



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**  
SECRETARIA DE SAÚDE

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO/CRENCIAMENTO**  
**Nº 01/2024**

O MUNICÍPIO DE FARIAS BRITO, ESTADO DO CEARÁ, pessoa jurídica de direito público interno, através do Fundo Municipal de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde, com fundamento na Constituição Federal de 05 de outubro de 1988, na Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, na Lei Federal nº 14.133 de 1º de abril de 2021 e alterações, no Decreto Municipal nº 566, de 20 de março de 2023, na Lei Municipal nº 1.595, que regula a contratação de médicos, no âmbito do Hospital Geral e do Serviço de Atendimento Médico Especializado - SAME de Farias Brito, bem como das normas estabelecidas no presente instrumento, torna público Edital de Chamamento para credenciamento de Pessoas Jurídicas, vinculadas ou não ao Sistema único de Saúde - SUS, interessadas em prestar serviços de saúde junto à Secretaria Municipal de Saúde do Município de Farias Brito - Ceará.

**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), presentes no rol dos Grupos 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. 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, e sua revisão pela Portaria nº. 3.114/GM/MS, de 07 de outubro 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 sítio eletrônico <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, Lei Municipal nº 1.595/2023, os quais deverão ser faturados na forma de serviços efetivamente realizados e autorizados pelo Gestor local.
- 2.2. 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, e durante o período de vigência deste Edital, serão atualizados automaticamente pelo Assessor Técnico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria (instituído pela Portaria Municipal nº 18120121/2021).



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

### 3. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

- 3.1. Poderão habilitar-se, para credenciamento, pessoas jurídicas que manifestarem interesse na prestação dos serviços **com os valores especificados neste instrumento** e que cumpriram 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), seja representada por sua MATRIZ, FILIAL ou vinculada a uma unidade municipal já cadastrada, em que atua como TERCEIRO de serviços de saúde.
- 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 as avaliações sistemáticas pela gestão do SUS.
  - 3.3.5. Submeter ao Sistema Nacional de Auditoria (SNA) e seus componentes, no âmbito do SUS, no encontra-se representada no município de Farias Brito/CE, pelo Assessor Técnico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria, (instituído pela Portaria Municipal nº18120121/2021 toda documentação necessária, quando solicitado.

### 4. DO CREDENCIAMENTO

- 4.1. É facultado a qualquer Pessoa Jurídica que preencher os requisitos mínimos fixados pela administração, e dentro dos critérios de participação especificados neste Edital, 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 à 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.



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

- 4.6. 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 n°. 14.133, de 1º de abril de 2021 e suas alterações posteriores e da Lei Federal n°. 8.080, de 19 de setembro de 1990.
- 4.7. **Serão descredenciados** os prestadores que:
- 4.7.1. Não cumprir com o programado e pactuado com Secretaria Municipal de Saúde.
- 4.7.2. Vir a cobrar do paciente regulado pagamento para realização do procedimento programado e pactuado.
- 4.7.3. Não se adequar as condições contratuais quanto à prestação de contas de serviços e procedimentos junto à secretaria, no setor destinado.
- 4.8. **Somente serão credenciadas** as Pessoas Jurídicas com documentação aprovada, conforme rege o presente Edital.
- 4.9. 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.
- 4.10. O Gestor Municipal de Saúde de Farias Brito/CE recorrerá ao Banco de Prestadores de Serviços de Saúde provenientes deste Edital, 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 será dirigido ao e-mail Secretaria de Saúde **saude@fariasbrito.ce.gov.br**, deverá estar anexado **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 por fraude.
- 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 site <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 Federal [www.portaldoempreendedor.gov.br](http://www.portaldoempreendedor.gov.br).



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**  
SECRETARIA DE SAÚDE

- 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 Entidade sem Fins Lucrativos, Fundação, Associação ou Organização Social:** cópia da Portaria ministerial de emissão da Certidão de Entidade de Beneficente de Assistência Social (CEBAS) e/ou cópia de Certificado de Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e/ou cópia do Título de Utilidade Pública Federal.
- 5.2.1.7. **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.
- 5.2.2. Condicionados ao **funcionamento do Empreendimento**
- 5.2.2.1. Alvará de funcionamento atualizado, referente ao ano de 2024.
- 5.2.2.2. Cópia de documento de suspensão de emissão de alvará de funcionamento, em conformidade com o prescrito na Lei Federal nº 13.874, de 20 de setembro de 2019.
- 5.3. São documentos relativos à **Qualificação econômico-financeira:**
- 5.3.1. Certidão negativa de pedido de falência 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 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.
- 5.4.3. Prova de regularidade com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS).
- 5.4.4. 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



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

- Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.
- 5.4.5. Prova de regularidade com as Fazendas Estadual e Municipal do domicílio ou sede do requerente, relativa à atividade em cujo exercício contrata ou concorre.
- 5.4.6. Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual ou municipal, se houver, relativo ao domicílio ou sede do requerente, pertinente ao 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 atualizado, referente ao ano de 2024.
- 5.5.1.1. Pode ser substituído pela cópia de documento de suspensão de emissão de alvará sanitário, em conformidade com o prescrito na Lei Federal nº 13.874, de 20 de setembro de 2019.
- 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. Relação 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.
- 5.5.8. Apresentação de proposta discriminando os serviços a serem oferecidos, conforme modelo do **ANEXO III** deste Edital, tendo como parâmetro a Tabela de Procedimentos descritos no **ANEXO I**.
- 5.5.9. 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**.
- 5.5.10. 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



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

- 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.
- 5.6.4. COMUM às Clínicas de Fisioterapia e de Imagem e Laboratórios:
- 5.6.4.1. Certificado de Acreditação por Instituição competente reconhecida na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ou concomitante.
- 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. Tenham sido declaradas inidôneas por qualquer esfera federativa, ou suspensas ou impedidas de contratar com a administração pública do Município de Farias Brito/CE, enquanto durarem os efeitos da sanção.
- 5.8.2. O Prefeito, o Vice-Prefeito, os Vereadores e os Servidores Municipais, bem como as pessoas ligadas a qualquer deles por matrimônio ou parentesco, afim ou consanguíneo, até o segundo grau, ou por adoção, não poderão contratar com o Município, subsistindo a proibição até seis meses após findas as respectivas funções. Não se incluem nesta, os contratos cujas cláusulas e condições sejam uniformes para os interessados.
- 5.8.3. Entidades cuja falência haja sido decretada, ou em caso de liquidação e dissolução.
- 5.8.4. Servidor ou Dirigente de Órgão ou Entidade Contratante ou Responsável pelo Edital.
- 5.8.5. Tenha sido condenada, por sentença transitada em julgado, à pena de interdição de direitos devido à prática de crimes contra a administração pública, conforme disciplinado no Título XI do Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940, e suas atualizações e regulamentações.
- 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 o e-mail da 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 01290124, GAB. SMS de 29 de Janeiro de 2024, publicada no Diário Oficial dos



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**  
SECRETARIA DE SAÚDE

Municípios do estado do Ceará no dia 01/02/2024 edição 3388, no site: [https://www. Diariomunicipal.com.br/aprece](https://www.Diariomunicipal.com.br/aprece).

- 6.2. A Comissão de Credenciamento e Edital de Chamamento Público irá: receber, analisar, comentar, esclarecer, discutir, julgar proposta mais vantajosa, aprovar ou reprovar o interessado no credenciamento, receber recursos, emitir pareceres ou, 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, deve, em obediência às disposições estabelecidas neste Edital e demais legislação pertinente, conduzir as atividades correlatas para os 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 na Seção 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, até a data de 08 de março de 2024, respeitando o fluxo instituído na Seção 10 deste Edital.
  - 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 Técnico de Controle, Avaliação e Auditoria (DCAA) da Secretaria Municipal de Saúde de Farias Brito/CE.

## 7. DA REGULAÇÃO, EXECUÇÃO E FATURAMENTO DOS SERVIÇOS

- 7.1. 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.
  - 7.1.1. A distribuição dos procedimentos por prestador será operacionalizada pela Central de Marcação de Procedimentos e Serviços de Saúde VIA Complexo Regulação Municipal (CMR), que é regulador das vagas, considerando as normas instituídas pelo Setor de Controle e Avaliação, para definição dos boletos, cujos critérios de rateio são:



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

- 7.1.1.1. A lotação do paciente no Serviço disposto mais próximo a sua residência.
- 7.1.1.2. 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).
- 7.1.1.3. Serviço que dispuser de vaga no momento da lotação do paciente.
- 7.2. O recurso que movimentará as ações do referido Edital são de origem federal, estadual e próprio, provenientes 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 nº. 828/GM/MS, de 17 de abril de 2020, e suas atualizações, em Diário Oficial da União.
- 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, o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e seus subcomponentes: o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA); o Autorizador de Procedimento de Alta Complexidade (APAC); e o Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), cujos softwares estão disponíveis em <http://sia.datasus.gov.br/principal/index.php>, assim como o Relatório de Atendimento fornecido pelo Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), que possui como software o e-SUS APS.
- 7.3.1. Os executores dos serviços contratados para realização de procedimentos de Média e Alta Complexidade (MAC) apresentarão até o 12º (décimo segundo) dia útil 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 nos subcomponentes do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).
- 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, feita pelo receituário da rede municipal com atesto de profissional de saúde habilitado no SCNES do município de Farias Brito/CE.
- 7.3.1.1.1. Aos prestadores de serviços de apoio ao diagnóstico e a terapêutica, além do disposto no item 7.3.1.1, devem manter consigo cópia do laudo do paciente, devidamente atestada pelo profissional qualificado para atestar.





GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

- 7.3.1.2. 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, feita pelo receituário da rede municipal com atesto de profissional de saúde habilitado no SCNES do município de Farias Brito/CE.
- 7.3.1.2.1. Aos prestadores de serviços de apoio ao diagnóstico e a terapêutica, além do disposto no item 7.3.2.1, devem manter consigo cópia do laudo do paciente, devidamente atestada pelo profissional qualificado para atestar.
- 7.3.2. Os executores dos serviços contratados para realização de procedimentos de acompanhamento e reabilitação psicomotora, comportamental, neurológica, fonoaudiológica e social, destinado a portadores de necessidades especiais, devem além do disposto no item 7.3.1, apresentar relatório diário de acompanhamento, este contendo, obrigatoriamente:
- 7.3.2.1. Referente ao Beneficiado:
- 7.3.2.1.1. Nome do beneficiado
- 7.3.2.1.2. CNS do beneficiado
- 7.3.2.1.3. Data de Nascimento do beneficiado
- 7.3.2.1.4. Nome e Assinatura do Responsável do beneficiado.
- 7.3.2.1.5. CPF do beneficiado
- 7.3.2.1.6. Dados Residenciais, contendo, endereço, número do imóvel e bairro.
- 7.3.2.1.7. Telefone para contato, preferencialmente vinculado a conta no aplicativo de rede social WhatsApp.
- 7.3.2.2. Referente ao Procedimento:
- 7.3.2.2.1. Dia de realização do procedimento.
- 7.3.2.2.2. Turno de realização do procedimento.
- 7.3.2.2.3. Código do procedimento, conforme descrito no **ANEXO I**.
- 7.3.2.2.4. CBO do profissional que realizou o procedimento – Caso, o procedimento seja MULTIPROFISSIONAL, CBO do profissional responsável pelo procedimento.
- 7.3.2.2.5. Carimbo e assinatura do profissional que realizou o procedimento – Caso nos procedimentos multiprofissionais, o carimbo e a assinatura são do profissional que atesta a realização do procedimento.
- 7.3.3. Os pacientes serão encaminhados aos prestadores por meio de Receituário Padrão este fornecido pelo software e-SUS APS, do Sistema de Informação em Saúde da Atenção



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

Básica (SISAB), quando oriundos das Equipes de Atenção Primária, ou específico, quando provenientes da Atenção Especializada.

- 7.3.3.1. Os estabelecimentos credenciados para a realização de serviços de saúde terão a sua produção avaliada a partir da aprovação de integrante do Componente Municipal de Auditoria (CMA) que prestará visitas periódicas a Unidade, para atestar a realização do que está prefigurado no instrumento de contratualização firmado com este município, fruto dos processos deste Edital.
- 7.4. É vedado pagamento de qualquer sobretaxa em relação aos valores dos procedimentos descritos no **ANEXO I** ou exigir que o cliente 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, ocorrido durante o processo de credenciamento dos candidatos, e durante o período de vigência deste Edital, serão atualizados automaticamente pelo Técnico de Controle, Avaliação e Auditoria da 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. 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 30º dia do mês subsequente em que se houve a prestação do serviço.
- 7.6. É vedado o cometimento a terceiros da atribuição de proceder ao credenciamento e/ou intermediação do pagamento pelos serviços prestados.

## 8. DO TERMO DE CREDENCIAMENTO

- 8.1. O credenciamento será formalizado mediante Termo de Credenciamento – **ANEXO II**, 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 de 12 (doze) meses, podendo ser renovado pelo mesmo prazo a partir do efetivo credenciamento, considerando a revisão do orçamento da dotação destinada para ele, mediante publicação de aditivo deste Edital.



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**  
SECRETARIA DE SAÚDE

- 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. 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.
- 8.5. 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.

**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 condiz a atividade 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 contrarreferência onde conste, também, a informação da gratuidade do atendimento conforme modelo a ser publicado via 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).



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

- 9.1.8.6. Alvará Sanitário, conforme legislação vigente.
- 9.1.8.7. Alvará de Funcionamento, conforme legislação vigente.
- 9.1.9. Manter em situação regular ou adquirir certificado de acreditação de serviços de saúde.
- 9.1.10. As Clínicas de Fisioterapia, manter em situação regular ou adquirir o Certificado da Federal Nacional das Entidades Prestadoras de Serviços de Fisioterapia – FENAFISIO.
- 9.1.11. Aos Laboratórios, manter em situação regular ou adquirir o:
  - 9.1.11.1. Certificado do Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos – PALC, da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica Medicina Laboratorial – SBPC/ML
  - 9.1.11.2. Certificado do Programa Nacional de Controle de Qualidade – PNCQ
- 9.1.12. 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 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 deste Edital, conforme prevê a Lei Federal nº. 14.133/2021, em seu Art. 125.
- 9.3. 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 Técnico de Controle, Avaliação e Auditoria, antes da contratação e posteriormente a qualquer momento.
  - 9.3.1. 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 visita, 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.
  - 9.3.2. 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 ANÁLISE DOS DOCUMENTOS, DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS E DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS**

- 10.1. Os documentos referenciados no item 5 deste Edital deverão ser encaminhados ao e-mail oficial da secretaria de saúde ([saude@fariasbrito.ce.gov.br](mailto:saude@fariasbrito.ce.gov.br)). ATÉ O DIA 08 DE





GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

**MARÇO DE 2024, com início de recepção a contar 05 (cinco) dias úteis após a data de publicação deste Edital**

- 10.1.1. Os participantes terão sua participação **excluída na ausência ou irregularidade de quaisquer dos documentos listados** neste Edital, referentes à habilitação.
- 10.2. A Comissão de Credenciamento e Edital de Chamamento Público terá um prazo de até 07 (sete) dias úteis, a contar da data de recebimento 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, disponível no sítio <https://www.fariasbrito.ce.gov.br/>, sobre a sua habilitação para compor o Banco de Prestadores de Serviços de Saúde.
- 10.2.1. Se houver contestação por parte de algum candidato excluído, ou tida a sua documentação negada, este terá um prazo de até 05 (cinco) dias úteis a contar do término do disposto neste item, para apresentar recurso, manifestando suas razões, direcionado a Comissão de Credenciamento e Edital do Chamamento Público da Secretaria Municipal deste Município.
- 10.3. 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 10.1, para apreciar e emitir parecer sobre as contestações apresentadas.
- 10.3.1. Caso haja negativa do descrito neste item, **o prestador possui até o dia 15 DE MARÇO DE 2024**, para entregar a documentação conforme os critérios estabelecidos no item 5 deste Edital.
- 10.3.2. Dar-se-á a publicação dos Prestadores aptos ao credenciamento referente ao Edital de Chamamento Público nº. 2024/001-SMS, respeitando os critérios dispostos no neste Edital, sendo a divulgação a ocorrer no link <https://fariasbrito.ce.gov.br/>.
- 10.3.3. A publicação dos prestadores aptos ao credenciamento referente ao Edital de Chamamento Público nº 2024/001-SMS será acumulativa, até a sua completude que se dará no prazo de 12 (doze) meses, onde se tem a definição daqueles prestadores que porventura venham a **encaminhar até 08 DE MARÇO DE 2024, NÃO HAVENDO APÓS ESTA, PRORROGAÇÃO.**

## 11. IMPUGNAÇÃO E ESCLARECIMENTOS

- 11.1. Os pedidos de esclarecimentos referentes ao presente chamamento público deverão ser enviados, via e-mail ([saude@fariasbrito.ce.gov.br](mailto:saude@fariasbrito.ce.gov.br)), à Comissão de Credenciamento e Edital de Chamamento Público, até 03 (três) dias úteis anteriores a data limite de recebimento da documentação de credenciamento.
- 11.2. Até 05 (cinco) dias úteis depois de divulgação no Diário Oficial, no sítio <https://www.fariasbrito.ce.gov.br/>, qualquer pessoa poderá impugná-lo, mediante petição por escrito, enviada via e-mail ([saude@fariasbrito.ce.gov.br](mailto:saude@fariasbrito.ce.gov.br)).



