Dente Permanente Unirradicular	R\$ 4,41
03.07.02.008-8	Retratamento Endodôntico em Dente Permanente Birradicular	R\$ 5,71
03.07.02.009-6	Retratamento Endodôntico em Dente Permanente com 3 ou Mais Raízes	R\$ 6,95
03.07.02.010-0	Retratamento Endodôntico em Dente Permanente Unirradicular	R\$ 4,41
03.07.02.011-8	Selamento de Perfuração Radicular	R\$ 2,56
03.07.03.003-2	Raspagem Corono-Radicular (Por Sextante)	R\$ 1,24
03.07.04.001-1	Colocação de Placa de Mordida	R\$ 1,59
03.07.04.006-2	Manutenção Periódica de Prótese Bucomaxilofacial	R\$ 1,16
03.07.04.007-0	Moldagem Dento-Gengival p/ Construção de Prótese Dentária	R\$ 0,00
03.07.04.008-9	Reembasamento e Conserto de Prótese Dentária	R\$ 1,16
03.07.04.010-0	Instalação de Prótese em Pacientes c/ Anomalias Crânio e Bucomaxilofacial	R\$ 22,33
03.07.04.011-9	Instalação de Aparelho Ortodôntico/Ortopédico Fixo	R\$ 67,00
03.07.04.012-7	Manutenção/Conserto de Aparelho Ortodôntico/Ortopédico	R\$ 34,00
03.03.08.000-0	Tratamentos Clínicos Ambulatoriais em Dermatologia	
03.03.08.001-9	Cauterização Química de Pequenas Lesões	R\$ 1,48
03.03.08.002-7	Desbastamento de Calosidade e/ou Mal Perfurante (Desbastamento)	R\$ 1,48
03.03.08.003-5	Esfoliação Química	R\$ 1,48
03.03.08.010-8	Fototerapia (Por Sessão)	R\$ 4,00
03.03.08.011-6	Fototerapia com Fotosensibilização (Por Sessão)	R\$ 8,00
03.05.01.000-0	Tratamentos Clínicos Ambulatoriais em Nefrologia	
03.05.01.001-8	Dialise Peritoneal Intermitente DPI 1 Sessão por Semana-Excepcionalidade	R\$ 121,74
03.05.01.002-6	Dialise Peritoneal Intermitente DPI (Máximo 2 Sessões por Semana)	R\$ 121,51
03.05.01.009-3	Hemodiálise (Máximo 1 Sessão por Semana - Excepcionalidade)	R\$ 194,20
03.05.01.010-7	Hemodiálise (Máximo 3 Sessões por Semana)	R\$ 194,20
03.05.01.016-6	Manutenção e Acompanhamento Domiciliar de Paciente Submetido à DPA/ DPAC	R\$ 358,06
03.05.01.018-2	Treinamento de Paciente Submetido a Dialise Peritoneal - DPAC/DPA	R\$ 55,13
03.05.01.020-4	Hemodiálise Pediátrica (Máximo 04 Sessões por Semana)	R\$ 353,88
03.05.01.022-0	Complementação de valor de sessão de Hemodiálise em paciente com suspeição ou confirmação de Covid-19 (máximo 4 sessões por semana)	R\$ 71,21
03.09.03.000-0	Tratamentos Clínicos Ambulatoriais em Urologia	
03.09.03.003-0	Cauterização Química de Bexiga	R\$ 3,40
03.09.03.005-6	Dilatação de Uretra (Por Sessão)	R\$ 1,52
03.09.03.010-2	Litotripsia Extracorpórea (Onda de Choque - Tratamento Subsequente em 1 Região Renal)	R\$ 172,00
03.09.03.011-0	Litotripsia Extracorpórea (Onda de Choque - Tratamento Subsequente em 2 Regiões Renais)	R\$ 150,50
03.09.03.014-5	Massagem de Próstata (Por Sessão)	R\$ 1,52
03.09.03.000-0	Tratamentos Clínicos Ambulatoriais em Urologia	
03.09.03.012-9	Litotripsia Extracorpórea (Onda de Choque Parcial / Completa em 1 Região Renal)	R\$ 172,00
03.09.03.013-7	Litotripsia Extracorpórea (Onda de Choque Parcial / Completa em 2 Regiões Renais)	R\$ 150,50
03.09.05.000-0	Tratamento Clínico Ginecológico	
03.09.03.004-8	Criocauterização / Eletrocoagulação de Colo de Utero	R\$ 11,26
03.09.03.015-3	Persuflação P/ Desobstrução Tubária (Por Tratamento Completo)	R\$ 11,26
03.09.07.000-0	Tratamentos Clínicos Ambulatoriais em Angiologia	
03.09.07.001-5	Tratamento Esclerosante não Estético de Varizes dos Membros Inferiores (Unilateral)	R\$ 300,78



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE PARIAS BRITO

03.09.07.002-3	Tratamento Esclerosante não Estético de Varizes dos Membros Inferiores (Bilateral)	R\$ 392,62
----------------	------------------------------------------------------------------------------------	------------

LOTE 17: Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos por Especialidade

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
04.01.00.000-0	Pequenas Cirurgias	
04.01.01.001-5	Curativo Grau II C/ ou S/ Debridamento	R\$ 32,40
04.01.01.004-0	Eletrocoagulação de Lesão Cutânea	R\$ 11,84
04.01.01.005-8	Excisão de Lesão e/ou Sutura de Ferimento da Pele Anexos e Mucosa	R\$ 23,16
04.01.01.007-4	Exérese de Tumor de Pele e Anexos / Cisto Sebáceo / Lipoma	R\$ 12,46
04.01.01.009-0	Fulguração / Cauterização Química de Lesões Cutâneas	R\$ 11,84
04.01.01.010-4	Incisão e Drenagem de Abscesso	R\$ 11,84
04.01.01.011-2	Retirada de Corpo Estranho Subcutâneo	R\$ 11,84
04.01.01.012-0	Retirada de Lesão Por Shaving	R\$ 19,79
04.01.01.013-9	Tratamento Cirúrgico de Fistula do Pescoço (Por Aproximação)	R\$ 29,86
04.01.02.008-8	Exérese de Cisto Sacrococcígeo	R\$ 29,86
04.01.02.015-0	Tratamento Cirúrgico do Sinus Pré-Auricular	R\$ 56,88
04.04.01.000-0	Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos das Vias Aéreas Superiores e Pescoço	
04.04.01.007-5	Drenagem de Furúnculo No Conduto Auditivo Externo	R\$ 14,66
04.04.01.009-1	Ducha de Politzer (Uni / Bilateral)	R\$ 11,28
04.04.01.015-6	Infiltração Medicamentosa em Corneto Inferior	R\$ 11,28
04.04.01.024-5	Miringotomia (Timpanoplastia)	R\$ 11,28
04.04.01.025-3	Paracentese do Tímpano	R\$ 14,66
04.04.01.026-1	Punção Transmeática do Seio Maxilar (Unilateral)	R\$ 11,28
04.04.01.027-0	Remoção de Cerúmen de Conduto Auditivo Externo Uni / Bilateral	R\$ 5,63
04.04.01.029-6	Ressecção de Sinequias	R\$ 38,37
04.04.01.034-2	Tamponamento Nasal Anterior e/ou Posterior	R\$ 17,00
04.04.01.036-9	Timpanotomia P/ Tubo de Ventilação	R\$ 56,84
04.04.01.039-3	Tratamento Cirúrgico de Pericondrite de Pavilhão	R\$ 36,95
04.04.01.044-0	Antrostomia de Maxila Intranasal	R\$ 44,34
04.04.02.000-0	Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Odontológicos	
04.04.02.005-4	Drenagem de Abscesso da Boca e Anexos	R\$ 14,07
04.04.02.009-7	Excisão e Sutura de Lesão Na Boca	R\$ 28,00
04.04.02.010-0	Excisão em Cunha de Lábio	R\$ 29,86
04.04.02.044-5	Contenção de Dentes Por Splintagem	R\$ 24,12
04.04.02.048-8	Osteotomia das Fraturas Alvéolo-Dentárias	R\$ 52,00
04.04.02.061-5	Redução de Luxação Temporomandibular	R\$ 33,01
04.04.02.062-3	Retirada de Material de Síntese Óssea / Dentária	R\$ 48,24
04.04.02.063-1	Retirada de Meios de Fixação Maxilo-Mandibular	R\$ 22,11
04.04.02.067-4	Reconstrução Parcial do Lábio Traumatizado	R\$ 19,18
04.05.00.000-0	Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Oftalmológicos	
04.05.01.001-0	Correção Cirúrgica de Entropio e Ectropio	R\$ 203,74
04.05.01.002-8	Correção Cirúrgica de Epicanto e Telocanto	R\$ 278,90
04.05.01.003-6	Dacriocistorrinostomia	R\$ 681,87
04.05.01.004-4	Drenagem de Abscesso de Pálpebra	R\$ 22,93
04.05.01.000-0	Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Oftalmológicos	
04.05.01.005-2	Epilação a Laser	R\$ 45,00
04.05.01.006-0	Epilação de Cílios	R\$ 22,93
04.05.01.007-9	Exérese de Calázio e Outras Pequenas Lesões da Pálpebra e Supercílios	R\$ 78,75
04.05.01.010-9	Oclusão de Ponto Lacrimal	R\$ 19,14
04.05.01.011-7	Reconstituição de Canal Lacrimal	R\$ 689,66
04.05.01.012-5	Reconstituição Parcial de Pálpebra Com Tarsorrafia	R\$ 311,04
04.05.01.014-1	Simblefaroplastia	R\$ 203,74
04.05.01.016-8	Sondagem de Vias Lacrimais	R\$ 22,93
04.05.01.017-6	Sutura de Pálpebras	R\$ 143,99
04.05.01.018-4	Tratamento Cirúrgico de Blefarocalase	R\$ 95,42
04.05.01.019-2	Tratamento Cirúrgico de Triquiase c/ ou s/ Enxerto	R\$ 278,90
04.05.01.020-6	Punctoplastia	R\$ 19,14