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

- 11.2.1. Não serão conhecidas as impugnações apresentadas fora do prazo legal e/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 do Município no sítio <https://www.faraisbrito.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 no artigo 156 e seus respectivos parágrafos, da Lei Federal nº14.133, de 01 de abril de 2021.
- 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



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**  
SECRETARIA DE SAÚDE

- 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).
  - 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.
  - 13.1.7. Alvará Sanitário, conforme legislação vigente, atualizado.
  - 13.1.8. Alvará de Funcionamento, conforme legislação vigente, 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 neste Edital.
  - 13.2.2. Os boletos e solicitações de serviços e de procedimentos descritos no **ANEXO I** a serem destinados aos CONTRATADOS, poderão ser padronizados em instrumento normativo da Secretaria Municipal de Saúde, por meio do Técnico de Controle, Avaliação e Auditoria, considerando literatura científica, após o fechamento do exercício financeiro do ano de assinatura deste instrumento.
- 13.3. Caso algum candidato credenciado demonstrar desinteresse à sua contratação, deverá este, formalizar um PEDIDO DE EXCLUSÃO do Banco de Prestadores Credenciados, expondo os motivos de sua desistência, endereçando-o ao Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde, na Sede da Secretaria Municipal de Saúde de Farias Brito/CE.
- 13.3.1. A qualquer tempo poderá ser descredenciado o habilitado que deixar de cumprir com as obrigações assumidas com a Contratante.
- 13.4. O prazo de contratação será de 12 (doze) meses, podendo ser renovado até o limite previsto na Lei Federal nº. 14.133, de 01 de Abril de 2021, se não se opuserem nenhuma das partes intervenientes na contratação, por período determinado em comum acordo.
- 13.5. 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.



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**  
SECRETARIA DE SAÚDE

**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 2024/01-SMS, 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 04/2023.
- 14.1.2. **ANEXO II** – Modelo de Termo de 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

**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, 29 de fevereiro de 2024.

**Maria Marcleide do Nascimento**  
Secretária Municipal de Saúde





GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**  
SECRETARIA DE SAÚDE

ANEXO I

TABELA DE VALORES DOS PROCEDIMENTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE DO EDITAL DE  
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 2024/01-SMS

**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 DEZEMBRO DE 2023.
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 Técnico 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 2024/01-SMS, da Secretaria Municipal de Saúde de Farias Brito/CE, durante a sua vigência, considerando os Procedimentos Operacionais Padrão publicados pela comunidade científica.

**LOTE 01 – EXAMES DE PRÉ-NATAL COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA**

Estão dispostos os procedimentos destinados a garantir o disposto no Protocolo de Acompanhamento a Gestante. Para tanto, o valor a ser faturado deste corresponde ao PACOTE de exames laboratoriais. Diante disso, na definição da proposta, a PROPONENTE deve apresentar a QUANTIDADE DE GESTANTES QUE PODE RECEBER POR DIA em sua unidade. Na Proposta deve informar o QUANTITATIVO por CÓDIGO informado na Primeira Coluna da Tabela.

CÓD	PROCEDIMENTO		VALOR
	SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
G001	<b>Exames do Primeiro Trimestre de Gestação de Risco Habitual e Alto Risco</b>		<b>R\$ 106,33</b>
	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\$ 18,56



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

	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 da Hemoglobina	R\$ 5,41
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
<b>G002</b>	<b>Exames do Segundo Trimestre de Gestação de Risco Habitual</b>		<b>R\$ 11,97</b>
	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
<b>G003</b>	<b>Exames do Terceiro Trimestre de Gestação de Risco Habitual</b>		<b>R\$ 122,59</b>
	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
	02.02.02.052-5	Teste de Agregação de Plaquetas	R\$ 12,00
	02.02.02.007-0	Determinação do Tempo de Coagulação	R\$ 2,73
	02.02.02.009-6	Determinação de Tempo de Sangramento - DUKE	R\$ 2,73
	02.02.02.010-0	Determinação do Tempo de Sangramento - IVY	R\$ 9,00
	02.02.02.012-6	Determinação de Tempo de Trombina	R\$ 2,73
	02.02.02.013-4	Determinação de Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada - TTPA	R\$ 5,77
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
<b>G004</b>	<b>Exames do Segundo Trimestre de Gestação de Alto Risco</b>		<b>R\$ 27,56</b>
	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	Entrograma (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
<b>G005</b>	<b>Exames do Terceiro Trimestre de Gestação de Alto Risco</b>		<b>R\$ 93,06</b>
	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
	02.02.01.047-3	Dosagem de Glicose	R\$ 1,85
	02.02.02.082-7	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
	02.02.02.052-5	Teste de Agregação de Plaquetas	R\$ 12,00
	02.02.02.007-0	Determinação do Tempo de Coagulação	R\$ 2,73
	02.02.02.009-6	Determinação de Tempo de Sangramento - DUKE	R\$ 2,73



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**  
SECRETARIA DE SAÚDE

02.02.02.010-0	Determinação do Tempo de Sangramento – IVY	R\$ 9,00
02.02.02.012-6	Determinação de Tempo de Trombina	R\$ 2,73
02.02.02.013-4	Determinação de Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada – TTPA	R\$ 5,77
03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30

### LOTE 02 – EXAMES TRIAGEM NEONATAL COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA

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. Este lote regerá a Rede de Referência de Apoio ao Diagnóstico e a Terapêutica direcionado a promoção da Triagem Neonatal.

CÓD	PROCEDIMENTO		VALOR
	SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
P001	<b>Teste do Pezinho</b>		<b>R\$ 46,20</b>
	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 Imunoreativa	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	<b>Teste do Pezinho (Exames de Controle)</b>		<b>R\$ 25,00</b>
	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	<b>Teste do Pezinho (Exames de Diagnóstico Tardio)</b>		<b>R\$ 33,80</b>
	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
	02.02.11.008-7	Dosagem de TSH E T4 Livre	R\$ 13,20
P004	<b>Teste do Pezinho (Exames Confirmatórios)</b>		<b>R\$ 150,40</b>
	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
	02.02.11.005-2	Dosagem de Fenilalanina e TSH ou T4	R\$ 12,10
P005	<b>Teste Confirmatório de Deficiência de Biotinidase</b>		<b>R\$ 209,30</b>
	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	<b>Teste Confirmatório de Hiperplasia de Adrenal Congênita</b>		<b>R\$ 72,30</b>
	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	<b>Teste Confirmatório de Fibrose Cística</b>		<b>R\$ 156,30</b>
	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 03 – DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLÓGICA





GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**  
SECRETARIA DE SAÚDE

Estão agrupados os procedimentos de anatomia patológica e citopatologia com finalidade diagnóstica, será contabilizado a cada boleto correspondente a um grupo de procedimento no SIGTAP, 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.

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>02.03.01.000-0</b>	<b>Exames Citopatológicos</b>	
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
<b>02.03.02.000-0</b>	<b>Exames Anatomopatológicos</b>	
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
<b>03.01.01.000-0</b>	<b>Laudos e Avaliações dos Procedimentos</b>	
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R\$ 10,00

**LOTE 04 – PROCEDIMENTOS DE COLETA DE MATERIAL  
COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA**

Estão os Procedimentos de Coleta de Material com Finalidade Diagnóstica, o procedimento 03.01.01.007-2 *Consulta Médica na Atenção Especializada*, está duplicado por condicionar a consulta de avaliação e 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, em ambiente AMBULATORIAL. O valor equivalente ao procedimento do subgrupo 02.01 será cobrado por peça coletada. Na tabela, está o valor considerando que no procedimento houve a coleta de uma única peça. Ao considerar Anestesia Regional, considera também a administração de medicamento, por isso da cobrança no procedimento. Para tanto, o estabelecimento que for apresentar proposta para os procedimentos deste Lote, deve conter em seu quadro de profissionais cadastrados no SCNES, ao menos um profissional de enfermagem. A avaliação de determinação do valor é objeto de auditoria de prontuário feito na unidade, após a realização do procedimento, este repassado ao setor competente na Secretaria Municipal de Saúde.

CÓD	PROCEDIMENTO		VALOR
	SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
B001	<b>Amniocentese</b>		<b>R\$ 79,30</b>
	02.01.01.001-1	Amniocentese	R\$ 2,20



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
	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 (x2)	R\$ 20,00
<b>B002</b>	<b>Biopsia / Punção de Tumor Superficial da Pele</b>		<b>R\$ 57,00</b>
	02.01.01.002-0	Biopsia / Punção de Tumor Superficial da Pele (por Peça Coletada)	R\$ 14,10
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (x2)	R\$ 20,00
<b>B003</b>	<b>Biopsia de Ânus e Canal Anal</b>		<b>R\$ 71,36</b>
	02.01.01.004-6	Biopsia de Ânus e Canal Anal (por Peça Coletada)	R\$ 18,46
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (x2)	R\$ 20,00
<b>B004</b>	<b>Biopsia de Bolsa Escrotal</b>		<b>R\$ 71,36</b>
	02.01.01.007-0	Biopsia de Bolsa Escrotal (por Peça Coletada)	R\$ 18,33
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (x2)	R\$ 20,00
<b>B005</b>	<b>Biopsia de Endométrio</b>		<b>R\$ 86,23</b>
	02.01.01.015-1	Biopsia de Endométrio (por Peça Coletada)	R\$ 18,33
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
	02.11.04.004-5	Histeroscopia (Diagnóstica)	R\$ 25,00
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (x2)	R\$ 20,00
<b>B006</b>	<b>Biopsia de Faringe/Laringe</b>		<b>R\$ 61,96</b>
	02.01.01.019-4	Biopsia de Faringe/Laringe (por Peça Coletada)	R\$ 19,06
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (x2)	R\$ 20,00
<b>B007</b>	<b>Biopsia do Pavilhão Auricular</b>		<b>R\$ 57,56</b>
	02.01.01.019-4	Biopsia do Pavilhão Auricular (por Peça Coletada)	R\$ 14,66
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (x2)	R\$ 20,00
<b>B008</b>	<b>Biopsia de Pele e Partes Moles</b>		<b>R\$ 68,73</b>
	02.01.01.037-2	Biopsia de Pele e Partes Moles (por Peça Coletada)	R\$ 25,83
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (x2)	R\$ 20,00
<b>B009</b>	<b>Biopsia de Tireoide ou Paratireoide - PAAF</b>		<b>R\$ 66,63</b>
	02.01.01.047-0	Biopsia de Testículo (por Peça Coletada)	R\$ 23,73
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (x2)	R\$ 20,00
<b>B010</b>	<b>Biopsia dos Tecidos Moles da Boca</b>		<b>R\$ 64,46</b>
	02.01.01.052-6	Biopsia/Punção de Tecidos Moles da Boca (por Peça Coletada)	R\$ 21,56
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (x2)	R\$ 20,00
<b>B011</b>	<b>Biopsia/Exérese de Nódulo de Mama</b>		<b>R\$ 112,90</b>
	02.01.01.056-9	Biopsia/Exérese de Nódulo de Mama (por Peça Coletada)	R\$ 70,00
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27

✓



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (x2)	R\$ 20,00
<b>B012</b>	<b>Punção Aspirativa de Mama por Agulha Fina</b>		<b>R\$ 99,30</b>
	02.01.01.058-5	Punção Aspirativa de Mama por Agulha Fina (por Peça Coletada)	R\$ 66,48
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,83
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (x2)	R\$ 20,00
<b>B013</b>	<b>Punção Aspirativa de Mama por Agulha Grossa</b>		<b>R\$ 183,00</b>
	02.01.01.090-7	Punção Aspirativa de Mama por Agulha Grossa (por Peça Coletada)	R\$ 140,10
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,83
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (x2)	R\$ 20,00
<b>B014</b>	<b>Biopsia do Colo Uterino</b>		<b>R\$ 86,23</b>
	02.01.01.066-6	Biopsia do Colo Uterino (por Peça Coletada)	R\$ 18,33
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada	R\$ 0,83
	02.11.04.004-5	Histeroscopia (Diagnóstica)	R\$ 25,00
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (x2)	R\$ 20,00
<b>B015</b>	<b>Biopsia de Próstata</b>		<b>R\$ 159,48</b>
	02.01.01.041-0	Biopsia de Próstata (por Peça Coletada)	R\$ 92,38
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
	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 (x2)	R\$ 20,00
<b>B016</b>	<b>Biopsia de Pênis</b>		<b>R\$ 61,23</b>
	02.01.01.038-0	Biopsia de Pênis (por Peça Coletada)	R\$ 18,33
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (x2)	R\$ 20,00
<b>B017</b>	<b>Biopsia de Pleura (por Aspiração, Agulha ou Pleuroscopia)</b>		<b>R\$ 156,58</b>
	02.01.01.040-2	Biopsia de Pleura (por Aspiração, Agulha ou Pleuroscopia)	R\$ 113,68
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada	R\$ 0,63
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (x2)	R\$ 20,00
<b>B018</b>	<b>Biopsia de Testículo</b>		<b>R\$ 89,09</b>
	02.01.01.046-1	Biopsia de Testículo (por Peça Coletada)	R\$ 46,19
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (x2)	R\$ 20,00
<b>B019</b>	<b>Punção para Esvaziamento</b>		<b>R\$ 56,10</b>
	02.01.01.064-0	Punção para Esvaziamento (por Peça Coletada)	R\$ 13,25
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (x2)	R\$ 20,00
<b>B020</b>	<b>Coleta de lavado bronco-alveolar com Broncoscopia</b>		<b>R\$ 71,72</b>
	02.01.02.001-7	Coleta de lavado bronco-alveolar (por Peça Coletada)	R\$ 2,80
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
	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 (x2)	R\$ 20,00
<b>B021</b>	<b>Biopsia/Punção de Vagina</b>		<b>R\$ 86,23</b>
	02.01.01.047-0	Biopsia / Punção de Vagina (por Peça Coletada)	R\$ 18,33
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
	02.11.04.004-5	Histeroscopia (Diagnóstica)	R\$ 25,00
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**  
 SECRETARIA DE SAÚDE

	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (x2)	R\$ 20,00
<b>B022</b>	<b>Biopsia/Punção de Vulva</b>		<b>R\$ 61,23</b>
	02.01.01.051-8	Biopsia/Punção de Vulva (por Peça Coletada)	R\$ 18,33
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada	R\$ 0,63
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (x2)	R\$ 20,00

**LOTE 05 – EXAMES DE ESTRATIFICAÇÃO DE PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA**

Estão descritos especificamente os conjuntos de exames referentes à ESTRATIFICAÇÃO de portadores de doenças crônicas não transmissíveis, divididos por grupo, conforme reza o Anexo da Portaria nº 1.631/GM/MS, de 1º de outubro de 2015, 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.

CÓD	PROCEDIMENTO		VALOR
	SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>Z001</b>	<b>Avaliação de Portadores de Diabetes Mellitus</b>		<b>R\$ 45,24</b>
	02.02.01.047-3	Dosagem de Glicose	R\$ 1,85
	02.02.01.029-5	Dosagem de Colesterol Total	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
	02.02.01.067-8	Dosagem de Triglicerídeos	R\$ 3,51
	02.02.01.050-3	Dosagem de Hemoglobina Glicosada (HbA1c)	R\$ 7,86
	02.02.01.031-7	Dosagem de Creatinina	R\$ 1,85
	02.02.06.001-7	Análise Dos Caracteres Físicos, Elementos E Sedimento Da Urina	R\$ 3,70
	02.02.08.014-5	Exame Microbiológico A Fresco	R\$ 2,80
	02.02.05.009-2	Dosagem de Microalbumina Da Urina	R\$ 8,12
	02.02.06.011-4	Dosagem de Proteinúria (Proteína 24 Horas)	R\$ 2,04
	02.02.01.062-7	Dosagem de Proteínas Totais E Frações	R\$ 1,85
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Excelo Médico)	R\$ 6,30
<b>Z002</b>	<b>Avaliação de Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica</b>		<b>R\$ 41,53</b>
	02.02.01.047-3	Dosagem de Glicose	R\$ 1,85
	02.02.01.029-5	Dosagem de Colesterol Total	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
	02.02.01.067-8	Dosagem de Triglicerídeos	R\$ 3,51
	02.02.01.050-3	Dosagem de Hemoglobina Glicosada (HbA1c)	R\$ 7,86
	02.02.01.031-7	Dosagem de Creatinina	R\$ 1,85
	02.02.05.001-7	Análise Dos Caracteres Físicos, Elementos E Sedimento Da Urina	R\$ 3,70
	02.02.01.060-0	Dosagem de Potássio	R\$ 1,85
	02.02.01.063-5	Dosagem de Sódio	R\$ 1,85
	02.02.05.011-4	Dosagem de Proteinúria (Proteína 24 Horas)	R\$ 2,04
	02.02.01.062-7	Dosagem de Proteínas Totais E Frações	R\$ 1,85
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Excelo Médico)	R\$ 6,30
<b>Z003</b>	<b>Avaliação para Diagnóstico e Estadiamento de Insuficiência Cardíaca</b>		<b>R\$ 54,39</b>
	02.02.06.025-0	Dosagem De Hormônio Tireostimulante (TSH)	R\$ 8,96
	02.02.01.063-5	Dosagem De Sódio	R\$ 1,85



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**  
 SECRETARIA DE SAÚDE

	02.02.05.001-7	Análise Dos Caracteres Físicos, Elementos E Sedimento Da Urina	R\$ 3,70
	02.02.01.060-0	Dosagem De Potássio	R\$ 1,85
	02.02.03.020-2	Dosagem De Proteína C Reativa	R\$ 2,83
	02.02.01.031-7	Dosagem De Creatinina	R\$ 1,85
	02.02.01.032-5	Dosagem De Creatinínofosfoquinase (CPK)	R\$ 3,68
	02.02.01.033-3	Dosagem De Creatinínofosfoquinase Fração Mb	R\$ 4,12
	02.02.03.077-6	Pesquisa De IGG Antitrypanossoma Cruzi	R\$ 9,25
	02.02.03.104-7	Pesquisa De Trypanossoma Cruzi (Imunofluorescência)	R\$ 10,00
	03.01.01.004-8	Laudos De Profissionais De Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
<b>2004</b>	<b>Avaliação para Diagnóstico e Estadiamento de Insuficiência Renal</b>		<b>R\$ 285,93</b>
	02.02.05.001-7	Análise Dos Caracteres Físicos, Elementos E Sedimento Da Urina	R\$ 3,70
	02.02.08.014-5	Exame Microbiológico A Fresco	R\$ 2,80
	02.02.01.073-2	Gasometria	R\$ 15,65
	02.02.02.036-3	Eritograma (Hemoglobina, Hematócrito E Eritrócitos)	R\$ 2,73
	02.02.02.038-0	Hemograma Completo	R\$ 4,11
	02.02.06.002-5	Clearance De Creatinina	R\$ 3,51
	02.02.01.031-7	Dosagem De Creatinina	R\$ 1,85
	02.02.05.009-2	Dosagem De Microalbumina Da Urina	R\$ 8,12
	02.02.05.011-4	Dosagem De Proteinúria (Proteína 24 Horas)	R\$ 2,04
	02.02.01.062-7	Dosagem De Proteínas Totais E Frações	R\$ 1,85
	02.02.03.020-2	Dosagem De Proteína C Reativa	R\$ 2,83
	02.02.01.063-5	Dosagem De Sódio	R\$ 2,04
	02.02.01.060-0	Dosagem De Potássio	R\$ 1,85
	02.02.06.027-6	Dosagem De Paratormônio	R\$ 43,13
	02.02.01.006-0	Dosagem De Cálcio Iônico	R\$ 4,12
	02.02.01.038-4	Dosagem De Ferritina	R\$ 15,59
	02.02.05.002-5	Dosagem De Transferrina	R\$ 4,12
	02.02.01.069-4	Dosagem De Ureia	R\$ 1,85
	02.02.01.043-0	Dosagem De Fósforo	R\$ 1,85
	02.02.01.076-7	Dosagem De 25-Hidroxivitamina D	R\$ 15,24
	02.02.03.029-6	Pesquisa De Anticorpos Anti-Hiv (Western Blot)	R\$ 65,00
	02.02.03.063-6	Pesquisa De Anticorpos Contra Antígeno De Superfície Do Vírus Da Hepatite B (Anti-HBs)	R\$ 18,55
	02.02.03.067-9	Pesquisa De Anticorpos Contra O Vírus Da Hepatite C (Anti-Hcv)	R\$ 18,55
	02.02.03.097-0	Pesquisa De Antígeno De Superfície Do Vírus Da Hepatite B (Hbsag)	R\$ 18,55
	03.01.01.004-8	Laudos De Profissionais De Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30

**LOTE 06 – PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA**

Estão agrupados os procedimentos laboratoriais com finalidade diagnóstica, será contabilizado a cada boleto correspondente a um grupo de procedimento no SIGTAP, 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.

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
02.02.01.000-0	<b>Exames Bioquímicos</b>	
02.02.01.001-5	Clearance Osmolar	R\$ 3,51

✓





GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

02.02.01.002-3	Determinação de Capacidade de Fixação do Ferro	R\$ 2,01
02.02.01.003-1	Determinação de Cromatografia de Aminoácidos	R\$ 15,85
02.02.01.004-0	Determinação de Curva Glicêmica (2 Dosagens) - TTOG	R\$ 3,63
02.02.01.005-8	Determinação de Curva Glicêmica C/ Indução Por Cortisona (5 Dosagens)	R\$ 6,55
02.02.01.006-6	Determinação de Curva Glicêmica C/ Indução Por Cortisona (4 Dosagens)	R\$ 3,68
<b>SIGTAP</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR</b>
<b>02.02.01.000-0</b>	<b>Exames Bioquímicos</b>	
02.02.01.007-4	Determinação de Curva Glicêmica Clássica (5 Dosagens)	R\$ 10,00
02.02.01.008-2	Determinação de Osmolaridade	R\$ 3,51
02.02.01.009-0	Dosagem de 5-Nucleotidase	R\$ 3,51
02.02.01.010-4	Dosagem de Acetona	R\$ 1,85
02.02.01.011-2	Dosagem de Ácido Ascórbico	R\$ 2,01
02.02.01.012-0	Dosagem de Ácido Úrico	R\$ 1,85
02.02.01.013-9	Dosagem de Ácido Vanilmandélico	R\$ 9,00
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
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-Hidroxiútrica	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\$ 15,99
02.02.01.039-2	Dosagem de Ferro Sérico	R\$ 3,51
02.02.01.040-6	Dosagem de Folato	R\$ 15,85
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 Isomeraso-Fosfohexose	R\$ 3,51
02.02.01.053-8	Dosagem de Lactato	R\$ 3,68
02.02.01.054-6	Dosagem de Leucino-Aminoceptidase	R\$ 3,51



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

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
02.02.01.058-9	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 Transferina	R\$ 4,21
02.02.01.067-8	Dosagem de Triglicerídeos	R\$ 3,51
<b>SIGTAP</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR</b>
<b>02.02.01.000-0</b>	<b>Exames Bioquímicos</b>	
02.02.01.068-8	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 <sub>2</sub> , PO <sub>2</sub> , Bicarbonato AS <sub>2</sub> (Excesso ou Deficit 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
02.02.01.077-5	Determinação de Crematócrito no Leite Humano Ordenhado	R\$ 1,53
02.02.01.078-3	Acidez Triplicável 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
<b>02.02.02.000-0</b>	<b>Exames Hematológicos e de Hemostasia</b>	
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 Sufo-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\$ 2,73
02.02.02.010-0	Determinação de Tempo de Sangramento de IVY	R\$ 9,00
02.02.02.011-8	Determinação de Tempo de Sobrevida de Hemácias	R\$ 5,79
02.02.02.012-6	Determinação de Tempo de Trombina	R\$ 2,85
02.02.02.013-4	Determinação de Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTP Ativada)	R\$ 5,77
02.02.02.014-2	Determinação de Tempo e Atividade da Protrombina (TAP)	R\$ 2,73
02.02.02.015-0	Determinação de Velocidade de Hemossedimentação (VHS)	R\$ 9,00
02.02.02.016-9	Dosagem de Anticoagulante Circulante	R\$ 4,11
02.02.02.017-7	Dosagem de Antitrombina III	R\$ 6,48
02.02.02.018-5	Dosagem de Fator II	R\$ 5,31
02.02.02.019-3	Dosagem de Fator IX	R\$ 7,61
02.02.02.020-7	Dosagem de Fator V	R\$ 4,73
02.02.02.021-5	Dosagem de Fator VII	R\$ 8,09
02.02.02.022-3	Dosagem de Fator VIII	R\$ 6,63
02.02.02.023-1	Dosagem de Fator VIII (Inibidor)	R\$ 15,00
02.02.02.024-0	Dosagem de Fator Von Willebrand (Antígeno)	R\$ 18,91
02.02.02.025-8	Dosagem de Fator X	R\$ 6,66
02.02.02.026-6	Dosagem de Fator XI	R\$ 9,11
02.02.02.027-4	Dosagem de Fator XII	R\$ 10,51

✓



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

02.02.02.028-2	Dosagem de Fator XIII	R\$ 6,86
02.02.02.029-0	Dosagem de Fibrinogênio	R\$ 4,60
02.02.02.030-4	Dosagem de Hemoglobina	R\$ 1,53
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\$ 2,73
02.02.02.034-7	Dosagem de Plasminogênio	R\$ 4,11
02.02.02.035-5	Eletroforese de Hemoglobina	R\$ 5,41
02.02.02.036-3	Eritrograma (Eritrócitos, Hemoglobina, Hematócrito)	R\$ 2,73
02.02.02.037-1	Hematócrito	R\$ 1,53
02.02.02.038-0	Hemograma Completo	R\$ 4,11
02.02.02.039-8	Leucograma	R\$ 2,73
02.02.02.040-1	Pesquisa de Atividade do Cofator de Ristocetina	R\$ 25,00
02.02.02.041-0	Pesquisa de Células LE	R\$ 4,11
02.02.02.042-8	Pesquisa de Corpúsculos de Heinz	R\$ 2,73
02.02.02.043-6	Pesquisa de Filária	R\$ 2,73
02.02.02.044-4	Pesquisa de Hemoglobina S	R\$ 2,73
02.02.02.046-0	Pesquisa de Tripanossoma	R\$ 2,73
02.02.02.048-7	Prova de Consumo de Protrombina	R\$ 4,11
02.02.02.049-5	Prova de Retração do Coágulo	R\$ 2,73
02.02.02.050-9	Prova do Laço	R\$ 2,73
<b>SIGTAP</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR</b>
<b>02.02.02.000-0</b>	<b>Exames Bioquímicos</b>	
02.02.02.051-7	Rastreo P/ Deficiência de Enzimas Eritrocitárias	R\$ 2,73
02.02.02.052-5	Teste de Agregação de Plaquetas	R\$ 12,00
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\$ 2,73
02.02.02.055-0	Dosagem de Proteína C Funcional	R\$ 75,00
02.02.02.056-8	Dosagem de Proteína S Funcional	R\$ 125,00
02.02.02.057-6	Pesquisa de Anticoagulante Lúpico	R\$ 110,00
<b>02.02.03.000-0</b>	<b>Exames Sorológicos e Imunobiológicos</b>	
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 Virus 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 Crioagulínina	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 Virus 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



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

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-Helicobacterpylori	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
02.02.03.037-7	Pesquisa de Anticorpos Antiadenovirus	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 Antibruceas	R\$ 9,25
02.02.03.041-5	Pesquisa de Anticorpos Anticisticerco	R\$ 5,83
02.02.03.042-3	Pesquisa de Anticorpos Anticlamidia (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 Antiequinococos	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 Antinsulina	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
<b>SIGTAP</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR</b>
<b>02.02.03.000-0</b>	<b>Exames Bioquímicos</b>	
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 Antinucleo	R\$ 17,16
02.02.03.060-1	Pesquisa de Anticorpos Antiparietais	R\$ 17,16
02.02.03.061-0	Pesquisa de Anticorpos Antiplasmódios	R\$ 10,00
02.02.03.062-8	Pesquisa de Anticorpos Antitireoglobulina	R\$ 17,16
02.02.03.063-6	Pesquisa de Anticorpos Contra Antígeno de Superfície do Virus da Hepatite B (Anti-HbS)	R\$ 18,55
02.02.03.064-4	Pesquisa de Anticorpos Contra Antígeno e do Virus da Hepatite B (Anti-HbE)	R\$ 18,55
02.02.03.065-2	Pesquisa de Anticorpos Contra Histoplasma	R\$ 7,78
02.02.03.066-0	Pesquisa de Anticorpos Contra o Sporotrichschenki	R\$ 9,71
02.02.03.067-9	Pesquisa de Anticorpos Contra o Virus da Hepatite C (Anti-HCV)	R\$ 18,55
02.02.03.068-7	Pesquisa de Anticorpos Contra o Virus da Hepatite D (Anti-HDV)	R\$ 18,55
02.02.03.069-5	Pesquisa de Anticorpos Contra o Virus do Sarampo	R\$ 9,25
02.02.03.070-9	Pesquisa de Anticorpos Contra Paracoccidíoides Brasiliensis	R\$ 4,10
02.02.03.071-7	Pesquisa de Anticorpos elou Antígeno do Virus Sincial Respiratório	R\$ 18,55
02.02.03.072-9	Pesquisa de Anticorpos EIE Anticlamidia	R\$ 17,16
02.02.03.073-3	Pesquisa de Anticorpos Heterofílos Contra o Virus 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 Trypanosoma Cruzii	R\$ 9,25