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE FARIAS BRITO

04.05.02.001-5	Correção Cirúrgica de Estrabismo (Acima de 2 Músculos)	R\$ 1.160,45
04.05.02.002-3	Correção Cirúrgica do Estrabismo (Até 2 Músculos)	R\$ 815,42
04.05.03.002-9	Biopsia de Tumor Intraocular	R\$ 75,60
04.05.03.003-7	Crioterapia Ocular	R\$ 116,00
04.05.03.004-5	Fotocoagulação a Laser	R\$ 75,15
04.05.03.005-3	Injeção Intravítreo	R\$ 82,28
04.05.03.007-0	Retinopexia c/ Introflexão Escleral	R\$ 1.074,86
04.05.03.009-6	Sutura de Esclera	R\$ 161,19
04.05.03.010-0	Tratamento Cirúrgico de Deiscência de Sutura de Esclera	R\$ 159,37
04.05.03.011-8	Tratamento Cirúrgico de Míase Palpebral	R\$ 22,93
04.05.03.012-6	Tratamento Cirúrgico de Neoplasia de Esclera	R\$ 259,20
04.05.03.013-4	Vitrectomia Anterior	R\$ 381,08
04.05.03.015-0	Vitriolise A Yag Laser	R\$ 54,00
04.05.03.019-3	Pan-Fotocoagulação de Retina a Laser	R\$ 300,60
04.05.03.021-5	Retinopexia Pneumática	R\$ 389,64
04.05.03.022-3	Remoção de Óleo de Silicone	R\$ 468,60
04.05.03.023-1	Remoção de Implante Episcleral	R\$ 389,64
04.05.04.001-6	Correção Cirúrgica de Lagofalmo	R\$ 282,08
04.05.04.006-7	Enucleação de Globo Ocular	R\$ 415,57
04.05.04.007-5	Evisceração de Globo Ocular	R\$ 587,51
04.05.04.010-5	Explante de Lente Intraocular	R\$ 846,19
04.05.04.013-0	Injeção Retrobulbar / Peribulbar	R\$ 22,93
04.05.04.019-9	Tratamento Cirúrgico de Xantelasma	R\$ 116,42
04.05.04.020-2	Tratamento de Ptose Palpebral	R\$ 449,44
04.05.04.021-0	Reposicionamento de Lente Intraocular	R\$ 453,60
04.05.05.001-1	Capsulectomia Posterior Cirúrgica	R\$ 180,45
04.05.05.002-0	Capsulotomia a Yag Laser	R\$ 78,75
04.05.05.003-8	Cauterização de Córnea	R\$ 19,14
04.05.05.004-6	Ciclocriocoagulação / Diatermia	R\$ 587,51
04.05.05.005-4	Ciclodíalise	R\$ 453,41
04.05.05.006-2	Correção de Astigmatismo Secundário	R\$ 19,14
04.05.05.007-0	Correção Cirúrgica de Hernia de Iris	R\$ 259,20
04.05.05.008-9	Exérese de Tumor de Conjuntiva	R\$ 82,28
04.05.05.009-7	Facetomia c/ Implante de Lente Intraocular	R\$ 531,60
04.05.05.010-0	Facetomia s/ Implante de Lente Intraocular	R\$ 483,60
04.05.05.011-9	Facoemulsificação c/ Implante de Lente Intraocular Rígida	R\$ 651,60
04.05.05.012-7	Fototrabeculoplastia a Laser	R\$ 45,00
04.05.05.014-3	Implante Intraestromal	R\$ 902,95
04.05.05.015-1	Implante Secundário de Lente Intraocular -LIO	R\$ 1.112,83
04.05.05.016-0	Injeção Subconjuntival / Subtenoniana	R\$ 8,24
04.05.05.017-8	Iridectomia Cirúrgica	R\$ 297,46
04.05.05.019-4	Iridectomia a Laser	R\$ 45,00
04.05.05.020-8	Paracentese de Câmara Anterior	R\$ 82,28
04.05.05.021-6	Recobrimento Conjuntival	R\$ 172,27
04.05.01.000-0	Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Oftalmológicos	
04.05.05.022-4	Reconstituição de Fornix Conjuntival	R\$ 436,44
04.05.05.024-0	Retirada de Corpo Estranho da Câmara Anterior do Olho	R\$ 335,72
04.05.05.025-9	Retirada de Corpo Estranho da Córnea	R\$ 25,00
04.05.05.026-7	Sinequiólise a Yag Laser	R\$ 45,00
04.05.05.028-3	Substituição de Lente Intraocular	R\$ 544,88
04.05.05.029-1	Sutura de Conjuntiva	R\$ 82,28
04.05.05.030-5	Sutura de Córnea	R\$ 164,08
04.05.05.032-1	Trabeculectomia	R\$ 898,35
04.05.05.036-4	Tratamento Cirúrgico de Pterígio	R\$ 209,55
04.05.05.037-2	Facoemulsificação c/ Implante de Lente Intraocular Dobrável	R\$ 771,60
04.05.05.039-9	Tratamento Cirúrgico de Deiscência de Sutura de Córnea	R\$ 172,12
04.05.05.040-2	Radiação para Cross Linking Corneano	R\$ 292,72
04.06.02.000-0	Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Vasculares	
04.06.02.013-2	Excisão e Sutura de Hemangioma	R\$ 29,86



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE FARIAS BRITO

04.06.02.014-0	Excisão e Sutura de Linfangioma / Nevus	R\$ 29,86
04.06.02.020-5	Linfadenectomia Profunda	R\$ 38,39
04.06.02.029-9	Linfadenectomia Superficial	R\$ 16,92
04.06.02.062-0	Retirada de Cateter de Longa Permanência Semi ou Totalmente Implantável	R\$ 20,74
04.07.00.000-0	Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Gastroenterológicos	
04.07.01.031-9	Tratamento Esclerosante / Ligadura Elástica de Lesão Hemorrágica do Aparelho Digestivo	R\$ 51,75
04.07.01.032-7	Tratamento Esclerosante de Lesões Não Hemorrágicas do Aparelho Digestivo Incluindo Ligadura Elástica	R\$ 51,75
04.07.02.005-5	Cerclagem de Anus	R\$ 13,06
04.07.02.012-8	Dilatação Digital / Instrumental do Anus e/ou Reto	R\$ 13,06
04.07.02.016-0	Eletrocauterização de Lesão Transparietal de Anus	R\$ 13,06
04.07.02.031-4	Ligadura Elástica de Hemorroidas (Sessão)	R\$ 14,77
04.07.02.039-0	Retirada de Corpo Estranho / Pólipos do Reto / Colo Sigmoide	R\$ 13,63
04.07.02.048-9	Tratamento Cirúrgico de Prurido Anal	R\$ 22,62
04.07.02.049-7	Tratamento Esclerosante de Hemorroidas (Por Sessão)	R\$ 13,63
04.07.03.008-5	Colocação de Prótese Biliar	R\$ 92,95
04.07.03.009-3	Dilatação Percutânea de Estenoses e Anastomoses Biliares	R\$ 92,95
04.07.03.010-7	Drenagem Biliar Percutânea Externa	R\$ 92,95
04.07.03.011-5	Drenagem Biliar Percutânea Interna	R\$ 92,95
04.07.03.023-9	Retirada Percutânea de Cálculos Biliares	R\$ 97,00
04.07.04.019-6	Paracentese Abdominal	R\$ 12,27
04.07.04.021-8	Pneumoperitônio (Por Sessão)	R\$ 13,63
04.09.00.000-0	Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Urológicos	
04.09.01.010-3	Colocação Percutânea de Cateter Pielo-Ureter-Vesical Unilateral	R\$ 80,47
04.09.01.011-1	Dilatação Percutânea de Estenoses Ureterais e junção Uretrovesical	R\$ 88,91
04.09.01.015-4	Extração Endoscópica de Corpo Estranho / Cálculo em Ureter	R\$ 29,84
04.09.01.027-8	Nefrostomia (Por Punção)	R\$ 32,68
04.09.01.035-9	Punção / Aspiração da Bexiga	R\$ 12,97
04.09.01.042-1	Tratamento Cirúrgico de Cisto de Rim Por Punção	R\$ 87,78
04.09.01.044-8	Tratamento Cirúrgico de Fistula Vesico-Cutânea	R\$ 34,10
04.09.02.003-6	Extração Endoscópica de Corpo Estranho / Cálculo na Uretra C/ Cistoscopia	R\$ 34,10
04.09.02.006-0	Meatotomia Endoscópica	R\$ 34,10
04.09.02.011-7	Tratamento Cirúrgico de Incontinência Urinária	R\$ 34,10
04.09.02.018-4	Uretrotomia P/ Retirada de Cálculo ou Corpo Estranho	R\$ 34,10
04.09.00.000-0	Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Ginecológicos	
04.09.06.006-2	Dilatação de Colo do Utero	R\$ 22,62
04.09.06.008-9	Excisão Tipo 1 do Colo Uterino	R\$ 45,24
04.09.06.009-7	Exérese de Pólipo de Utero	R\$ 22,62
04.09.06.030-5	Excisão Tipo 2 do Colo Uterino	R\$ 45,24
04.09.07.012-2	Drenagem de Glândula de Bartholin / Skene	R\$ 12,97
04.09.07.016-5	Extirpação de Lesão de Vulva / Períneo (por eletrocoagulação ou fulguração)	R\$ 13,54
04.09.00.000-0	Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Ginecológicos	
04.09.07.017-3	Extração de Corpo Estranho da Vagina	R\$ 13,54
04.09.07.018-1	Himenotomia	R\$ 21,68
04.11.01.006-9	Ressutura de Episiorrafia Pós-parto	R\$ 11,28
04.09.00.000-0	Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Andrológicos	
04.09.04.002-9	Drenagem de Abscesso do Epidídimo e/ou Canal Deferente	R\$ 14,51
04.09.04.006-1	Exérese de Cisto de Bolsa Escrotal	R\$ 12,97
04.09.04.010-0	Exploração Cirúrgica do Canal Deferente	R\$ 34,10
04.09.04.024-0	Vasectomia	R\$ 306,47
04.09.05.005-9	Liberação / Plastia de Prepúcio	R\$ 13,54
04.09.05.008-3	Postectomia	R\$ 219,12
04.10.01.000-0	Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Mastológicos	
04.10.01.001-4	Drenagem de Abscesso de Mama	R\$ 20,74
04.10.01.002-2	Esvaziamento Percutâneo de Cisto Mamário	R\$ 20,74
04.10.01.003-0	Exérese de Mama Supranumerária	R\$ 20,74
04.10.01.004-9	Exérese de Mamilo	R\$ 20,74
04.10.01.010-3	Reversão de Mamilo Invertido	R\$ 31,28



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE FARIAS BRITO

04.12.00.000-0 Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Torácicos		
04.12.01.006-2	Punção de Traqueia C/ Aspição	R\$ 15,79
04.12.03.012-8	Retirada de Dreno Tubular Torácico	R\$ 33,97
04.12.05.017-0	Toracocentese/Drenagem de Pleura	R\$ 54,97
04.13.00.000-0 Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Reparadores		
04.13.01.003-1	Curativo em Grande Queimado	R\$ 43,75
04.13.01.004-0	Curativo em Médio Queimado	R\$ 31,25
04.13.01.005-8	Curativo em Pequeno Queimado	R\$ 18,75
04.15.04.004-3	Debridamento de Úlcera / Necrose	R\$ 29,86
04.15.04.005-1	Drenagem de Coleções Viscerais / Cavitarrias Por Cateterismo	R\$ 73,15
04.18.00.000-0 Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Nefrológicos		
04.18.01.001-3	Confecção de Fistula Arteriovenosa C/ Enxertia de Politetrafluoroetileno (PTFE)	R\$ 1.453,85
04.18.01.002-1	Confecção de Fistula Arteriovenosa C/ Enxerto Autólogo	R\$ 685,53
04.18.01.003-0	Confecção de Fistula Arteriovenosa P/ Hemodiálise	R\$ 600,00
04.18.01.004-8	Implante de Cateter de Longa Permanência P/ Hemodiálise	R\$ 200,00
04.18.01.006-4	Implante de Cateter Duplo Lúmen P/Hemodiálise	R\$ 115,81
04.18.01.008-0	Implante de Cateter Tipo Tenckhoff ou Similar P/ DPA/DPAC	R\$ 400,00
04.18.01.009-9	Implante de Cateter Tipo Tenckhoff ou Similar P/DPI	R\$ 110,29
04.18.02.001-9	Intervenção Em Fistula Arteriovenosa	R\$ 600,00
04.18.02.002-7	Ligadura de Fistula Arteriovenosa	R\$ 600,00
04.18.02.003-5	Retirada de Cateter Tipo Tenckhoff / Similar de Longa Permanência	R\$ 400,00
04.17.00.000-0 Procedimentos Anestésicos		
04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
04.17.01.006-0	Sedação	R\$ 15,15