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

02.02.03.078-4	Pesquisa de Anticorpos IgG e IgM Contra Antígeno Central do Virus da Hepatite B (Anti-HBC-Total)	R\$ 18,55
02.02.03.079-2	Pesquisa de Anticorpos IgG Contra Arbovirus	R\$ 30,00
02.02.03.080-6	Pesquisa de Anticorpos IgG Contra o Virus da Hepatite A (HAV- IgG)	R\$ 18,55
02.02.03.081-4	Pesquisa de Anticorpos IgG Contra o Virus da Rubéola	R\$ 17,16
02.02.03.082-2	Pesquisa de Anticorpos IgG Contra o Virus da Varicela-Herpes Zoster	R\$ 17,16
02.02.03.083-0	Pesquisa de Anticorpos IgG Contra o Virus Epstein-Barr	R\$ 17,16
02.02.03.084-8	Pesquisa de Anticorpos IgG Contra o Virus Herpes Simples	R\$ 17,16
02.02.03.085-7	Pesquisa de Anticorpos IgM Anticilomegalovirus	R\$ 11,61
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 Trypanosoma Cruzi	R\$ 9,25
02.02.03.089-0	Pesquisa de Anticorpos IgM Contra Antígeno Central do Virus da Hepatite B (Anti-HBC- IgM)	R\$ 18,55
02.02.03.090-3	Pesquisa de Anticorpos IgM Contra Arbovirus	R\$ 20,00
02.02.03.091-1	Pesquisa de Anticorpos IgM Contra o Virus da Hepatite A (HAV- IgG)	R\$ 18,55
02.02.03.092-0	Pesquisa de Anticorpos IgM Contra o Virus da Rubéola	R\$ 17,16
02.02.03.093-8	Pesquisa de Anticorpos IgM Contra o Virus da Varicela-Herpes Zoster	R\$ 17,16
02.02.03.094-6	Pesquisa de Anticorpos IgM Contra o Virus Epstein-Barr	R\$ 17,16
02.02.03.095-4	Pesquisa de Anticorpos IgM Contra o Virus Herpes Simples	R\$ 17,16
02.02.03.096-2	Pesquisa de Antígeno Carcinoembrionario (CEA)	R\$ 13,35
02.02.03.097-0	Pesquisa de Antígeno de Superfície do Virus da Hepatite B (HBSAG)	R\$ 18,55
02.02.03.098-9	Pesquisa de Antígeno e do Virus 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 (Waaler-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) Alérgico-Específica	R\$ 9,25
02.02.03.104-7	Pesquisa de Trypanosoma Cruzi (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 Virus 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
<b>SIGTAP</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR</b>
<b>02.02.03.000-0</b>	<b>Exames Bioquímicos</b>	
02.02.03.117-9	Teste Não Treponêmico P/ Deteção 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	Deteção de RNA do HTLV-1	R\$ 65,00
02.02.03.128-8	Pesquisa de Anticorpos Anti-HTLV-1 (Western-Blot)	R\$ 85,00
02.02.03.127-6	Dosagem de Adenosina-Desaminase (ADA)	R\$ 13,08
02.02.03.129-4	Antibeta 2 Glicoproteína I - IgG	R\$ 125,00
02.02.03.129-2	Dosagem de Anti-Beta-2-Glicoproteína I - IgM	R\$ 125,00



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

02.02.03.130-6	Diagnóstico E Reavaliação de Hemoglobinúria Paroxística Noturna	R\$ 80,00
<b>02.02.04.000-0</b>	<b>Exames Coprológicos</b>	
02.02.04.001-1	Dosagem de Esterco-bilogenio 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 (Oxirusoxiura)	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 Leucócitosnas 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 Rotavirus 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 Trofozoitnas Fezes	R\$ 1,65
<b>02.02.05.000-0</b>	<b>Exames de Uroanálise</b>	
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-Dissulfúria	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
02.02.05.029-7	Pesquisa de Porfobilinogenio na Urina	R\$ 2,04
<b>SIGTAP</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR</b>
<b>02.02.05.000-0</b>	<b>Exames Bioquímicos</b>	
02.02.05.030-0	Pesquisa de Proteínas Urinaria (por Eletroforese)	R\$ 4,44
02.02.05.031-9	Pesquisa de Tirosina na Urina	R\$ 2,04
02.02.05.032-7	Prova de Diluição (Urina)	R\$ 2,04
<b>02.02.06.000-0</b>	<b>Exames Hormonais</b>	



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**  
SECRETARIA DE SAÚDE

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 Ácido 5-Hidroxi-Indol-Acético (Serotonina)	R\$ 6,72
02.02.06.008-0	Dosagem de Adrenocorticotrófico (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 Dihidrotestosterona (DHT)	R\$ 11,71
02.02.06.016-0	Dosagem de Estradiol	R\$ 10,15
02.02.06.017-9	Dosagem de Estriol	R\$ 11,56
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\$ 7,86
02.02.06.022-5	Dosagem de Hormônio De Crescimento (HGH)	R\$ 10,21
02.02.06.023-3	Dosagem de Hormônio Folículo-Estimulante (FSH)	R\$ 7,89
02.02.06.024-1	Dosagem de Hormônio Luteinizante (LH)	R\$ 8,97
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
<b>02.02.07.000-9</b>	<b>Exames Toxicológicos ou de Monitorização Terapêutica</b>	
02.02.07.001-8	Dosagem de Ácido Delta-Aminolevulínico	R\$ 2,06
02.02.07.002-6	Dosagem de Ácido Híprico	R\$ 2,23
02.02.07.003-4	Dosagem de Ácido Mandélico	R\$ 3,68
02.02.07.004-2	Dosagem de Ácido Metil-Híprico	R\$ 2,04
02.02.07.005-0	Dosagem de Ácido Valproico	R\$ 15,66
02.02.07.006-9	Dosagem de Ala-Desidratase	R\$ 3,51



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

02.02.07.007-7	Dosagem de Álcool Etilico	R\$ 2,01
02.02.07.008-5	Dosagem de Alumínio	R\$ 27,50
<b>SIGTAP</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR</b>
<b>02.02.07.000-0</b>	<b>Exames Bioquímicos</b>	
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\$ 59,61
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 Etossuimida	R\$ 15,65
02.02.07.022-0	Dosagem de Fentoina	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 Metabolitos 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
02.02.07.033-6	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
<b>02.02.08.000-0</b>	<b>Exames Microbiológicos</b>	
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	Bactenoscopia (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/ Herpesvírus	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 Pneumocystis carinii	R\$ 4,33
02.02.08.018-8	Pesquisa de Bacilo Diferenço	R\$ 2,80
02.02.08.019-6	Pesquisa de Streptococos Beta-Hemolíticos do Grupo A	R\$ 4,33
02.02.08.020-0	Pesquisa de Haemophilus ducreyi	R\$ 2,80
02.02.08.021-8	Pesquisa de Helicobacter pylori	R\$ 4,33
02.02.08.022-6	Pesquisa de Leptospiras	R\$ 2,80





GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

02.02.08.023-4	Pesquisa de <i>Treponema pallidum</i>	R\$ 5,04
02.02.08.024-2	Prova Confirmatória da Presença de Microrganismos Coliformes	R\$ 5,62
<b>02.02.09.000-0</b>	<b>Exames com Outros Líquidos Biológicos</b>	
02.02.09.001-9	Ácido Úrico Líquido no Sinovial e Derrames	R\$ 1,89
02.02.09.002-7	Adenograma	R\$ 5,79
02.02.09.003-5	Citologia P/ Clamídia	R\$ 4,33
02.02.09.004-3	Citologia P/ Herpesvirus	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 - Esfingomiélna no Líquido Amniótico	R\$ 6,56
<b>SIGTAP</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR</b>
<b>02.02.09.000-0</b>	<b>Exames Bioquímicos</b>	
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 Orangófilas	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 Ragoцитos no Líquido Sinovial e Derrames	R\$ 1,89
02.02.09.028-0	Prova de Progressão Espermática (CADA)	R\$ 9,70
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 Gastroacidograma - Secreção Basal por 60 em 4 Amostras	R\$ 4,69
02.02.09.035-3	Teste de Hollander no Suco Gástrico	R\$ 4,69
<b>02.02.10.000-0</b>	<b>Exames de Genética</b>	
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
<b>02.02.12.000-0</b>	<b>Exames Imunohematológicos</b>	
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



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**  
SECRETARIA DE SAÚDE

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
<b>02.11.08.000-0</b>	<b>Gasometria</b>	
02.11.08.002-0	Gasometria	R\$ 2,78
<b>03.01.01.000-0</b>	<b>Laudos e Avaliações dos Procedimentos</b>	
03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (Exceto Médico)	R\$ 6,30

### LOTE 07 – PROCEDIMENTOS DE RADIOGRAFIA COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA

Estão agrupados os procedimentos de RADIOLOGIA com finalidade diagnóstica. Para estes, será contabilizado a cada boleto correspondente a um grupo de procedimento no SIGTAP, conforme o descrito a seguir.

- 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.
- 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. Para tanto, será considerada a quantidade a ser informada no procedimento correspondente a cada 1 ml do contraste, cuja cobrança se fará mediante aprovação de profissional vinculado ao Componente Municipal de Auditoria (CMA) após visita feita na unidade.
- O procedimento *04.17.01.005-2 Anestesia Regional*, quando esta for realizada com anestesia local, condicionado ao ato realizado pelo *profissional médico*, sob os CBOs descritos para a validação do procedimento no SIGTAP, que correspondem ao de Médico Anestesiologista (225151), Médico Cirurgião Geral (225225) ou Médico Cirurgião Pediátrico (225230) registrado no SCNES do referido prestador, quando o procedimento assim necessitar, conforme protocolos operacionais padrão.

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>02.04.01.000-0</b>	<b>Exames Radiológicos da Cabeça e do Pescoço</b>	
02.04.01.003-9	Radiografia Bilateral de Orbitas (PA + Oblíquas + Hirtz)	R\$ 8,38
02.04.01.004-7	Radiografia de Arcada Zigomático-Malar (AP+ Oblíquas)	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 + Oblíqua / 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 + Oblíqua)	R\$ 7,20



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

02.04.01.012-8	Radiografia de Ossos da Face (MN + Lateral + Hirtz)	R\$ 8,38
02.04.01.013-6	Radiografia de Região Orbitária (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 Seta Túrca (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	Sialografia (Por Glândula)	R\$ 48,65
02.04.01.020-9	Telroradiografia com Traçados e sem Traçados	R\$ 6,44
<b>02.04.02.000-0</b>	<b>Exames Radiológicos da Coluna Vertebral</b>	
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 + Oblíquas)	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/ Oblíquas)	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
02.04.02.012-3	Radiografia de Região Sacrococcígeas	R\$ 7,80
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 Estôago	R\$ 19,24
<b>SIGTAP</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR</b>
<b>02.04.03.000-0</b>	<b>Exames Radiológicos do Tórax e Mediastino</b>	
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 (Ápico-Lordótica)	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
<b>02.04.04.000-0</b>	<b>Exames Radiológicos da Cintura Escapular e Membros Superiores</b>	
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
02.04.04.009-4	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
<b>02.04.05.000-0</b>	<b>Exames Radiológicos do Abdômen e Pelve</b>	
02.04.05.001-4	Cístier Opaco C/ Duplo Contraste	R\$ 47,16
02.04.05.002-2	Colangiografia Pré-operatória	R\$ 32,61



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

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 Anterograda 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 do 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\$ 47,58
02.04.05.016-2	Radiografia P/ Estudo do Delgado C/ Duplo Contraste (Enterócise)	R\$ 46,09
02.04.05.017-0	Uretrocistografia	R\$ 52,11
02.04.05.018-9	Urografia Venosa	R\$ 57,40
<b>02.04.06.000-0</b>	<b>Exames Radiológicos da Cintura Pélvica e Membros Inferiores</b>	
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
02.04.06.008-7	Radiografia de Articulação Tibiotarsica	R\$ 8,50
02.04.06.009-5	Radiografia de Bacia	R\$ 7,77
02.04.06.010-9	Radiografia de Calcâneo	R\$ 8,50
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
<b>03.01.01.000-0</b>	<b>Laudos e Avaliações dos Procedimentos</b>	
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R\$ 10,00
<b>SIGTAP</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR</b>
<b>03.01.10.000-0</b>	<b>Administração de Medicamentos – Contraste</b>	
03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (por ml administrado)	R\$ 0,63
<b>04.17.01.000-0</b>	<b>Procedimentos Anestésicos</b>	
04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27

**LOTE 08 – PROCEDIMENTOS DE ULTRASSONOGRAFIA COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA**

Estão agrupados os procedimentos de ULTRASSONOGRAFIA com finalidade diagnóstica. Para estes, será contabilizado a cada boleto correspondente a um grupo de procedimento no SIGTAP, conforme o descrito a seguir.

- 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.



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

- 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. Para tanto, será considerada a quantidade a ser informada no procedimento correspondente a cada 1 ml do contraste, cuja cobrança se fará mediante aprovação de profissional vinculado ao Componente Municipal de Auditoria (CMA) após visita feita na unidade.
- c. O procedimento 04.17.01.006-0 *Sedação*, quando esta for realizada com sedação do paciente, condicionado ao ato realizado pelo *profissional* Médico Anestesiologista (225151), para a validação do procedimento no SIGTAP, registrado no SCNES do referido prestador, quando o procedimento assim necessitar, conforme protocolos operacionais padrão.

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>02.05.01.000-0</b>	<b>Ultrassonografias do Sistema Circulatorio</b>	
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 (por Membro)	R\$ 39,60
02.05.01.004-0	Ultrassonografia Doppler Colorido de Vasos de Membro Inferior (por Membro)	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
<b>02.05.02.000-0</b>	<b>Ultrassonografias dos Demais Sistemas</b>	
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 (por 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 / Órbita (Monocular)	R\$ 24,20
02.05.02.009-7	Ultrassonografia Mamária 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
<b>SIGTAP</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR</b>
<b>02.05.02.000-0</b>	<b>Ultrassonografias dos Demais Sistemas</b>	
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 a Ultrassonografia	R\$ 25,43
<b>03.01.01.000-0</b>	<b>Laudos e Avaliações dos Procedimentos</b>	
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R\$ 10,00
<b>03.01.10.000-0</b>	<b>Administração de Medicamentos – Contraste</b>	



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**  
SECRETARIA DE SAÚDE

03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (por ml administrado)	R\$	0,63
<b>04.17.01.000-0</b>	<b>Procedimentos Anestésicos</b>		
04.17.01.006-0	Sedação	R\$	15,15

**LOTE 09 – PROCEDIMENTOS DE TOMOGRAFIA COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA**

Estão agrupados os procedimentos de TOMOGRAFIA com finalidade diagnóstica. Para estes, será contabilizado a cada boleto correspondente a um grupo de procedimento no SIGTAP, conforme o descrito a seguir.

- 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.
- 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. Para tanto, será considerada a quantidade a ser informada no procedimento correspondente a cada 1 ml do contraste, cuja cobrança se fará mediante aprovação de profissional vinculado ao Componente Municipal de Auditoria (CMA) após visita feita na unidade.
- O procedimento *04.17.01.006-0 Sedação*, quando esta for realizada com sedação do paciente, condicionado ao ato realizado pelo *profissional Médico Anestesiologista (225151)*, para a validação do procedimento no SIGTAP, registrado no SCNES do referido prestador, quando o procedimento assim necessitar, conforme protocolos operacionais padrão.

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>02.06.01.000-0</b>	<b>Tomografia de Cabeça, Pescoço e Coluna Vertebral</b>	
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 Turca	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
<b>02.06.02.000-0</b>	<b>Tomografia de Tórax, Segmentos Apendiculares e Membros Superiores</b>	
02.06.02.001-5	Tomografia Computadorizada de Articulações de Membro Superior (por segmento)	R\$ 86,75
<b>SIGTAP</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR</b>



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

<b>02.06.02.000-0</b>	<b>Tomografia de Tórax, Segmentos Apendiculares e Membros Superiores</b>	
02.06.02.002-3	Tomografia Computadorizada da Coxa (por membro)	R\$ 86,75
02.06.02.002-3	Tomografia Computadorizada do Braço (por membro)	R\$ 86,75
02.06.02.002-3	Tomografia Computadorizada do Antebraço (por membro)	R\$ 86,75
02.06.02.002-3	Tomografia Computadorizada da Mão (por membro)	R\$ 86,75
02.06.02.002-3	Tomografia Computadorizada da Perna (por membro)	R\$ 86,75
02.06.02.002-3	Tomografia Computadorizada do Pé (por membro)	R\$ 86,75
02.06.02.003-1	Tomografia Computadorizada de Tórax	R\$ 136,41
<b>02.06.03.000-0</b>	<b>Tomografia de Pelve, Abdômen e Membros Inferiores</b>	
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 (por membro)	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
<b>03.01.01.000-0</b>	<b>Laudos e Avaliações dos Procedimentos</b>	
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R\$ 10,00
<b>03.01.10.000-0</b>	<b>Administração de Medicamentos – Contraste</b>	
03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (por ml administrado)	R\$ 0,63
<b>04.17.01.000-0</b>	<b>Procedimentos Anestésicos</b>	
04.17.01.006-0	Sedação	R\$ 16,15

**LOTE 10 – PROCEDIMENTOS DE RESSONANCIA MAGNÉTICA  
COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA**

Estão agrupados os procedimentos de RESSONÂNCIA MAGNÉTICA com finalidade diagnóstica. Para estes, será contabilizado a cada boleto correspondente a um grupo de procedimento no SIGTAP, conforme o descrito a seguir.