LOTE 18: Materiais Especiais para os Procedimentos Nefrológicos

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
07.02.10.000-0 Materiais Especiais em Nefrologia		
07.02.10.001-3	Cateter de Longa Permanência P/ Hemodiálise	R\$ 482,34
07.02.10.002-1	Cateter P/ Subclávia Duplo Lúmen P/ Hemodiálise	R\$ 64,76
07.02.10.003-0	Cateter Tipo Tenckhoff / Similar de Longa Permanência P/ DPI/DPAC/DPA	R\$ 149,75
07.02.10.004-8	Conjunto de Troca P/DPA (Paciente/Mês C/ Instalação Domiciliar E Manutenção da Máquina Ciclodora)	R\$ 2.511,49
07.02.10.005-6	Conjunto de Troca P/ Paciente Submetido a DPA (Paciente-15 Dias C/ Instalação Domiciliar e Manutenção de Máquina Ciclodora)	R\$ 1.255,74
07.02.10.008-0	Conjuntos de Troca P/ Paciente Submetido a DPAC (Paciente/15 Dias)	R\$ 946,84
07.02.10.009-9	Dilatador P/ Implante de Cateter Duplo Lúmen	R\$ 21,59
07.02.10.010-2	Guia Metálico P/ Introdução de Cateter Duplo Lúmen	R\$ 15,41
07.02.10.000-0 Materiais Especiais em Nefrologia		
07.02.10.006-4	Conjunto de Troca P/ Paciente Submetido a DPAC (Paciente/Mês) Correspondente a 120 Unidades	R\$ 1.893,68
07.02.10.007-2	Conjunto de Troca P/ Treinamento de Paciente Submetido a DPA / DPAC (9 Dias) Correspondente a 36 Unidades	R\$ 609,39

LOTE 19: Órteses, Próteses e Materiais Especiais não Relacionados a Cirurgias.

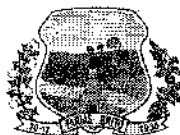
SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
07.01.01.000-0 OPM Auxiliares da Locomoção		
07.01.01.001-0	Andador Fixo / Articulado Em Alumínio com Quatro Ponteiros	R\$ 130,00
07.01.01.002-9	Cadeira de Rodas Adulto / Infantil (Tipo Padrão)	R\$ 571,90
07.01.01.003-7	Cadeira de Rodas para Banho com Assento Sanitário	R\$ 230,00
07.01.01.004-5	Cadeira de Rodas para Tetraplégico - Tipo Padrão	R\$ 1.170,00
07.01.01.005-3	Calçados Anatômicos com Palmilhas para Pés Neuropáticos - Par	R\$ 419,20
07.01.01.006-1	Calçados Ortopédicos Confeccionados Sob Medida Até Número 45 (Par)	R\$ 170,30
07.01.01.007-0	Calçados Ortopédicos Pré-Fabricados com Palmilhas Até Número 45 (Par)	R\$ 99,75
07.01.01.008-8	Calçados Sob Medida P/ Compensação de Discrepância de Membros Inferiores a Partir do Número 34 (Par)	R\$ 299,00



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE FARIAS BRITO

07.01.01.009-6	Calçados sob medida para compensação de encurtamento até número 33 Par	R\$ 239,40
07.01.01.010-0	Carrinho Dobrável para Transporte de Criança com Deficiência	R\$ 764,50
07.01.01.011-8	Bengala Canadense Regulável Em Altura (Par)	R\$ 79,95
07.01.01.012-6	Muleta Axilar Regulável de Madeira (Par)	R\$ 53,20
07.01.01.013-4	Muleta Axilar Tubular em Alumínio Regulável Na Altura (Par)	R\$ 79,95
07.01.01.014-2	Palmilhas Confeccionadas Sob Medida (Par)	R\$ 130,20
07.01.01.015-0	Palmilhas para Pés Neuropáticos Confeccionadas Sob Medida Para Adultos ou Crianças (Par)	R\$ 170,30
07.01.01.016-9	Palmilhas para Sustentação dos Arcos Plantares até o Número 33 (Par)	R\$ 43,89
07.01.01.017-7	Palmilhas para Sustentação dos Arcos Plantares Números Acima De 34 (Par)	R\$ 65,00
07.01.01.018-5	Adaptação de OPM Auxiliares De Locomoção	R\$ 0,00
07.01.01.019-3	Manutenção de OPM Auxiliares De Locomoção	R\$ 0,00
07.01.01.020-7	Cadeira de Rodas Monobloco	R\$ 900,00
07.01.01.021-5	Cadeira de Rodas (Acima 90 kg)	R\$ 1.649,00
07.01.01.023-1	Cadeira de Rodas Para Banho em Concha Infantil	R\$ 739,00
07.01.01.024-0	Cadeira de Rodas Para Banho com Encosto Reclinável	R\$ 1.139,00
07.01.01.025-8	Cadeira de Rodas Para Banho com Aro de Propulsão	R\$ 450,00
07.01.02.000-0	OPM Ortopédicas	
07.01.02.001-6	Órtese / Cinta LSO Tipo PUTTI (Baixa)	R\$ 195,00
07.01.02.002-4	Órtese / Cinta TLSO Tipo PUTTI (Alto)	R\$ 159,60
07.01.02.003-2	Órtese / Colete CTLSO Tipo Milwaukee	R\$ 910,00
07.01.02.004-0	Órtese / Colete Tipo Williams	R\$ 319,20
07.01.02.005-9	Órtese / Colete TLSO Tipo Knight	R\$ 260,00
07.01.02.007-5	Órtese cruromaleolar para limitação dos movimentos do joelho	R\$ 130,00
07.01.02.021-0	Órtese suropodálica articulada em polipropileno infantil	R\$ 159,60
07.01.02.022-9	Órtese suropodálica sem articulação em polipropileno (Adulto)	R\$ 180,60
07.01.02.023-7	Órtese suropodálica sem articulação em polipropileno (Infantil)	R\$ 130,00
07.01.02.025-3	Órtese suropodálica unilateral articulada em polipropileno (adulto)	R\$ 200,00
07.01.02.028-8	Órtese TLSO / Colete Tipo BOSTON	R\$ 598,50
07.01.02.029-6	Órtese TLSO / Tipo Colete em Metal Tipo JEWETT	R\$ 372,40
07.01.02.030-0	Órtese TLSO Corretiva Toraco-Lombar em Polipropileno	R\$ 319,20
07.01.02.031-8	Órtese TLSO Tipo Colete / Jaqueta de RISSER	R\$ 780,00
07.01.02.032-6	Órtese Torácica Colete Dinâmica de Compressão Torácica	R\$ 239,40
07.01.02.040-7	Prótese Exoesquelética Transfemural	R\$ 2.990,00
07.01.02.042-3	Prótese Exoesquelética Transtibial Tipo PTB-PTS-KBM	R\$ 1.596,00
07.01.02.051-2	Prótese Mama	R\$ 159,60
07.01.02.057-1	Adaptação de OPM Ortopédica	R\$ 0,00
07.01.02.000-0	OPM Ortopédicas	
07.01.02.058-0	Manutenção de OPM Ortopédica	R\$ 0,00
07.01.02.061-0	Cinta para Transferências	R\$ 150,00
07.01.09.008-1	Substituição do Encaixe Interno Flexível para Prótese Transtibial Exoesquelética / Endoesquelética	R\$ 650,00
07.01.09.009-0	Substituição/Troca do Encaixe para Prótese Transfemural Endoesquelética / Exoesquelética	R\$ 1.098,00
07.01.03.000-0	OPM em Otorrinolaringologia	
07.01.03.001-1	Aparelho de amplificação sonora individual (AASI) externo de Condução Óssea Convencional Tipo A	R\$ 500,00
07.01.03.002-0	Aparelho de amplificação sonora individual (AASI) externo de Condução Óssea Retroauricular Tipo A	R\$ 500,00
07.01.03.003-8	Aparelho de amplificação sonora individual (AASI) externo Intrauricular Tipo A	R\$ 525,00
07.01.03.004-6	Aparelho de amplificação sonora individual (AASI) externo Intrauricular Tipo B	R\$ 700,00
07.01.03.005-4	Aparelho de amplificação sonora individual (AASI) externo Intrauricular Tipo C	R\$ 1.100,00
07.01.03.006-2	Aparelho de amplificação sonora individual (AASI) externo Intracanal Tipo A	R\$ 525,00
07.01.03.007-0	Aparelho de amplificação sonora individual (AASI) externo Intracanal Tipo B	R\$ 700,00
07.01.03.008-9	Aparelho de amplificação sonora individual (AASI) externo Intracanal Tipo C	R\$ 1.100,00
07.01.03.009-7	Aparelho de amplificação sonora individual (AASI) externo microcanal Tipo A	R\$ 525,00
07.01.03.010-0	Aparelho de amplificação sonora individual (AASI) externo microcanal Tipo B	R\$ 700,00
07.01.03.011-9	Aparelho de amplificação sonora individual (AASI) externo microcanal Tipo C	R\$ 1.100,00
07.01.03.012-7	Aparelho de amplificação sonora individual (AASI) externo Retroauricular Tipo A	R\$ 525,00