- 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.
- 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. Para tanto, será considerada a quantidade a ser informada no procedimento correspondente a cada 1 ml do contraste, cuja cobrança se fará mediante aprovação de profissional vinculado ao Componente Municipal de Auditoria (CMA) após visita feita na unidade.
- O procedimento *04.17.01.006-0 Sedação*, quando esta for realizada com sedação do paciente, condicionado ao ato realizado pelo *profissional Médico Anestesiologista (225151)*, para a validação do procedimento no SIGTAP, registrado no SCNES do referido prestador, quando o procedimento assim necessitar, conforme protocolos operacionais padrão.

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
--------	---------------------------	-------



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**  
SECRETARIA DE SAÚDE

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>02.07.01.000-0</b>	<b>Ressonância Magnética da Cabeça, Pescoço e Coluna Vertebral</b>	
02.07.01.001-3	Angiorressonância 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 Turca	R\$ 268,75
<b>02.07.02.000-0</b>	<b>Ressonância Magnética de Tórax e Membros Superiores</b>	
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
<b>02.07.03.000-0</b>	<b>Ressonância Magnética de Pelve, Abdômen e Membros Inferiores</b>	
02.07.03.001-4	Ressonância Magnética de Abdômen Superior	R\$ 268,75
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/Colangiorressonância	R\$ 268,75
<b>03.01.01.000-0</b>	<b>Laudos e Avaliações dos Procedimentos</b>	
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R\$ 10,00
<b>03.01.10.000-0</b>	<b>Administração de Medicamentos – Contraste</b>	
03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (por ml administrado)	R\$ 0,83
<b>04.17.01.000-0</b>	<b>Procedimentos Anestésicos</b>	
04.17.01.006-0	Sedação	R\$ 15,15

**LOTE 11 – PROCEDIMENTOS DE IMAGEM POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO  
COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA**

Estão agrupados os procedimentos de IMAGEM POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO com finalidade diagnóstica. Para estes, será contabilizado a cada boleto correspondente a um grupo de procedimento no SIGTAP, conforme o descrito a seguir.

- 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. Para tanto, será considerada a quantidade a ser informada no procedimento correspondente a cada 1 ml do contraste, cuja cobrança se fará mediante aprovação de profissional vinculado ao Componente Municipal de Auditoria (CMA) após visita feita na unidade.





GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

- c. O procedimento 04.17.01.006-0 Sedação, quando esta for realizada com sedação do paciente, condicionado ao ato realizado pelo *profissional* Médico Anestesiologista (225151), para a validação do procedimento no SIGTAP, registrado no SCNES do referido prestador, quando o procedimento assim necessitar, conforme protocolos operacionais padrão.

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>02.08.01.000-0</b>	<b>Cintilografia do Aparelho Cardiovascular</b>	
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 Perusão em Situação de Estresse (mínimo 3 projeções)	R\$ 408,52
02.08.01.003-3	Cintilografia de Miocárdio P/ Avaliação da Perusão 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
02.08.01.009-2	Determinação de Fluxo Sanguíneo Regional	R\$ 123,93
<b>SIGTAP</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR</b>
<b>02.08.01.000-0</b>	<b>Cintilografia do Aparelho Cardiovascular</b>	
02.08.01.008-4	Cintilografia Sincronizada de Câmaras Cardíacas em Situação de Repouso (Ventriculografia)	R\$ 176,72
<b>02.08.02.000-0</b>	<b>Cintilografia do Aparelho Digestivo</b>	
02.08.02.001-2	Cintilografia de Fígado e Bexiga (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-SÓLIDO)	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\$ 144,66
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
<b>02.08.03.000-0</b>	<b>Cintilografia do Aparelho Endócrino</b>	
02.08.03.001-8	Cintilografia de Paratireóides	R\$ 324,54
02.08.03.002-6	Cintilografia de Tireóide Com Captação	R\$ 77,28
02.08.03.002-6	Cintilografia de Tireóide Sem Captação	R\$ 77,28
02.08.03.003-4	Cintilografia de Tireóide 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
<b>02.08.04.000-0</b>	<b>Cintilografia do Aparelho Geniturinário</b>	
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
<b>02.08.05.000-0</b>	<b>Cintilografia do Aparelho Esquelético</b>	



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

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
<b>02.08.06.000-0</b>	<b>Cintilografia do Aparelho Nervoso</b>	
02.08.06.001-4	Cintilografia de Perfusão Cerebral C/ Talo (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
<b>02.08.07.000-0</b>	<b>Cintilografia do Aparelho Respiratório</b>	
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 (MÍNIMO 2 PROJEÇÕES)	R\$ 126,12
02.08.07.004-4	Cintilografia de Pulmão Por Perfusão (MÍNIMO 4 PROJEÇÕES)	R\$ 130,50
<b>02.08.08.000-0</b>	<b>Cintilografia do Aparelho Hematológico</b>	
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/ RADIOSÓTÓPOS)	R\$ 97,37
02.08.08.003-1	Determinação de Sobrevida de Hemácias (C/ RADIOSÓTÓPOS)	R\$ 54,36
02.08.08.004-0	Linfocintilografia	R\$ 141,33
<b>02.08.09.000-0</b>	<b>Cintilografia de Regiões Específicas do Corpo Humano</b>	
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
<b>03.01.01.000-0</b>	<b>Laudos e Avaliações dos Procedimentos</b>	
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R\$ 10,00
<b>03.01.10.000-0</b>	<b>Administração de Medicamentos – Contraste</b>	
03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (por ml administrado)	R\$ 0,63
<b>04.17.01.000-0</b>	<b>Procedimentos Anestésicos</b>	
04.17.01.008-0	Sedação	R\$ 15,15

**LOTE 12 – PROCEDIMENTOS DE ENDOSCOPIA COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA**

Estão agrupados os procedimentos de ENDOSCOPIA com finalidade diagnóstica. Para estes, será contabilizado a cada boleto correspondente a um grupo de procedimento no SIGTAP, conforme o descrito a seguir.

- 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.
- O procedimento *03.01.04.004-8 Consulta de Profissional de Saúde na Atenção Especializada (Exceto Médico)*, condicionado ao suporte ao paciente no ato do procedimento. Para tanto, cobra-se a presença de profissionais da categoria de CBOs 2235, descritos para a validação do procedimento no SIGTAP, registrado no SCNES do referido prestador. A sua ausência no SCNES não dará direito a cobrança deste procedimento na fatura do serviço.
- O procedimento *04.17.01.005-2 Anestesia Regional*, quando esta for realizada com anestesia local, condicionado ao ato realizado pelo *profissional médico*, sob os CBOs descritos para a validação do procedimento no SIGTAP, que correspondem ao de Médico Anestesiologista (225151), Médico Cirurgião Geral (225225) ou Médico Cirurgião Pediátrico.



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**  
 SECRETARIA DE SAÚDE

(225230) registrado no SCNES do referido prestador, quando o procedimento assim necessitar, conforme protocolos operacionais padrão.

- d. O procedimento 04.17.01.006-0 Sedação, quando esta for realizada com sedação do paciente, condicionado ao ato realizado pelo *profissional* Médico Anestesiologista (225151), para a validação do procedimento no SIGTAP, registrado no SCNES do referido prestador, quando o procedimento assim necessitar, conforme protocolos operacionais padrão.

CÓD	PROCEDIMENTO		VALOR
	SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>E000</b>	<b>Endoscopia do Aparelho Digestivo</b>		
<b>E001</b>	<b>Colonoscopia (Coloscopia) sem Coleta de Material</b>		<b>R\$ 151,86</b>
	02.09.01.002-9	Colonoscopia (Coloscopia)	R\$ 112,66
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada	R\$ 0,63
	03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
<b>E002</b>	<b>Colonoscopia (Coloscopia) com Coleta de Material</b>		<b>R\$ 165,53</b>
	02.09.01.002-9	Colonoscopia (Coloscopia)	R\$ 112,66
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	04.07.02.039-0	Retirada de Corpo Estranho / Pólipos do Reto / Colo Sigmoide (por peça)	R\$ 13,63
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada	R\$ 0,63
	03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
<b>E003</b>	<b>Esofagogastroduodenoscopia (Endoscopia Digestiva Alta) sem Coleta de Material</b>		<b>R\$ 86,73</b>
	02.09.01.003-7	Esofagogastroduodenoscopia	R\$ 48,16
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
<b>E004</b>	<b>Esofagogastroduodenoscopia (Endoscopia Digestiva Alta) com Coleta de Material</b>		<b>R\$ 116,57</b>
	02.09.01.003-7	Esofagogastroduodenoscopia	R\$ 48,16
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	04.07.02.025-4	Retirada de Pólipos do Tubo Digestivo por Endoscopia	R\$ 29,84
	03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
CÓD	PROCEDIMENTO		VALOR
	SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>E000</b>	<b>Endoscopia do Aparelho Digestivo</b>		
<b>E005</b>	<b>Retossigmoidoscopia</b>		<b>R\$ 62,33</b>
	02.09.01.005-3	Retossigmoidoscopia	R\$ 23,13
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada	R\$ 0,63
	03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
<b>E006</b>	<b>Retossigmoidoscopia com Coleta de Material</b>		<b>R\$ 75,96</b>
	02.09.01.005-3	Retossigmoidoscopia	R\$ 23,13
	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
	04.07.02.039-0	Retirada de Corpo Estranho / Pólipos do Reto / Colo Sigmoide (por peça)	R\$ 13,63
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada	R\$ 0,63
	03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**  
SECRETARIA DE SAÚDE

**LOTE 13 – PROCEDIMENTOS DE RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA  
COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA**

Estão agrupados os procedimentos de RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA com finalidade diagnóstica. Para estes, será contabilizado a cada boleto correspondente a um grupo de procedimento no SIGTAP, conforme o descrito a seguir.

- 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. Para tanto, será considerada a quantidade a ser informada no procedimento correspondente a cada 1 ml do contraste, cuja cobrança se fará mediante aprovação de profissional vinculado ao Componente Municipal de Auditoria (CMA) após visita feita na unidade.
- 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 os CBOs descritos para a validação do procedimento no SIGTAP, que correspondem ao de Médico Anestesiologista (225151), Médico Cirurgião Geral (225225) ou Médico Cirurgião Pediátrico (225230) registrado no SCNES do referido prestador, quando o procedimento assim necessitar, conforme protocolos operacionais padrão.
- d. O procedimento *04.17.01.006-0 Sedação*, quando esta for realizada com sedação do paciente, condicionado ao ato realizado pelo *profissional Médico Anestesiologista* (225151), para a validação do procedimento no SIGTAP, registrado no SCNES do referido prestador, quando o procedimento assim necessitar, conforme protocolos operacionais padrão.

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>02.10.01.000-0</b>	<b>Exames Radiológicos de Vasos Sanguíneos e Linfáticos</b>	
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
<b>SIGTAP</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR</b>
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 Aortiliaca e distal	R\$ 504,33
02.10.01.010-0	Arteriografia P/ Investigação de Hemorragia Cerebral	R\$ 504,43



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**  
SECRETARIA DE SAÚDE

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	Limfangiodenografia	R\$ 199,40
02.10.01.020-7	Portografia Transhepática	R\$ 200,01
<b>02.10.02.000-0</b>	<b>Exames Radiológicos das Vias Biliares</b>	
02.10.02.001-6	Colangiografia Transcutânea	R\$ 45,34
<b>03.01.01.000-0</b>	<b>Laudos e Avaliações dos Procedimentos</b>	
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R\$ 10,00
<b>03.01.10.000-0</b>	<b>Administração de Medicamentos – Contraste</b>	
03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada (por mi administrado)	R\$ 0,83
<b>04.17.01.000-0</b>	<b>Procedimentos Anestésicos</b>	
04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
04.17.01.006-0	Sedação	R\$ 15,15

**LOTE 14 – PROCEDIMENTOS DE CARDIOLOGIA COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA**

Estão agrupados os procedimentos de CARDIOLOGIA com finalidade diagnóstica. Para estes, será contabilizado a cada boleto correspondente a um grupo de procedimento no SIGTAP, conforme o descrito a seguir.

- 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.
- O procedimento *03.01.04.004-8 Consulta de Profissional de Saúde na Atenção Especializada (Exceto Médico)*, condicionado ao suporte ao paciente no ato do procedimento. Para tanto, cobra-se a presença de profissionais da categoria de CBOs 2235, descritos para a validação do procedimento no SIGTAP, registrado no SCNES do referido prestador. A sua ausência no SCNES não dará direito a cobrança deste procedimento na fatura do serviço.
- No que compete ao Monitoramento Ambulatorial da Pressão Arterial (M.A.P.A.) o procedimento que o corresponde (02.11.02.005-2) será cobrado por hora de uso do equipamento, que corresponde a 3 (três) aferições. Para tanto, a cobrança será acatada após comprovação feita por auditoria sob o procedimento. O valor informado é o mínimo cobrado.
- No que compete ao Monitoramento pelo Sistema Holter 24h o procedimento que o corresponde (02.11.02.004-4) será cobrado por ciclo de uso do equipamento, adotando a faixa de 3 (três) horas do dia, a destacar: 00h às 03h00; 03h00 às 06h00; 06h00 às 09h00; 09h00 às 12h00; 12h00 às 15h00; 15h00 às 18h00; 18h00 às 21h00; e das 21h00 às 24h00. Ao



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

- todo, soma-se a cobrança máxima de 08 (oito) ciclos. A cobrança será acatada após comprovação em auditoria. O valor informado é o mínimo cobrado.
- e. No que compete ao Teste Ergométrico / Teste de Esforço o procedimento que o corresponde (02.11.02.006-0) será cobrado por fase. Considera-se 03 (três) fases: Repouso; Pequeno Esforço e Grande Esforço. Para tanto, a cobrança será acatada após comprovação feita por auditoria sob o procedimento. O valor informado é o mínimo cobrado.

CÓD	PROCEDIMENTO		VALOR
	SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>C000</b>	<b>Diagnóstico em Cardiologia</b>		
<b>C001</b>	<b>Eletrocardiograma</b>		<b>R\$ 21,45</b>
	02.11.02.003-6	Eletrocardiograma	R\$ 5,15
	03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
<b>C002</b>	<b>Monitoramento pelo Sistema Holter 24h</b>		<b>R\$ 40,00</b>
	02.11.02.004-4	Monitoramento Pelo Sistema Holter 24 HS (3 Canais) (por ciclo)	R\$ 30,00
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
<b>C003</b>	<b>Monitoramento Ambulatorial da Pressão Arterial (M.A.P.A.)</b>		<b>R\$ 20,07</b>
	02.11.02.005-2	Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial (M.A.P.A.) (por hora)	R\$ 10,07
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
<b>C004</b>	<b>Teste de Esforço / Teste Ergométrico</b>		<b>R\$ 211,30</b>
	02.11.02.006-0	Teste de Esforço / Teste Ergométrico (por fase)	R\$ 30,00
	02.05.01.001-6	Ecocardiografia de Estresse	R\$ 165,00
	03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
<b>C005</b>	<b> Avaliação Cardíaca</b>		<b>R\$ 89,31</b>
	02.11.02.003-6	Eletrocardiograma	R\$ 5,15
	02.05.01.003-2	Ecocardiografia Transtorácica	R\$ 67,86
	03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00

**LOTE 15 – PROCEDIMENTOS DE NEUROLOGIA COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA**

Estão agrupados os procedimentos de NEUROLOGIA com finalidade diagnóstica. Para estes, será contabilizado a cada boleto correspondente a um grupo de procedimento no SIGTAP, conforme o descrito a seguir.

- 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 *03.01.04.004-8 Consulta de Profissional de Saúde na Atenção Especializada (Exceto Médico)*, condicionado ao suporte ao paciente no ato do procedimento. Para tanto, cobra-se a presença de profissionais da categoria de CBOs 2235, descritos para a



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

- validação do procedimento no SIGTAP, registrado no SCNES do referido prestador. A sua ausência no SCNES não dará direito a cobrança deste procedimento na fatura do serviço.
- c. No que compete aos procedimentos deste lote, o Procedimento Principal registrado sob o código organizacional de 02.11.05, a cobrança se fará a cada 10min de sua realização. Para tanto, deve-se registrar o início e o fim deste. A constatação da quantidade a ser cobrada na fatura será determinada em auditoria do procedimento. O valor apresentado na tabela corresponde ao mínimo a ser cobrado a cada 10 min de procedimento realizado.
- d. O procedimento 04.17.01.006-0 Sedação, quando esta for realizada com sedação do paciente, condicionado ao ato realizado pelo *profissional* Médico Anestesiologista (225151).

CÓD	PROCEDIMENTO		VALOR
	SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>F000</b>	<b>Diagnóstico em Neurologia</b>		
<b>F001</b>	<b>Eletroencefalografia em Vigília sem Fotoestímulo</b>		<b>R\$ 27,64</b>
	02.11.05.002-4	Eletroencefalografia em Vigília sem Fotoestímulo (a cada 10min)	R\$ 11,34
	03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
<b>F002</b>	<b>Eletroencefalografia em Vigília com Fotoestímulo</b>		<b>R\$ 28,27</b>
	02.11.05.002-4	Eletroencefalografia em Vigília com Fotoestímulo (a cada 10min)	R\$ 11,34
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
	03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
<b>F003</b>	<b>Eletroencefalograma em Sono Induzido sem Medicamento</b>		<b>R\$ 41,30</b>
	02.11.05.003-2	Eletroencefalograma em Sono Induzido sem Medicamento (EEG) (a cada 10min)	R\$ 25,00
	03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
<b>F004</b>	<b>Eletroencefalografia em Vigília e Sono Espontâneo sem Fotoestímulo</b>		<b>R\$ 58,45</b>
	02.11.05.004-0	Eletroencefalograma em Vigília e Sono Espontâneo sem Fotoestímulo (EEG) (a cada 10min)	R\$ 25,00
	03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
	04.17.01.006-0	Sedação	R\$ 15,15
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
<b>F005</b>	<b>Eletroencefalograma em Sono Induzido com Medicamento</b>		<b>R\$ 57,08</b>
	02.11.05.003-2	Eletroencefalograma em Sono Induzido com Medicamento (EEG) (a cada 10min)	R\$ 25,00
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
	04.17.01.006-0	Sedação	R\$ 15,15
	03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
<b>F006</b>	<b>Eletroencefalografia em Vigília e Sono Espontâneo com Fotoestímulo</b>		<b>R\$ 50,78</b>
	02.11.05.004-0	Eletroencefalograma em Vigília e Sono Espontâneo com Fotoestímulo (EEG) (a cada 10min)	R\$ 25,00
	03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada.	R\$ 0,63
	04.17.01.006-0	Sedação	R\$ 15,15
	03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
<b>F007</b>	<b>Eletroencefalograma Quantitativo com Mapeamento (EEG)</b>		<b>R\$ 41,30</b>
	02.11.05.005-9	Eletroencefalograma Quantitativo com Mapeamento (EEG) (a cada 10min)	R\$ 25,00
	03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
	03.01.01.007-2	Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

<b>F008</b>	<b>Eletromiograma (EMG)</b>	<b>R\$ 43,30</b>
	02.11.05.006-7 Eletromiograma (EMG) (a cada 10min)	R\$ 27,00
	03.01.01.004-8 Consulta de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
	03.01.01.007-2 Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
<b>F009</b>	<b>Eletromiograma com Estudo de Fibra Única</b>	<b>R\$ 43,93</b>
	02.11.05.007-5 Eletromiograma com Estudo de Fibra Única (a cada 10min)	R\$ 27,00
	03.01.10.001-2 Administração de Medicamentos na Atenção Especializada	R\$ 0,63
	03.01.01.004-8 Consulta de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
	03.01.01.007-2 Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
<b>F010</b>	<b>Eletroneuromiograma (ENMG)</b>	<b>R\$ 44,07</b>
	02.11.05.008-3 Eletroneuromiograma (ENMG) (a cada 10min)	R\$ 27,00
	03.09.05.003-0 Sessão de Eletroestimulação	R\$ 0,77
	03.01.01.004-8 Consulta de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
	03.01.01.007-2 Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00
<b>F011</b>	<b>Video-Eletroencefalograma com Registro Prolongado</b>	<b>R\$ 58,30</b>
	02.11.05.015-8 Video-Eletroencefalograma com Registro Prolongado (a cada 10min)	R\$ 27,00
	03.01.01.004-8 Consulta de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
	02.11.05.006-9 Eletroencefalograma Quantitativo com Mapeamento (EEG)	R\$ 25,00
	03.01.01.007-2 Consulta Médica na Atenção Especializada (Emissão de Laudo)	R\$ 10,00





GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

**LOTE 16 – PROCEDIMENTOS DE GINECOLOGIA COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA**

Estão agrupados os procedimentos de GINECOLOGIA com finalidade diagnóstica. Para estes, será contabilizado a cada boleto correspondente a um grupo de procedimento no SIGTAP, conforme o descrito a seguir.

- 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.
- O procedimento *03.01.04.004-8 Consulta de Profissional de Saúde na Atenção Especializada (Exceto Médico)*, condicionado ao suporte ao paciente no ato do procedimento. Para tanto, cobra-se a presença de profissionais da categoria de CBOs 2235, descritos para a validação do procedimento no SIGTAP, registrado no SCNES do referido prestador. A sua ausência no SCNES não dará direito a cobrança deste procedimento na fatura do serviço.
- No que compete aos procedimentos deste lote, o Procedimento Principal registrado sob o código organizacional de 02.11.05, a cobrança se fará a cada 10min de sua realização. Para tanto, deve-se registrar o início e o fim deste. A constatação da quantidade a ser cobrada na fatura será determinada em auditoria do procedimento. O valor apresentado na tabela corresponde ao mínimo a ser cobrado a cada 10 min de procedimento realizado.
- O procedimento *04.17.01.006-0 Sedação*, quando esta for realizada com sedação do paciente, condicionado ao ato realizado pelo *profissional Médico Anestesiologista (225151)*, para a validação do procedimento no SIGTAP, registrado no SCNES do referido prestador, quando o procedimento assim necessitar, conforme protocolos operacionais padrão.

CÓD	PROCEDIMENTO		VALOR
	SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>E000</b>	<b>Diagnóstico em Ginecologia e Obstetria</b>		
<b>E001</b>	<b>Colposcopia</b>		<b>R\$ 16,18</b>
	02.11.04.002-9	Colposcopia	R\$ 3,38
	03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
	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
<b>E002</b>	<b>Histeroscopia</b>		<b>R\$ 35,00</b>
	02.11.04.004-5	Histeroscopia (Diagnostica)	R\$ 25,00
	03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
	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
<b>E003</b>	<b>Histeroscopia Cirúrgica</b>		<b>R\$ 35,00</b>
	02.11.04.004-5	Histeroscopia (Diagnostica)	R\$ 25,00
	02.09.03.001-1	Histeroscopia Cirúrgica	R\$ 76,50
	03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
	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



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**  
SECRETARIA DE SAÚDE

**LOTE 17 – PROCEDIMENTOS DE OFTALMOLOGIA COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA**

Estão agrupados os procedimentos de OFTALMOLOGIA com finalidade diagnóstica. Para estes, será contabilizado a cada boleto correspondente a um grupo de procedimento no SIGTAP, conforme o descrito a seguir.

- 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 *03.01.04.004-8 Consulta de Profissional de Saúde na Atenção Especializada (Exceto Médico)*, condicionado ao suporte ao paciente no ato do procedimento. Para tanto, cobra-se a presença de profissionais da categoria de CBOs 2235, descritos para a validação do procedimento no SIGTAP, registrado no SCNES do referido prestador.

CÓD	PROCEDIMENTO		VALOR
	SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>O000</b>	<b>Diagnóstico em Oftalmologia</b>		
<b>O001</b>	<b>Tomografia de Coerência Ótica</b>		<b>R\$ 98,56</b>
	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
<b>O002</b>	<b>Biometria Ultrassônica e Ótica</b>		<b>R\$ 73,22</b>
	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
	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
<b>O003</b>	<b>Avaliação Eletrofisiológica</b>		<b>R\$ 156,70</b>
	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	Eletroretinografia (ERG) (OD)	R\$ 24,24
	02.11.06.008-9	Eletroretinografia (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



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

	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
<b>0004</b>	<b>Retinografia Fluorescente Binocular</b>		<b>R\$ 108,96</b>
	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
<b>CÓD</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>		<b>VALOR</b>
	SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>0000</b>	<b>Diagnóstico em Oftalmologia</b>		
<b>0005</b>	<b>Retinografia Colorida Binocular</b>		<b>R\$ 69,64</b>
	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
<b>0006</b>	<b>Biomicroscopia de Fundo de Olho</b>		<b>R\$ 69,64</b>
	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
<b>0007</b>	<b>Mapeamento de Retina</b>		<b>R\$ 105,78</b>
	02.11.06.023-2	Teste Ortóptico	R\$ 12,34
	02.11.06.012-7	Mapeamento de Retina (OD)	R\$ 24,24



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

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



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

CÓD	PROCEDIMENTO		VALOR
	SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>0000</b>	<b>Diagnóstico em Oftalmologia</b>		
<b>0008</b>	<b>Topografia Computadorizada de Córnea</b>		<b>R\$ 89,42</b>
	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
<b>0009</b>	<b>Microscopia Especular de Córnea</b>		<b>R\$ 113,66</b>
	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
<b>0010</b>	<b>Avaliação / Reavaliação de Glaucoma</b>		<b>R\$ 105,18</b>
	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
	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



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

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



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**  
 SECRETARIA DE SAÚDE

CÓD	PROCEDIMENTO		VALOR
	SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
0000	<b>Diagnóstico em Oftalmologia</b>		
0011	<b>Curva Diária de Pressão Ocular (CDPO)</b>		<b>R\$ 85,40</b>
	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

**LOTE 18 – PROCEDIMENTOS DE OTORRINOLARINGOLOGIA E FONOAUDIOLOGIA  
 COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA**

Estão agrupados os procedimentos de OTORRINOLARINGOLOGIA e FONOAUDIOLOGIA com finalidade diagnóstica. Para estes, será contabilizado a cada boleto correspondente a um grupo de procedimento no SIGTAP, conforme o descrito a seguir.

- 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.
- O procedimento *03.01.04.004-8 Consulta de Profissional de Saúde na Atenção Especializada (Exceto Médico)*, condicionado ao suporte ao paciente no ato do procedimento. Para tanto, cobra-se a presença de profissionais da categoria de CBOs 2238, descritos para a validação do procedimento no SIGTAP, registrado no SCNES do referido prestador.
- O valor correspondente as consultas serão acrescidas ao apresentado considerando o profissional que realizou o procedimento, cujo valor pode ser R\$ 6,30 ou R\$ 10,00, conforme as regras da Tabela SIGTAP.

CÓD	PROCEDIMENTO		VALOR
	SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
H000	<b>Diagnóstico em Fonoaudiologia</b>		



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

H001	Audiometria Tonal e de Reforço Visual		R\$ 72,52
	02.11.07.002-5	Audiometria de Reforço Visual (Via Aérea / Óssea)	R\$ 21,00
	02.11.07.004-1	Audiometria Tonal Limiar (Via Aérea / Óssea)	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 / Otoneuroológicos	R\$ 12,12
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30

R





GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

CÓD	PROCEDIMENTO		VALOR
	SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>H000</b>	<b>Diagnóstico em Fonoaudiologia</b>		
<b>H002</b>	<b>Audiometria em Campo Livre</b>		<b>R\$ 50,65</b>
	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 / Otoncológicos	R\$ 12,12
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
<b>H003</b>	<b>Imitanciometria</b>		<b>R\$ 68,43</b>
	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 / Otoncológicos	R\$ 12,12
	03.01.01.004-8	Laudo de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30
<b>H004</b>	<b>Avaliação p/ Diagnóstico de Deficiência Auditiva</b>		<b>R\$ 110,69</b>
	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 / Otoncológicos	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
<b>H005</b>	<b>Reavaliação p/ Diagnóstico de Deficiência Auditiva em maiores de 03 anos</b>		<b>R\$ 57,13</b>
	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 / Otoncológicos	R\$ 12,12
	02.11.05.011-3	Potencial Evocado Auditivo	R\$ 4,06
	02.11.07.029-7	Reavaliação Diagnostica 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
<b>H006</b>	<b>Reavaliação p/ Diagnóstico de Deficiência Auditiva em menores de 03 anos</b>		<b>R\$ 78,94</b>
	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 / Otoncológicos	R\$ 12,12
	02.11.05.011-3	Potencial Evocado Auditivo	R\$ 4,06
	02.11.07.030-0	Reavaliação Diagnostica 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
<b>H007</b>	<b>Perícia Fonoaudiológica</b>		<b>R\$ 42,07</b>
	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 do 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



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

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 / Otoncológicos	R\$ 12,12
03.01.01.004-8	Laudos de Profissionais de Nível Superior (Exceto Médico)	R\$ 6,30



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

CÓD	PROCEDIMENTO		VALOR
	SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
H000	<b>Diagnóstico em Fonoaudiologia</b>		
H008	<b>Potencial Evocado Auditivo</b>		<b>R\$ 90,91</b>
	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
H009	<b>Potencial Evocado Eletricamente no Sistema Auditivo</b>		<b>R\$ 124,28</b>
	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
H010	<b>Estudo de Emissões Otoacústicas Evocadas Transitórias (EOA)</b>		<b>R\$ 95,71</b>
	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	<b>Estudo Topodiagnóstico da Paralisia Facial</b>		<b>R\$ 37,99</b>
	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	<b>Logaudiometria</b>		<b>R\$ 62,21</b>
	02.11.07.021-1	Logaudiometria (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	<b>Mapeamento e Balanceamento dos Eletrodos</b>		<b>R\$ 73,48</b>
	02.11.07.036-6	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	<b>Reflexo Estapediano Eliciado Eletricamente</b>		<b>R\$ 85,57</b>
	02.11.07.040-8	Reflexo Estapediano Eliciado Eletricamente	R\$ 46,00
	02.11.07.032-7	Testes Acumétricos (Diapasão)	R\$ 1,37



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

02.11.07.033-5	Testes Auditivos Supralminares	R\$	1,37
02.11.07.034-3	Testes de Processamento Auditivo	R\$	9,36
02.11.07.028-9	Prova de Função Tubaria	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

R



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

CÓD	PROCEDIMENTO		VALOR
	SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
H000	<b>Diagnóstico em Fonoaudiologia</b>		
H015	<b>Avaliação e Seleção Pré-cirúrgica Para Implante Coclear</b>		<b>R\$ 81,88</b>
	02.11.07.037-8	Avaliação e Seleção Pré-cirúrgica Para Implante Coclear	R\$ 45,56
	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
H016	<b>Avaliação e Seleção Pré-cirúrgica para Prótese Auditiva Ancorada no Osso</b>		<b>R\$ 86,03</b>
	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
	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	<b>Seleção e Verificação de Benefício do AASI</b>		<b>R\$ 48,32</b>
	02.11.07.031-9	Seleção e Verificação de Benefício do AASI	R\$ 8,75
	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

**LOTE 19 – PROCEDIMENTOS DE PNEUMOLOGIA COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA**

Estão agrupados os procedimentos de PNEUMOLOGIA com finalidade diagnóstica. Para estes, será contabilizado a cada boleto correspondente a um grupo de procedimento no SIGTAP, conforme o descrito a seguir.

- 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.
- O procedimento *03.01.04.004-8 Consulta de Profissional de Saúde na Atenção Especializada (Exceto Médico)*, condicionado ao suporte ao paciente no ato do procedimento. Para tanto, cobra-se a presença de profissionais da categoria de CBOs 2238, descritos para a validação do procedimento no SIGTAP, registrado no SCNES do referido prestador.