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE FARIAS BRITO

07.01.03.013-5	Aparelho de amplificação sonora individual (AASI) externo Retroauricular Tipo B	R\$ 700,00
07.01.03.014-3	Aparelho de amplificação sonora individual (AASI) externo Retroauricular Tipo C	R\$ 1.100,00
07.01.03.015-1	Molde Auricular (REPOSIÇÃO)	R\$ 8,75
07.01.03.016-0	Reposição de AASI Externo de Condução Óssea Convencional Tipo A	R\$ 500,00
07.01.03.017-8	Reposição de AASI Externo de Condução Óssea Retroauricular Tipo A	R\$ 500,00
07.01.03.018-6	Reposição de AASI Externo Intraauricular Tipo A	R\$ 525,00
07.01.03.019-4	Reposição de AASI Externo Intraauricular Tipo B	R\$ 700,00
07.01.03.020-8	Reposição de AASI Externo Intraauricular Tipo C	R\$ 1.100,00
07.01.03.021-6	Reposição de AASI Externo Intracanal Tipo A	R\$ 525,00
07.01.03.022-4	Reposição de AASI Externo Intracanal Tipo B	R\$ 700,00
07.01.03.023-2	Reposição de AASI Externo Intracanal Tipo C	R\$ 1.100,00
07.01.03.024-0	Reposição de AASI Externo Microcanal Tipo A	R\$ 525,00
07.01.03.025-9	Reposição de AASI Externo Microcanal Tipo B	R\$ 700,00
07.01.03.026-7	Reposição de AASI Externo Microcanal Tipo C	R\$ 1.100,00
07.01.03.027-5	Reposição de AASI Externo Retroauricular Tipo A	R\$ 525,00
07.01.03.028-3	Reposição de AASI Externo Retroauricular Tipo B	R\$ 700,00
07.01.03.029-1	Reposição de AASI Externo Retroauricular Tipo C	R\$ 1.100,00
07.01.03.030-5	Manutenção/ Adaptação de OPM Auditiva	R\$ 0,00
07.01.03.032-1	Sistema de Frequência Modulada Pessoal	R\$ 4.500,00
07.01.09.010-3	Substituição/Troca do Cabo de Conexão da Prótese de Implante Coclear	R\$ 0,00
07.01.09.011-1	Substituição/Troca do Compartimento/Gaveta de Baterias da Prótese de Implante Coclear	R\$ 0,00
07.01.09.012-0	Conserto do Compartimento/Gaveta de Baterias da Prótese de Implante Coclear	R\$ 0,00
07.01.09.013-8	Substituição/Troca da Antena da Prótese de Implante Coclear	R\$ 0,00
07.01.09.014-6	Conserto da Antena da Prótese de Implante Coclear	R\$ 0,00
07.01.09.015-4	Substituição/Troca das Baterias Recarregáveis da Prótese de Implante Coclear	R\$ 0,00
07.01.09.016-2	Substituição/Troca do Controle Remoto da Prótese de Implante Coclear	R\$ 0,00
07.01.09.017-0	Conserto do Controle Remoto da Prótese de Implante Coclear	R\$ 0,00
07.01.09.018-9	Substituição/Troca do Imã da Antena da Prótese de Implante Coclear	R\$ 0,00
07.01.09.019-7	Substituição/Troca do Carregador de Bateria Recarregável da Prótese de Implante Coclear	R\$ 0,00
07.01.09.020-0	Substituição/Troca do Gancho da Prótese de Implante Coclear	R\$ 0,00
07.01.09.021-9	Substituição/Troca do Gancho C/ Microfone da Prótese de Implante Coclear	R\$ 0,00
07.01.09.022-7	Substituição/Troca do Desumidificador da Prótese de Implante Coclear	R\$ 0,00
07.01.09.023-5	Conserto do Processador de Falas da Prótese de Implante Coclear	R\$ 0,00
07.01.03.000-0	OPM em Otorrinolaringologia	
07.01.04.000-0	OPM em Oftalmologia	
07.01.04.001-7	Bengala Articulada	R\$ 45,00
07.01.04.002-5	Lente Escleral Pintada	R\$ 275,00
07.01.04.005-0	Óculos Com Lentes Corretivas Iguais / Maiores que 0,5 Dioptrias	R\$ 28,00
07.01.04.006-8	Prótese Ocular	R\$ 238,03
07.01.04.009-2	Óculos Com Lente Filtrante Para Albinos	R\$ 150,00
07.01.04.012-2	Óculos Com Lentes Asféricas Positivas	R\$ 340,00
07.01.04.013-0	Óculos Com Lentes Esfero Prismáticas	R\$ 350,00
07.01.04.014-9	Adaptação de OPM Oftalmológica	R\$ 0,00
07.01.04.015-7	Manutenção de OPM Oftalmológica	R\$ 0,00
07.01.05.000-0	OPM em Gastroenterologia	
07.01.05.001-2	Bolsa de Colostomia Fechada com Adesivo Microporoso	R\$ 7,30
07.01.05.002-0	Bolsa de Colostomia com Adesivo Microporo Drenavel	R\$ 9,00
07.01.05.004-7	Conjunto de Placa e Bolsa para Ostoma Intestinal	R\$ 18,00
07.01.05.001-2	Bolsa de Colostomia Fechada com Adesivo Microporoso	R\$ 7,30
07.01.05.002-0	Bolsa de Colostomia com Adesivo Microporo Drenavel	R\$ 9,00
07.01.06.000-0	OPM em Urologia	
07.01.06.001-8	Barreiras Protetoras de Pele Sintética e/ou Mista em Forma de Pó / Pasta e/ou Placa	R\$ 17,50
07.01.06.002-6	Bolsa Coletora p/ Urostomizados	R\$ 12,00
07.01.06.003-4	Coletor Urinário de Perna ou de Cama	R\$ 7,02
07.01.06.004-2	Conjunto de Placa e Bolsa para Urostomizados	R\$ 20,00
07.01.07.000-0	OPM em Odontologia	