CÓD	PROCEDIMENTO		VALOR
	SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
J000	<b>Diagnóstico em Pneumologia</b>		
J001	<b>Avaliação da Condição Pulmonar</b>		<b>R\$ 30,24</b>



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**  
SECRETARIA DE SAÚDE

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

**LOTE 20 – PROCEDIMENTOS DE FISIOTERAPIA**

Estão agrupados os procedimentos de FISIOTERAPIA. Para estes, será contabilizado a cada boleto correspondente a um grupo de procedimento no SIGTAP, conforme o descrito a seguir.

- O procedimento *03.01.04.004-8 Consulta de Profissional de Saúde na Atenção Especializada (Exceto Médico)*, condicionado ao suporte ao paciente no ato do procedimento. Para tanto, cobra-se a presença de profissionais da categoria de CBOs 2236, descritos para a validação do procedimento no SIGTAP, registrado no SCNES do referido prestador.
- A avaliação cinético funcional é acrescida aos procedimentos fisioterápicos quando são realizados, por sessão. A comprovação para aprovar a cobrança se fará mediante avaliação de auditoria do procedimento no local de realização, em prontuário de paciente.

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



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**  
 SECRETARIA DE SAÚDE

03.02.04.002-1	Atendimento Fisioterapêutico em Paciente com Transtorno Respiratório Sem Complicações Sistêmicas (por sessão)	R\$	4,67
03.02.04.003-0	Atendimento Fisioterapêutico em Paciente Com Transtorno Clínico Cardiovascular (por sessão)	R\$	4,67
03.02.04.004-8	Atendimento Fisioterapêutico em Paciente Pré/Pós Cirurgia Cardiovascular (por sessão)	R\$	6,35
03.02.04.005-8	Atendimento Fisioterapêutico nas Distúrbios Vasculares Periféricas (por sessão)	R\$	4,67
<b>CÓD</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR</b>	
	SIGTAP      DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR	
<b>D001</b>	<b>Avaliação Cinético Funcional</b>	<b>R\$</b>	<b>13,86</b>
	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
<b>CÓD</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR</b>	
	SIGTAP      DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR	
<b>D002</b>	<b>Avaliação Cinético Funcional</b>	<b>R\$</b>	<b>26,30</b>
	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
<b>SIGTAP</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR</b>	
<b>03.02.01.000-0</b>	<b>Assistência Fisioterapêutica em alterações obstétricas, neonatais e uroginecológicas</b>		
03.02.01.001-7	Atendimento Fisioterapêutico em Paciente no Pré/Pós Cirurgias Uroginecológicas (por sessão)	R\$	6,35
03.02.01.002-5	Atendimento Fisioterapêutico em Pacientes c/ Distúrbios Uroginecológicos (por sessão)	R\$	4,67
<b>03.02.07.000-0</b>	<b>Assistência Fisioterapêutica em queimados</b>		
03.02.07.001-0	Atendimento Fisioterapêutico em Paciente Médio Queimado (por sessão)	R\$	4,67
03.02.07.003-6	Atendimento Fisioterapêutico em Paciente com Sequelas por Queimaduras (Médio e Grande Queimados) (por sessão)	R\$	4,67
<b>03.01.01.000-0</b>	<b>Laudos e Avaliações dos Procedimentos</b>		
03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (Exceto Médico) (por plano terapêutico cobra-se a primeira e a última consulta)	R\$	6,30

**LOTE 21 – PROCEDIMENTOS DE REABILITAÇÃO NEUROPSICOMOTORA**

Estão agrupados os procedimentos de REABILITAÇÃO NEUROPSICOMOTORA. Para estes, será contabilizado a cada boleto correspondente a um grupo de procedimento no SIGTAP, conforme o descrito a seguir. Para a aprovação dos procedimentos devem ser atentadas as regras de validação dispostas no SIGTAP e comprovadas no SCNES da proponente. Os procedimentos listados serão cobrados em pacote, considerando o que foi realizado no processo de acompanhamento do paciente, mediante as sessões informadas, a partir de auditoria de prontuário do paciente. Neste caso, para o lote, a proponente irá listar quais os procedimentos são possíveis de serem realizados em seu estabelecimento, onde o faturamento será constatado a partir do que



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**  
SECRETARIA DE SAÚDE

registrado como informado no ato de acompanhamento do paciente na unidade, conforme a especialidade clínica presente no SCNES desta unidade.

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>03.01.01.000-0</b>	<b>Avaliação Clínica e Aconselhamento Genético</b>	
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
<b>03.01.05.000-0</b>	<b>Acompanhamentos de Pacientes em Domicílio</b>	
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
<b>03.01.07.000-0</b>	<b>Acompanhamento Multiprofissional a Paciente com Necessidades Especiais</b>	
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
03.01.07.008-7	Atendimento / Acompanhamento em Reabilitação nas Múltiplas Deficiências	R\$ 7,71
<b>SIGTAP</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR</b>
<b>03.01.07.000-0</b>	<b>Acompanhamento Fisioterápico</b>	
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
03.01.01.004-8	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\$ 17,56
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
<b>03.01.07.000-0</b>	<b>Acompanhamento Fonoaudiológico</b>	
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
<b>03.01.07.000-0</b>	<b>Acompanhamento de Próteses Auditivas</b>	
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





GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

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
<b>03.01.06.000-0</b>	<b>Atendimentos de Urgência de Clínica Médica e/ou Psiquiátrica</b>	
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
<b>03.01.04.000-0</b>	<b>Avaliações e Terapias Psicológicas</b>	
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\$ 2,61
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
<b>03.01.11.000-0</b>	<b>Acompanhamento de Queimados</b>	
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
<b>03.01.13.000-0</b>	<b>Acompanhamento de Cardiopatas</b>	
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
<b>03.01.13.000-0</b>	<b>Acompanhamento de Portadores de Doenças Renais Crônicas</b>	
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
<b>03.01.12.000-0</b>	<b>Acompanhamento de Portadores de Doenças Endócrinas e Metabólicas</b>	
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
<b>SIGTAP</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR</b>
<b>03.01.12.000-0</b>	<b>Acompanhamento de Portadores de Doenças Endócrinas e Metabólicas</b>	
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
<b>03.09.05.000-0</b>	<b>Práticas Integrativas Complementares</b>	
03.09.05.001-4	Sessão de Acupuntura Aplicação de Ventosas / Moxa	R\$ 3,67
03.09.05.002-2	Sessão de Acupuntura Com Injeção de Agulhas	R\$ 4,13

LOTE 22 – PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

Para a aprovação dos procedimentos devem ser atentadas as regras de validação dispostas no SIGTAP e comprovadas no SCNES da proponente. Os procedimentos listados serão cobrados em pacote, considerando o que foi realizado no atendimento do paciente, mediante as sessões informadas, a partir de auditoria de prontuário do paciente. Neste caso, para o lote, a proponente irá listar quais os procedimentos são possíveis de serem realizados em seu estabelecimento, onde o faturamento será constatado a partir do que registrado como informado no ato de acompanhamento do paciente na unidade, conforme a especialidade clínica presente no SCNES desta unidade. O valor apresentado é o mínimo a ser cobrado sobre o procedimento pactuado. Deve-se considerar na apresentação da proposta os procedimentos secundários que correspondem ao pacote que configura o procedimento principal listado.

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>03.03.09.000-0</b>	<b>Tratamentos Clínicos Ambulatoriais em Ortopedia e Traumatologia</b>	
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
03.03.09.008-0	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
<b>03.03.05.000-0</b>	<b>Tratamentos Clínicos Ambulatoriais em Oftalmologia</b>	
03.03.05.002-0	Exercícios Orfóptico	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\$ 52,32
03.03.05.008-0	Tratamento Oftalmológico de Paciente C/ Glaucoma Monocular (3ª LINHA)	R\$ 85,33



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>03.03.05.000-0</b>	<b>Tratamentos Clínicos Ambulatoriais em Oftalmologia</b>	
03.03.05.005-8	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
03.03.05.017-9	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
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
<b>03.07.02.000-0</b>	<b>Tratamentos Clínicos Ambulatoriais em Odontologia</b>	
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
<b>03.03.08.000-0</b>	<b>Tratamentos Clínicos Ambulatoriais em Dermatologia</b>	
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	Estofação 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
<b>03.05.01.000-0</b>	<b>Tratamentos Clínicos Ambulatoriais em Nefrologia</b>	
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	Hemodálise (Máximo 1 Sessão por Semana – Excepcionalidade)	R\$ 194,20
03.05.01.010-7	Hemodálise (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



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

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
<b>03.09.03.000-0</b>	<b>Tratamentos Clínicos Ambulatoriais em Urologia</b>	
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
<b>SIGTAP</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR</b>
<b>03.09.03.000-0</b>	<b>Tratamentos Clínicos Ambulatoriais em Urologia</b>	
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
03.09.03.012-9	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
<b>03.09.05.000-0</b>	<b>Tratamento Clínico Ginecológico</b>	
03.09.03.004-8	Criocauterização / Eletrocoagulação de Colo de Útero	R\$ 11,26
03.09.03.015-3	Pneumotomografia / Desobstrução Tubária (Por Tratamento Completo)	R\$ 11,26
<b>03.09.07.000-0</b>	<b>Tratamentos Clínicos Ambulatoriais em Angiologia</b>	
03.09.07.001-5	Tratamento Esclerosante não Estético de Varizes dos Membros inferiores (Unilateral)	R\$ 300,78
03.09.07.002-3	Tratamento Esclerosante não Estético de Varizes dos Membros inferiores (Bilateral)	R\$ 392,62

**LOTE 23 – PROCEDIMENTOS CIRURGICOS AMBULATORIAIS**

Os procedimentos listados serão cobrados em pacote, considerando o que foi realizado no ATO DA CIRURGIA (consulta, gasto com medicação, gasto com profissional, procedimentos realizados), a partir de auditoria de prontuário do paciente. Os valores desses procedimentos secundários seguem a referência do que já foi apresentado neste Anexo. Neste caso, para o lote, a proponente irá listar quais os procedimentos são possíveis de serem realizados em seu estabelecimento, onde o faturamento será constatado a partir do que registrado como informado no ato de acompanhamento do paciente na unidade, conforme a especialidade clínica presente no SCNES desta unidade. O valor apresentado é o mínimo a ser cobrado sobre o procedimento pactuado. Deve-se considerar na apresentação da proposta os procedimentos secundários que correspondem ao pacote que configura o procedimento principal listado.

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>04.01.00.000-0</b>	<b>Pequenas Cirurgias</b>	
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	Exissão 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\$ 56,86



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

<b>SIGTAP</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR</b>
<b>04.04.01.000-0</b>	<b>Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos das Vias Aéreas Superiores e Pescoço</b>	
04.04.01.007-5	Drenagem de Furúnculo No Conduto Auditivo Externo	R\$ 14,66
04.04.01.009-1	Ducha de Politzer (Unil / 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 Timpano	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 Unil / 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\$ 36,96
04.04.01.044-0	Antrostomia de Maxila Intranasal	R\$ 44,34
<b>04.04.02.000-0</b>	<b>Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Odontológicos</b>	
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
<b>04.04.02.000-0</b>	<b>Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Odontológicos</b>	
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
<b>04.05.00.000-0</b>	<b>Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Oftalmológicos</b>	
04.05.01.001-0	Correção Cirúrgica de Entropio e Ectropio	R\$ 203,74
04.05.01.002-8	Correção Cirúrgica de Epicanto e Telecanto	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
04.05.01.005-2	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 Tarsorrhafia	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
04.05.01.020-8	Punctoplastia	R\$ 19,14
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 Intravítrea	R\$ 82,28
04.05.03.007-0	Retinopexia c/ Introfexão Escleral	R\$ 1.074,86
04.05.03.009-8	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 Miase 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



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

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\$ 262,06
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 / Perbulbar	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	Capsulectomia a Yag Laser	R\$ 78,75
04.05.05.003-8	Cauterização de Córnea	R\$ 19,14
04.05.05.004-6	Ciclococoagulação / Diatermia	R\$ 587,51
04.05.05.005-4	Ciclodíálise	R\$ 453,41
04.05.05.008-2	Correção de Astigmatismo Secundário	R\$ 19,14
04.05.05.007-0	Correção Cirúrgica de Hemia de Íris	R\$ 259,20
04.05.05.008-9	Exérese de Tumor de Conjuntiva	R\$ 82,28
04.05.05.009-7	Facectomia c/ Implante de Lente Intraocular	R\$ 531,80
04.05.05.010-0	Facectomia s/ Implante de Lente Intraocular	R\$ 483,00
04.05.05.011-9	Facoemulsificação c/ Implante de Lente Intraocular Rígida	R\$ 651,80
04.05.05.012-7	Fototrabequoplastia a Laser	R\$ 45,00
<b>SIGTAP</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR</b>
<b>04.05.00.000-0</b>	<b>Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Oftalmológicos</b>	
04.05.05.014-3	Implante Intraestromal	R\$ 902,96
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
04.05.05.022-4	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
04.05.05.025-7	Sinequiolise 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\$ 771,80
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
<b>04.06.02.000-0</b>	<b>Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Vasculares</b>	
04.06.02.013-2	Excisão e Sutura de Hemangioma	R\$ 29,86
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
04.06.02.052-0	Retirada de Cateter de Longa Permanência Semi ou Totalmente Implantável	R\$ 20,74
<b>04.07.00.000-0</b>	<b>Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Gastroenterológicos</b>	



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

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 Prundo 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
<b>04.09.00.000-0</b>	<b>Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Urológicos</b>	
04.09.01.010-3	Colocação Percutânea de Cateter Pielô-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
<b>04.09.00.000-0</b>	<b>Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Ginecológicos</b>	
04.09.06.006-2	Dilatação de Colo do Útero	R\$ 22,62
04.09.06.008-9	Excisão Tipo I do Colo Uterino	R\$ 45,24
04.09.06.009-7	Exérese de Pólipos de Útero	R\$ 22,62
04.09.06.030-5	Excisão Tipo 2 do Colo Uterino	R\$ 45,24
<b>SIGTAP</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR</b>
<b>04.09.00.000-0</b>	<b>Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Ginecológicos</b>	
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
04.09.07.017-3	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 Episiorrafa Pós-parto	R\$ 11,28
<b>04.09.00.000-0</b>	<b>Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Andrológicos</b>	
04.09.04.002-9	Drenagem de Abscesso do Epididimo 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	Liberção / Plastia de Prepúcio	R\$ 13,54
04.09.05.008-3	Postectomia	R\$ 219,12
<b>04.10.01.000-0</b>	<b>Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Mastológicos</b>	
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



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

04.10.01.010-3	Reversão de Mamilos Invertidos	R\$ 31,28
<b>04.12.00.000-0</b>	<b>Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Torácicos</b>	
04.12.01.006-2	Punção de Traqueia C/ Aspiração	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
<b>04.13.00.000-0</b>	<b>Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Reparadores</b>	
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 / Cavitaras Por Cateterismo	R\$ 73,15
<b>04.18.00.000-0</b>	<b>Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos Nefrológicos</b>	
04.18.01.001-3	Confeção de Fistula Arteriovenosa C/ Enxertia de Politetrafluoretileno (PTFE)	R\$ 1.453,85
04.18.01.002-1	Confeção de Fistula Arteriovenosa C/ Enxerto Autólogo	R\$ 685,53
04.18.01.003-0	Confeção de Fistula Arteriovenosa P/ Hemodiálise	R\$ 600,00
04.18.01.004-8	Implante de Cateter de Longa Permanência P/ Hemodiálise	R\$ 200,00
04.18.01.005-4	Implante de Cateter Duplo Lúmen P/Hemodiálise	R\$ 115,81
04.18.01.006-0	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
<b>04.17.00.000-0</b>	<b>Procedimentos Anestésicos</b>	
04.17.01.005-2	Anestesia Regional	R\$ 22,27
04.17.01.006-0	Sedação	R\$ 15,15

**LOTE 24 – MATERIAIS ESPECIAIS EM NEFROLOGIA**

Lista-se os procedimentos que correspondem a materiais especiais em nefrologia, cuja disponibilidade é cobrada mediante os códigos do SIGTAP referenciados. Acrescenta-se ao valor citado, os equivalentes aos procedimentos que compõem o procedimento de implantação destes no paciente, possíveis de faturamento via SIGTAP citados anteriormente neste Anexo.

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>07.02.10.000-0</b>	<b>Materiais Especiais em Nefrologia</b>	
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 Cicladora)	R\$ 2.511,49
<b>SIGTAP</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR</b>
<b>07.02.10.000-0</b>	<b>Materiais Especiais em Nefrologia</b>	
07.02.10.005-6	Conjunto de Troca P/ Paciente Submetido a DPA (Paciente-15 Dias C/ Instalação Domiciliar e Manutenção de Máquina Cicladora)	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
07.02.10.006-4	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





GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**  
SECRETARIA DE SAÚDE

**LOTE 25 – MATERIAIS ESPECIAIS PARA LOCOMOÇÃO**

Lista-se os procedimentos que correspondem a materiais especiais PARA AUXÍLIO NA LOCOMOÇÃO, cuja disponibilidade é cobrada mediante os códigos do SIGTAP referenciados. PARA TANTO É NECESSÁRIO NO SCNES DA PROPONENTE A PRESENÇA DO PROFISSIONAL COBRADO NO SIGTAP PARA VALIDAR O PROCEDIMENTO. Caso não, é negada a habilitação da proponente para o presente Edital.

Outra condição necessária é o cadastro do SCNES da proponente com os registros de habilitação cobrados como obrigatório pelo Ministério da Saúde, via SIGTAP.

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>07.01.01.000-0</b>	<b>OPM Auxiliares da Locomoção</b>	
07.01.01.001-0	Andador Fixo / Articulado Em Alumínio com Quatro Ponteiras	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
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
07.01.01.020-7	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

**LOTE 26 – ÓRTESES E MATERIAIS ESPECIAIS EM ORTOPEDIA**

Lista-se os procedimentos que correspondem a materiais especiais e órteses em ortopedia, cuja cobrança se fará mediante os códigos do SIGTAP referenciados. PARA TANTO É NECESSÁRIO NO SCNES DA PROPONENTE A PRESENÇA DO PROFISSIONAL CONDICIONADO NO SIGTAP PARA VALIDAR O PROCEDIMENTO. Caso não, é negada a habilitação da proponente para o presente Edital.



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

Outra condição necessária é o cadastro do SCNES da proponente com os registros de habilitação cobrados como obrigatório pelo Ministério da Saúde, via SIGTAP.

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>07.01.02.000-0</b>	<b>OPM Ortopédicas</b>	
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 crurromaleolar 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 Transfemoral Tipo PTB-PTS-KBM	R\$ 1.596,00
07.01.02.051-2	Prótese Mamaria	R\$ 159,60
07.01.02.061-0	Cinta para Transferências	R\$ 150,00
07.01.09.008-1	Substituição do Encaixe Interno Flexível para Prótese Transfemoral Exoesquelética / Endoesquelética	R\$ 650,00
07.01.09.009-0	Substituição/Troca do Encaixe para Prótese Transfemoral Endoesquelética / Exoesquelética	R\$ 1.096,00

**LOTE 27 – ÓRTESES E MATERIAIS ESPECIAIS EM OTORRINOLARINGOLOGIA**

Lista-se os procedimentos que correspondem a materiais especiais e órteses em otorrinolaringologia, cuja cobrança se fará mediante os códigos do SIGTAP referenciados. PARA TANTO É NECESSÁRIO NO SCNES DA PROPONENTE A PRESENÇA DO PROFISSIONAL CONDICIONADO NO SIGTAP PARA VALIDAR O PROCEDIMENTO. Caso não, é negada a habilitação da proponente para o presente Edital. Outra condição necessária é o cadastro do SCNES da proponente com os registros de habilitação cobrados como obrigatório pelo Ministério da Saúde, via SIGTAP.

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>07.01.03.000-0</b>	<b>OPM em Otorrinolaringologia</b>	
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 Intraauricular Tipo A	R\$ 525,00
07.01.03.004-6	Aparelho de amplificação sonora individual (AASI) externo Intraauricular Tipo B	R\$ 700,00
07.01.03.005-4	Aparelho de amplificação sonora individual (AASI) externo Intraauricular Tipo C	R\$ 1.100,00
07.01.03.005-2	Aparelho de amplificação sonora individual (AASI) externo Intracanal Tipo A	R\$ 525,00



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

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
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
<b>SIGTAP</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR</b>
<b>07.01.03.000-0</b>	<b>OPM em Otorrinolaringologia</b>	
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 Intrauricular Tipo A	R\$ 525,00
07.01.03.019-4	Reposição de AASI Externo Intrauricular Tipo B	R\$ 700,00
07.01.03.020-8	Reposição de AASI Externo Intrauricular 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
07.01.03.032-1	Sistema de Frequência Modulada Pessoal	R\$ 4.500,00

**LOTE 28 – PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS EM OFTALMOLOGIA**

Lista-se os procedimentos que correspondem a materiais especiais e próteses em oftalmologia, cuja cobrança se fará mediante os códigos do SIGTAP referenciados. PARA TANTO É NECESSÁRIO NO SCNES DA PROPONENTE A PRESENÇA DO PROFISSIONAL CONDICIONADO NO SIGTAP PARA VALIDAR O PROCEDIMENTO. Caso não, é negada a habilitação da proponente para o presente Edital. Outra condição necessária é o cadastro do SCNES da proponente com os registros de habilitação cobrados como obrigatório pelo Ministério da Saúde, via SIGTAP.

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>07.01.04.000-0</b>	<b>OPM em Oftalmologia</b>	
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

**LOTE 29 – MATERIAIS ESPECIAIS EM UROLOGIA**



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

Lista-se os procedimentos que correspondem a materiais especiais em urologia, cuja cobrança se fará mediante os códigos do SIGTAP referenciados. para tanto é necessário no SCNES da proponente a presença do profissional condicionado no SIGTAP para validar o procedimento. Caso não, é negada a habilitação da proponente para o presente Edital. Outra condição necessária é o cadastro do SCNES da proponente com os registros de habilitação cobrados como obrigatório pelo Ministério da Saúde, via SIGTAP.

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>07.01.06.000-0</b>	<b>OPM em Urologia</b>	
07.01.06.001-8	Banheiras 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 Fema ou de Cama	R\$ 7,02
07.01.06.004-2	Conjunto de Placa e Bolsa para Urostomizados	R\$ 20,00

**LOTE 30 – MATERIAIS ESPECIAIS EM GASTROENTEROLOGIA**

Lista-se os procedimentos que correspondem a materiais especiais em GASTROENTEROLOGIA, cuja cobrança se fará mediante os códigos do SIGTAP referenciados. para tanto é necessário no SCNES da proponente a presença do profissional condicionado no SIGTAP para validar o procedimento. Caso não, é negada a habilitação da proponente para o presente Edital. Outra condição necessária é o cadastro do SCNES da proponente com os registros de habilitação cobrados como obrigatório pelo Ministério da Saúde, via SIGTAP.

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>07.01.05.000-0</b>	<b>OPM em Gastroenterologia</b>	
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

**LOTE 31 – PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS EM ODONTOLOGIA**

Lista-se os procedimentos que correspondem a próteses e materiais especiais em ODONTOLOGIA, cuja cobrança se fará mediante os códigos do SIGTAP referenciados. para tanto é necessário no SCNES da proponente a presença do profissional condicionado no SIGTAP para validar o procedimento. Caso não, é negada a habilitação da proponente para o presente Edital. Outra condição necessária é o cadastro do SCNES da proponente com os registros de habilitação cobrados como obrigatório pelo Ministério da Saúde, via SIGTAP.

SIGTAP	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR
<b>07.01.07.000-0</b>	<b>OPM em Odontologia</b>	
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



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

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



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

**LOTE 31 – SISTEMA DE CONTRATAÇÃO MEDICOS ESPECIALISTAS**

Item	Especificação	Unidade	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
1	Serviços médicos especializados de <b>GINECOLOGIA/ OBSTETRICIA</b> a serem prestados em regime de consultas e procedimentos cirúrgicos durante a semana, em horários pré-estabelecidos pela direção do hospital do Município de Farias Brito/CE, com estimativa de carga horária de 32 (tinta e duas) horas/Mês.	Mês	12	11.000,00	132.000,00
2	Serviços médicos especializados de <b>ENDOSCOPIA</b> a serem prestados em regime de exames de endoscopias digestivas altas durante a semana, em horários pré-estabelecidos pela direção do hospital do Município de Farias Brito/CE, com estimativa de carga horária de 16 (dezesseis) horas/Mês.	Mês	12	4.600,00	55.200,00
3	Serviços médicos especializados de <b>ULTRASSONOGRAFIA</b> a serem prestados em regime de consultas durante a semana, em horários pré-estabelecidos pela direção do hospital do Município de Farias Brito/CE, com estimativa de carga horária de 32 (tinta e duas) horas/Mês.	Mês	12	8.500,00	102.000,00
4	Serviços médicos especializados de <b>PSIQUIATRIA</b> a serem prestados em regime de consultas durante a semana, em horários pré-estabelecidos pela direção do CAPS, com estimativa de carga horária de 32 (trinta e duas) horas/Mês.	Mês	12	8.500,00	102.000,00
5	Serviços médicos especializados de <b>PEDIATRIA</b> a serem prestados em regime de consultas durante a semana, em horários pré-estabelecidos pela direção do hospital do Município de Farias Brito/CE, com estimativa de carga horária de 32 (trinta e duas) horas/Mês.	Mês	12	7.500,00	90.000,00



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

6	Serviços médicos especializados de <b>ENDOCRINOLOGIA</b> a serem prestados em regime de consultas durante a semana, em horários pré-estabelecidos pela direção do hospital do Município de Farias Brito/CE, com estimativa de carga horária de 32 (trinta e duas) horas/Mês.	Mês	12	7.500,00	90.000,00
7	Serviços médicos especializados de <b>CIRURGIÃO</b> a serem prestados em regime de consultas e realização de procedimentos cirúrgicos durante a semana, em horários pré-estabelecidos pela direção do hospital do Município de Farias Brito/CE, com estimativa de carga horária de 64 (sessenta e quatro) horas/Mês.	Mês	12	23.500,00	282.000,00
8	Serviços médicos especializados de <b>ORTOPEDIA</b> a serem prestados em regime de consultas e procedimentos em ortopedia e traumatologia durante a semana, em horários pré-estabelecidos pela direção do hospital do Município de Farias Brito/CE, com estimativa de carga horária de 32 (trinta e duas) horas/Mês.	Mês	12	7.500,00	90.000,00
9	Serviços médicos especializados de <b>ANESTESIA</b> a serem prestados em regime de plantões durante a semana, em horários pré-estabelecidos pela direção do hospital do Município de Farias Brito/CE, com estimativa de 5 (cinco) Plantões/Mês.	Mês	12	10.000,00	120.000,00
10	Serviços médicos especializados de <b>NEUROLOGIA (adulto)</b> a serem prestados em regime de consultas durante a semana, em horários pré-estabelecidos pela direção do hospital do Município de Farias Brito/CE, com estimativa de carga horária de 32 (trinta e duas) horas/Mês.	Mês	12	7.500,00	90.000,00
11	Serviços médicos especializados de <b>NEUROLOGIA(pediátrico)</b> a serem prestados em regime de consultas durante a semana, em horários pré-estabelecidos pela direção do hospital do Município de Farias Brito/CE, com estimativa de carga horária de 32 (trinta e duas) horas/Mês.	Mês	12	5.000,00	60.000,00



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

12	Serviços médicos especializados de <b>CARDIOLOGIA</b> a serem prestados em regime de consultas e exame de ECG + Parecer Cardiológico durante a semana, em horários pré-estabelecidos pela direção do hospital do Município de Farias Brito/CE, com estimativa de carga horária de 20 (vinte) horas/Mês.	Mês	12	12.000,00	144.000,00
13	Serviços médicos especializados de <b>DERMATOLOGIA</b> a serem prestados em regime de consultas e procedimentos em dermatologia durante a semana, em horários pré-estabelecidos pela direção do hospital do Município de Farias Brito/CE, com estimativa de carga horária de 32 (trinta e duas) horas/Mês.	Mês	12	7.500,00	90.000,00
<b>Total Geral</b>					<b>1.447.200,00</b>

ANEXO II  
MODELO DE TERMO PARA CREDENCIAMENTO

O Requerimento para Credenciamento deve ser encaminhado 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>

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 2024/01-SMS, atestando comprometimento na prestação





GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

de serviços e disponibilidade de carga horária e de equipamentos para a execução dos procedimentos e serviços apresentados.

NOME		
ENDEREÇO COMERCIAL		
CEP	CIDADE	UF
CNPJ:	RAZÃO SOCIAL:	

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

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 2024/01-SMS, 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 / MÉS	VALOR	
		UNITARIO	TOTAL
<b>TOTAL</b>			
_____ de _____ de 2024			
_____ ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL			



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**  
SECRETARIA DE SAÚDE

**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 2024/01 SMS.



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**  
SECRETARIA DE SAÚDE

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 2024

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

Ref. EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 2024/01-SMS

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



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**  
SECRETARIA DE SAÚDE

ANEXO V  
MINUTA TERMO DE CREDENCIAMENTO  
REFERENTE AO EDITAL Nº 2024/01 SMS/SMS

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

CONTRATO Nº...../2024

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/CE, através de sua Secretaria Municipal de Saúde/ Fundo Municipal de Saúde, inscrito no CNPJ sob nº 10.243.406/0001-59, neste ato representado(a) pelo(a) Secretário(a) Municipal de Saúde, Sr.(ª)..... brasileiro(a), RG nº..... CPF nº....., doravante denominada CONTRATANTE e do outro lado ....., situado na Rua ....., nesta cidade de -----/CE, inscrita no CNPJ nº....., ora em diante denominado CONTRATADO, neste ato representado por seu sócio gerente, endereço, CEP, Telefone, e-mail ....., brasileiro, CPF nº..... RG nº....., (profissão), (conselho) resolvem celebrar o presente contrato, respaldado na habilitação ratificada pelo EDITAL DE CHAMAMENTO Nº 2024/01-SMS publicado no Diário Oficial do Município 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 79 de Lei nº 14.133 as quais as partes se obrigam, mediante as cláusulas e condições seguintes:

**CLÁUSULA PRIMEIRA:**

**DO OBJETO:** O objeto deste contrato é o credenciamento do(a) ----- 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, conforme o descrito abaixo.

TABELA DOS SERVIÇOS



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**  
SECRETARIA DE SAÚDE

**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 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 (XXXXX).

**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 2024/01-SMS/SMS.

**CLÁUSULA TERCEIRA: DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO:**

O presente contrato vigorará por 12 (doze) 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 156, da Lei 14.133, 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: XXXXXXXXX – XXXXXXXXXXXX Pessoa Jurídica XXXXXXXXXXXXXXXX .

**CLÁUSULA QUINTA: DO PAGAMENTO:**



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

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 Técnico 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:**

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.



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

**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 à 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 – Permitir a retenção previdenciária e fiscal, conforme determina a legislação, sobre o valor pago pelos serviços prestados;
- 8.6 – Manter sempre atualizado o prontuário dos pacientes e o respectivo arquivo;
- 8.7 – Não utilizar, nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;
- 8.8 – Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modos universais e igualitários, mantendo sempre a gratuidade dos serviços prestados;
- 8.9 – Afixar aviso, em local visível, de sua condição de entidade integrante do SUS e gratuidade dos serviços prestados;
- 8.10-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;
- 8.11-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 no artigo 147 da Lei nº 14.133/2021.

**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:**

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 Farias Brito/CE.





GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

**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 2024/01 SMS/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 14.133 e suas alterações posteriores.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:**



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

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

**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:**

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 DECIMA 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;

✓



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**  
SECRETARIA DE SAÚDE

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 147, da Lei 14.133/2021 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 147 da lei 14.133/2021.

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 Credenciamento" e ser aplicada uma ou todas as penalidades previstas no artigo 147 da lei 14.133/2021.

**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:**



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

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.

Farais Brito/CE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**CONTRATANTE**  
SECRETÁRIO (A) MUNICIPAL DE SAÚDE

**CONTRATADA**  
REPRESENTANTE LEGAL DA CONTRATADA



GOVERNO MUNICIPAL  
**FARIAS BRITO**

SECRETARIA DE SAÚDE

TESTEMUNHA:

TESTEMUNHA:

CPF N°

CPF N°

R