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE FARIAS BRITO

07.01.07.001-3	Aparelho Fixo Bilateral para Fechamento de Diastema	R\$ 10,00
07.01.07.002-1	Aparelho Ortopédico e Ortodôntico Removível	R\$ 60,00
07.01.07.003-0	Aparelho p/ Bloqueio Maxilo-Mandibular	R\$ 23,54
07.01.07.004-8	Coroa de Aço e Policarboxilato	R\$ 23,54
07.01.07.005-6	Coroa Provisória	R\$ 23,54
07.01.07.006-4	Mantenedor de Espaço	R\$ 10,00
07.01.07.007-2	Placa Oclusal	R\$ 23,54
07.01.07.008-0	Plano Inclinado	R\$ 5,00
07.01.07.009-9	Prótese Parcial Mandibular Removível	R\$ 150,00
07.01.07.010-2	Prótese Parcial Maxilar Removível	R\$ 150,00
07.01.07.011-0	Prótese Temporária	R\$ 24,15
07.01.07.012-9	Prótese Total Mandibular	R\$ 150,00
07.01.07.013-7	Prótese Total Maxilar	R\$ 150,00
07.01.07.014-5	Próteses Coronárias / Intra-radiculares Fixas / Adesivas (por Elemento)	R\$ 150,00
07.01.07.015-3	Prótese Dentária sobre Implante	R\$ 300,00
07.01.07.016-1	Aparelho Ortopédico Fixo	R\$ 175,00
07.01.07.017-0	Aparelho Ortodôntico Fixo	R\$ 175,00
07.01.10.000-0	OPM em Odontologia	
07.01.10.001-0	Malha compressiva p/ tratamento sequencial de queimados luva c/ e s/ dedos ate o pulso	R\$ 43,00
07.01.10.002-8	Malha compressiva p/ tratamento sequencial de queimados (meia até virilha ou joelho)	R\$ 26,00
07.01.10.003-6	Malha compressiva p/ tratamento sequencial de queimados (meio cano ou cano P E B) (PECA)	R\$ 21,00
07.01.10.004-4	Malha compressiva p/ tratamento sequencial de queimados luva c/ e s/ dedos ate o ombro	R\$ 38,00
07.01.10.005-2	Malha compressiva p/ tratamento sequencial de queimados meia (3/4) PECA	R\$ 21,00
07.01.10.006-0	Malha compressiva p/ tratamento sequencial de queimados meia-perna inteira (PECA)	R\$ 35,00
07.01.10.007-9	Malha compressiva p/ tratamento sequencial de queimados meia-calça completa (PECA)	R\$ 52,00
07.01.10.008-7	Malha compressiva p/ tratamento sequencial de queimados tórax c/ mangas (PECA)	R\$ 68,00
07.01.10.009-5	Malha compressiva p/ tratamento sequencial de queimados tórax s/ mangas (PECA)	R\$ 43,00



**ANEXO II
MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO**

O Requerimento para Credenciamento deve ser encaminhado à Comissão de Credenciamento e de Chamamento Público da Secretaria Municipal de Saúde Farias Brito/CE, em papel timbrado da requerente, com a seguinte redação:

<TIMBRE DA REQUERENTE>

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA divulgado pela Secretaria Municipal de Saúde de Farias Brito/CE, objetivando a prestação de serviços na área da saúde na(s) especialização(ões):

nos termos do Edital de Chamamento Público nº 01/2022.

NOME		
ENDEREÇO COMERCIAL		
CEP	CIDADE	UF
CNPJ:	RAZÃO SOCIAL:	

_____ de _____ de 2022

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL



ANEXO III

PROPOSTA DE OFERTA DE PROCEDIMENTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE

A Proposta de Oferta de Procedimentos e Serviços de Saúde considerando os Lotes listados no Anexo I do Edital de Chamamento Público nº 01/2022, da Secretaria Municipal de Saúde de Farias Brito/CE, deve ser encaminhada à Comissão de Credenciamento e de Chamamento Público da Secretaria Municipal de Saúde de Farias Brito/CE, em papel timbrado da requerente, com a seguinte redação:

<TIMBRE DA REQUERENTE>			
PRESTADOR		SCNES	
SERVIÇOS / PROCEDIMENTOS PROPOSTOS			
LOTE		FOLHA	
		____/____	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTD / MÊS	VALOR	
		UNITARIO	TOTAL
TOTAL			

_____ de _____ de 2022

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL

OBS: A descrição da Oferta dos Serviços Propostos considera o descrito no Anexo I, especificando por Lote quais os procedimentos, por código conforme apresentado no supracitado anexo, e qual a oferta mensal fornecida para a execução do que virá a ser pactuado por meio do referido Edital de Chamamento Público nº 01/2022.



**ANEXO IV
MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE**

A Declaração de Idoneidade deve ser encaminhada à Comissão de Credenciamento e de Chamamento Público da Secretaria Municipal de Saúde de Farias Brito/CE, em papel timbrado da requerente, com a seguinte redação:

<TIMBRE DA REQUERENTE>

_____ de _____ de 2022

À Comissão de Chamamento Público da
Secretaria Municipal de Saúde de Farias Brito/CE

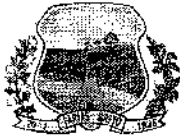
Ref. EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2022

Prezados Senhores.

Declaramos para os fins de direito, na qualidade solicitante de cadastramento na área da saúde, que não fomos declarados inidôneos para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas.

Por ser expressão da verdade, firmamos o presente.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL



ANEXO V
MINUTA TERMO DE CREDENCIAMENTO
REFERENTE AO EDITAL Nº 01/2022 / SESAU

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE ENTRE O
MUNICÍPIO DE FARIAS BRITO/CE X CONTRATADO

CONTRATO Nº /2022

Termo de contrato de prestação de serviços especializados que entre si celebram, de um lado o **Município de Farias Brito /CE**, através da **Secretaria Municipal de Saúde** e de outro lado **(RAZÃO SOCIAL DO CONTRATADO)**.

Pelo presente instrumento, de um lado o Município de Farias Brito/CE, através de sua Secretaria Municipal de Saúde/ Fundo Municipal de Saúde, inscrito no CNPJ sob nº10.243.406/0001-59, neste ato representado (a) pelo (a) Secretário (a) Municipal de Saúde, Sr. (ª), brasileiro(a), casado(a),, RG nº, CPF nº, doravante denominada **CONTRATANTE** e do outro do, situado na Rua, nesta cidade de Farias Brito/CE, inscrita no CNPJ nº ora em diante denominado **CONTRATADO**, neste ato representado por seu sócio gerente, endereço, CEP, Telefone, e-mail, brasileiro, (casado), (profissão), CPF nº RG nº (conselho) resolvem celebrar o presente contrato, respaldado na habilitação ratificada pelo **EDITAL DE CHAMAMENTO Nº 001/2022** publicado no Diário Oficial dos Municípios do estado do Ceará em de de e ainda no que dispõe a Constituição Federal, em especial o artigo 196 e seguintes, Lei nº 8.080/90, Lei nº 8.142/90, Portaria nº 1.034/10, Lei Municipal que aprovou o orçamento de despesas com saúde e demais normas legais que regem a espécie, e no objeto constante da inexigibilidade de Licitação, fundamentado no artigo 25 de Lei nº 8.666/93 as quais as partes se obrigam, mediante as cláusulas e condições seguintes:

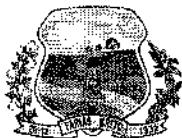
CLÁUSULA PRIMEIRA:

DO OBJETO: O objeto deste contrato é o credenciamento do para ser Prestador de Serviços de Saúde ao Município de Farias Brito/CE, para a realização de **PROCEDIMENTOS AO SUS**, na modalidade **AMBULATORIAL**, pertinentes aos procedimentos, especificados no Anexo I, constantes na Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e OPM do MS/SUS e FPO. TABELA DOS SERVIÇOS/LÓTE

PARÁGRAFO PRIMEIRO: Os serviços ora contratados estão referidos a uma base territorial e populacional distritualizada, incluída a demanda de outros municípios referenciados através da PPI, indicadas no Plano Municipal de Saúde deste município;

PARÁGRAFO SEGUNDO: O **CONTRATADO** se obriga a aceitar, de acordo com as necessidades da **CONTRATANTE** e respeitada a sua capacidade técnico-operacional, acréscimos ou supressões de até 25% (vinte e cinco por cento) ou conforme alterações por meio de Portaria do Ministério da Saúde publicada no Diário Oficial da União, nos serviços objeto deste contrato, conforme prevê a Lei de Contratos, através de aditamento contratual;

PARÁGRAFO TERCEIRO: No momento que houver alteração de demanda de outros municípios referenciados, automaticamente os valores constantes na Cláusula Primeira, serão



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE FARÁS BRITO

proporcionalmente alterados e gerada nova FPO.

CLÁUSULA SEGUNDA: DO PREÇO E DAS QUANTIDADES OFERTADAS:

A CONTRATANTE remunerará mensalmente a CONTRATADA até o limite dos preços da Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e OPM do MS/SUS, em vigor nesta data, pelos serviços efetivamente prestados, até a importância mensal estimada de R\$ XXXXX,XX.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: O valor estimado, constante deste Contrato, não implica em nenhuma previsão de crédito em favor da CONTRATADA, que somente fará jus aos valores correspondentes aos serviços previamente autorizados pela CONTRATANTE e efetivamente prestados pelo CONTRATADO, conforme está descrito na cláusula quinta, itens I a VI.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Os valores estimados dos serviços e dos preços contratados serão revistos na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes concedidos pelo Ministério da Saúde aos procedimentos constantes no Edital de Chamamento nº 01/2022/SESAU.

CLÁUSULA TERCEIRA: DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO:

O presente contrato vigorará por meses, a partir da data de sua assinatura, podendo ser renovado por igual período ou até o limite do exercício financeiro e ainda por outros períodos, desde que amparado no disposto do artigo 57, inciso II, da Lei 8.666/93; e desde que não haja manifestação em contrário de qualquer das partes.

CLÁUSULA QUARTA: DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: Os recursos para custeio destes serviços constam do orçamento público municipal para, originados de:

4.1 - Recursos recebidos Fundo a Fundo para a Gestão Plena do SUS: classificação orçamentária: XXXXXXXXXX - XXXXXXXXXX Pessoa Jurídica XXXXXXXXXXXXXXXX

CLÁUSULA QUINTA: DO PAGAMENTO:

O pagamento dos serviços ora contratados será feito mensalmente em moeda corrente e obedecerá ao seguinte roteiro:

5.1. O CONTRATADO apresentará mensalmente à CONTRATANTE a prestação dos serviços constantes em BPA/APAC as faturas e os documentos referente aos atendimentos descritos na cláusula primeira referente aos atendimentos efetivamente prestados, obedecendo ao calendário estabelecido pelo Departamento de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria.

5.2. Para fins de prova da data de apresentação das contas e observância dos prazos de pagamento, será entregue ao CONTRATADO recibo assinado ou rubricado pelo servidor da CONTRATANTE, com aposição do respectivo carimbo funcional;

5.3. As contas rejeitadas pelo serviço de processamento de dados serão devolvidas ao CONTRATADO para as correções cabíveis, no prazo de 10 (dez) dias, devendo ser reapresentadas até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente àquele em que ocorreu a devolução. O documento reapresentado será acompanhado do correspondente documento original devidamente inutilizado por meio de carimbo;

5.4. Ocorrendo erro, falha ou falta de processamento das contas, por culpa da CONTRATANTE, esta garantirá ao CONTRATADO o pagamento no prazo avençado neste contrato, pelos valores do mês imediatamente anterior, acertando-se as diferenças que houver no pagamento seguinte, mas ficando a CONTRATANTE exonerada do pagamento de multas e sanções financeiras, obrigando-se, entretanto, a corrigir monetariamente os créditos do CONTRATADO;

5.5. As contas rejeitadas quanto ao mérito serão objeto de análise pelos órgãos de avaliação e controle do SUS;

5.6. Após a conferência do BPA/APAC, realizada pela CONTRATANTE, o CONTRATADO receberá, até o quinto (5º) dia útil, após o crédito dos recursos da Gestão Plena na conta da CONTRATANTE, o pagamento referente aos serviços realizados no mês anterior.

CLÁUSULA SEXTA: DO REAJUSTE DE PREÇO:



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE FARIAS BRITO

Os valores estipulados na cláusula segunda serão reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes concedidos pelo Ministério da Saúde – MS, garantindo sempre o equilíbrio econômico financeiro do contrato, nos termos do art. 26 da Lei nº 8.080/90 e das normas gerais da Lei Federal de Licitações e Contratos Administrativos.

CLÁUSULA SÉTIMA: DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE:

Constituem obrigação da CONTRATANTE:

- 7.1 – Acompanhar e fiscalizar a fiel execução deste contrato;
- 7.2 – Garantir os pagamentos mensais, correspondente à prestação do serviço realizado no respectivo período;
- 7.3 – A execução contratual será acompanhada e fiscalizada pela SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, através do(a) servidor(a), -----, CPF Nº ----- especialmente designado(a) para este fim pela CONTRATANTE, de acordo com o estabelecido no art. 67, da Lei Federal nº 8.666/1993.
- 7.4 – Fornecer ao CONTRATADO comprovante do recolhimento das retenções previdenciárias e fiscais, quando retidas por ocasião do pagamento dos serviços.

CLAUSULA OITAVA: DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO:

Constituem obrigações da CONTRATADA, em virtude da celebração deste ajuste:

- 8.1 – Executar com presteza e dedicação os serviços contratados e referidos na cláusula primeira;
- 8.2 – Responder integralmente, tanto pela reparação de quaisquer danos causados a CONTRATANTE ou a terceiros, como também pela reparação ou indenização por acidente ou doenças quando da execução deste contrato, resultante de ação ou omissão de atos de sua responsabilidade;
- 8.3 – Não transferir a outrem, total ou parcialmente, as responsabilidades a que está obrigado por força deste contrato, nem subcontratar, sem prévio consentimento da CONTRATANTE;
- 8.4 – Zelar para que os dados, informações e quaisquer documentos elaborados com base nos serviços ora contratados, tenham tratamento reservado, sendo vedada a sua reprodução, divulgação ou concessão a outrem, sob qualquer título;
- 8.5 – Aceitar, nas mesmas condições contratuais os acréscimos e/ou supressões até o limite fixado no art. 65 da Lei nº 8.666/93;
- 8.6 – Permitir a retenção previdenciária e fiscal, conforme determina a legislação, sobre o valor pago pelos serviços prestados;
- 8.7 – Manter sempre atualizado o prontuário dos pacientes e o respectivo arquivo;
- 8.8 – Não utilizar, nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;
- 8.9 – Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modos universais e igualitários, mantendo sempre a gratuidade dos serviços prestados;
- 8.10 – Afixar aviso, em local visível, de sua condição de entidade integrante do SUS e gratuidade dos serviços prestados;
- 8.11 – Justificar ao paciente ou a seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato ou serviço profissional previsto neste contrato;
- 8.12 – Notificar à CONTRATANTE de eventual alteração em sua diretoria, estatuto ou contrato, enviando, no prazo de 30 (trinta) dias, contado a partir da data de registro da alteração, cópia autenticada da certidão do Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas.

CLÁUSULA NONA: DA RESCISÃO CONTRATUAL:

A inexecução total ou parcial dos serviços estipulados e qualificados na CLÁUSULA PRIMEIRA deste Contrato enseja a sua rescisão de pleno direito, com as consequências contratuais previstas nos artigos 77 a 80 da Lei nº 8.666/93.

PARÁGRAFO ÚNICO:

O CONTRATADO reconhece desde já os direitos da CONTRATANTE no caso de rescisão administrativa previstos na legislação referente a licitações e contratos administrativos.

CLÁUSULA DÉCIMA: DA EXECUÇÃO DOS TRABALHOS:



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE FARIAS BRITO

Os serviços ora contratados serão executados diretamente por profissionais da área da Saúde no estabelecimento do CONTRATADO ou em outros estabelecimentos de saúde da CONTRATANTE, localizados no Município de Farias Brito/CE.

PARÁGRAFO PRIMEIRO:

O CONTRATADO não poderá cobrar do paciente ou seu acompanhante complementações aos valores pagos pelos serviços prestados nos termos deste contrato;

PARÁGRAFO SEGUNDO:

A CONTRATADA responsabilizar-se-á por cobrança indevida, feita ao paciente ou representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato.

PARÁGRAFO TERCEIRO

O CONTRATADO, responderá pela solidez, segurança e perfeição dos serviços executados, sendo ainda responsável por quaisquer danos pessoais ou materiais, inclusive contra terceiros, ocorridos durante a execução dos serviços ou deles decorrentes.

PARÁGRAFO QUARTO:

É de responsabilidade exclusiva e integral do CONTRATADO a utilização de pessoal para a execução deste contrato, incluindo os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos à CONTRATANTE.

PARÁGRAFO QUINTO:

O CONTRATADO durante a vigência do presente Termo de Credenciamento obriga-se a manter todas as condições da habilitação e qualificação exigidas no Edital de Chamamento Público nº 01/2022/SMS.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA:

O CONTRATADO é responsável pela indenização de dano causado ao paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a eles vinculados, decorrente de ação voluntária ou de negligência, ou de imperícia ou imprudência praticada por seus empregados, profissional ou preposta, ficando assegurado ao CONTRATADO o direito regresso.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: DO CONTROLE, REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

A fiscalização da prestação dos serviços ora contratados será(ão) exercida(s) pelo(s) órgão (s) competente(s) (TCU, TCE, Conselho Municipal de Saúde e pelos órgãos de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria desta Secretaria, com fulcro no Decreto Nº 1.651/95, assim como nas prerrogativas de controle e autoridade normativa genérica da Direção Nacional do SUS, decorrente da Lei Federal nº 8.080/90, a qual caberá dirimir dúvidas que surgirem durante a prestação dos serviços contratados e exercer em toda a sua plenitude a ação fiscalizadora de que trata a Lei nº 8.666/93 e suas alterações posteriores.

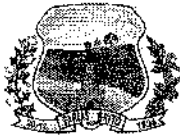
PARÁGRAFO PRIMEIRO:

Fica o CONTRATADO sujeito às normas e provimentos oriundos do Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria da secretaria de saúde de Farias Brito/CE.

PARÁGRAFO SEGUNDO:

A contratante, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data de término deste contrato, se for de interesse das partes a sua prorrogação, o CONTRATANTE vistoriará as instalações do CONTRATADO, para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas originais, comprovadas por ocasião da assinatura deste contrato.

PARÁGRAFO TERCEIRO:



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE FARIAS BRITO

Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa do CONTRATADO poderá ensejar a não prorrogação deste contrato ou a revisão das condições ora estipuladas.

PARÁGRAFO QUARTO:

A fiscalização exercida pela CONTRATANTE sobre os serviços ora contratados não eximirá o CONTRATADO de sua plena responsabilidade perante a pacientes e terceiros, decorrentes de culpa ou dolo na sua execução do contrato.

PARÁGRAFO QUINTO:

O CONTRATADO facilitará a CONTRATANTE no acompanhamento e fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores da CONTRATANTE designados para tal fim.

PARÁGRAFO SEXTO:

Em qualquer hipótese é assegurado ao CONTRATADO amplo direito de defesa, nos termos da Lei Federal de Licitações e Contratos Administrativos.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA: DA ESPECIFICIDADE E DA RELEVÂNCIA PÚBLICA DOS SERVIÇOS:

Deverão, obrigatoriamente, ser observadas as especificidades e relevância pública, conforme prescreve a Portaria nº 1.034, de 5 de maio de 2010:

- I – O CONTRATADO deverá estar com o registro atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES;
- II – O CONTRATADO será submetido à avaliação sistemática de acordo com o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS;
- III – O CONTRATADO deverá entregar ao usuário ou responsável, no ato da saída do estabelecimento, documento de histórico do atendimento prestado, onde conste, também, a informação da gratuidade do atendimento;
- IV – será garantido o acesso dos conselhos de saúde aos serviços contratados no exercício de seu poder de fiscalização;
- V – os serviços contratados deverão seguir as diretrizes da Política Nacional de Humanização PNH;
- VI em conformidade ao art. 26, § 2º, da Lei nº 8.080/90, os serviços contratados submeter-se-ão às normas emanadas pelo Ministério da Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA: DAS PENALIDADES:

O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas ou o cumprimento em desacordo com o pactuado acarretará, ao CONTRATADO, as penalidades previstas no Artigo 87, da Lei 8.666/93 e alterações, conforme a gravidade da infração e independentemente da incidência de multa.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA DAS MULTAS

O CONTRATANTE, no uso das prerrogativas que lhe confere o inciso IV, do artigo 58 e artigo 87, inciso II, da Lei focada, aplicará multa:

I ao CONTRATADO que se recusar injustificadamente, executar os serviços em conformidade com o estabelecido, será aplicada multa na razão de 2% (dois por cento) sobre o valor total da Nota de Empenho referente ao mês em questão, e deverá sanar a irregularidade num prazo de 05 (cinco) dias, após este prazo poderá ser rescindido o “Termos de Credenciamento” e aplicada às penalidades previstas no artigo 87 da lei 8.666/93.

II Pela execução em desacordo com as especificações do “Termo de Credenciamento”, será aplicada, multa na razão de 2% (dois por cento), por dia, calculado sobre o valor total da Nota de empenho do mês em questão, até a efetiva regularização da situação, sendo que o prazo para regularização é de até 10 (dez) dias. Após esse prazo, poderá ser rescindido o “Termo de



SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE FARIAS BRITO

Credenciamento" e ser aplicada uma ou todas as penalidades previstas no artigo 87 da lei 8.666/93.

III Dos atos praticados neste Termo, caberão os recursos previstos no Artigo 109 da Lei nº. 8.666/93 e alterações, os quais, dentro dos prazos legais, deverão ser protocolados na SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE FARIAS BRITO/CE.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA DA APLICAÇÃO DAS PENALIDADES E MULTAS

No caso de incidência de uma das situações previstas neste Termo, a CONTRATANTE notificará a CONTRATADA, para, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados do recebimento desta, justificar por escrito os motivos do inadimplemento.

PARÁGRAFO ÚNICO:

Será considerado justificado o inadimplemento, nos seguintes casos:

- a) acidentes, imprevistos sem culpa da CONTRATADA;
- b) falta ou culpa do CONTRATANTE;
- c) caso fortuito ou força maior, conforme previstas no Código civil Brasileiro.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA: DOS RECURSOS PROCESSUAIS:

Dos atos de aplicação de penalidades previstos neste contrato, ou de sua rescisão praticada pela CONTRATANTE, caberá recurso no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da intimação do ato, à autoridade competente.

PARÁGRAFO ÚNICO:

Sobre o pedido de reconsideração formulados nos termos do caput, a autoridade competente da CONTRATANTE deverá manifestar-se no prazo de 15 (quinze) dias e poderá, ao recebê-lo, atribuir-lhe efeito suspensivo, desde que o faça motivadamente diante de razões de interesse público.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA: DAS ALTERAÇÕES:

Qualquer alteração no presente contrato será objeto de TERMO ADITIVO E APOSTILAMENTOS, na forma da legislação referente a Licitações e Contratos Administrativos.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA: DA PUBLICAÇÃO:

Incumbe à CONTRATANTE providenciar a publicação deste contrato, por extrato, no Diário Oficial do Município, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura, para ocorrer no prazo de 20 (vinte) dias daquela data.

CLÁUSULA VIGÉSIMA - DO FORO:

Para os casos omissos ou dirimir dúvidas que não puderem ser resolvidas pela via administrativa, as partes elegem como competente o foro desta Comarca de Farias Brito, estado do Ceará, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja ou venha a ser.

Assim, por estarem acordes e seguros nos termos acima, firmam o presente contrato com as testemunhas abaixo que também assinam.

Farias Brito/CE, _____ de _____ de _____

CONTRATANTE
SECRETÁRIO (A) MUNICIPAL DE SAÚDE

CONTRATADA
REPRESENTANTE LEGAL DA CONTRATADA

TESTEMUNHA:

TESTEMUNHA:

CPF N°

CPF N°