

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2023  
35ª ALTERAÇÃO**

**CONTRATANTE**

*CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE -  
CONIMS*

**OBJETO**

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA O CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA A REALIZAÇÃO DE CONSULTAS DE ESPECIALIDADES, EXAMES CLÍNICOS/IMAGEM, EXAMES LABORATORIAIS, PROCEDIMENTOS, BIÓPSIAS E TERAPIA E SERVIÇOS COMPLEMENTARES ESPECIALIZADOS.

## SUMÁRIO

|   |     |
|---|-----|
| 1. PREÂMBULO .....  | 2   |
| 2. OBJETO E VIGÊNCIA DO CHAMAMENTO PÚBLICO .....                                  | 3   |
| 3. DA PUBLICAÇÃO .....  | 3   |
| 4. CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO .....                            | 3   |
| 5. DO ENVIO DO REQUERIMENTO, DECLARAÇÕES E HABILITAÇÃO .....                      | 4   |
| 6. DO REQUERIMENTO .....  | 4   |
| 7. DAS DECLARAÇÕES .....  | 5   |
| 8. DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO .....  | 6   |
| 9. VERIFICAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO .....  | 8   |
| 10. DOS PROCEDIMENTOS E PRAZOS DO CREDENCIAMENTO .....                            | 9   |
| 11. DA FRAUDE E DA CORRUPÇÃO .....  | 10  |
| 12. SANÇÕES .....   | 10  |
| 13. DISPOSIÇÕES GERAIS .....  | 11  |
| 14. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA .....  | 12  |
| 15. DA IMPUGNAÇÃO DO EDITAL .....   | 12  |
| ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA .....   | 14  |
| ANEXO II - MODELOS DE REQUERIMENTOS E DECLARAÇÕES .....                           | 27  |
| ANEXO III – TABELAS CONIMS .....  | 40  |
| ANEXO III – A - TELECONSULTA CONSULTAS DE ESPECIALIDADES .....                    | 41  |
| ANEXO III – B – CONSULTAS DE ESPECIALIDADES/TITULAÇÃO/ESPECIALIZAÇÃO .....        | 42  |
| ANEXO III – C - CONSULTAS DE ESPECIALIDADES/TITULAÇÃO/ESPECIALIZAÇÃO – AMES ..... | 43  |
| ANEXO III – C – CONSULTAS DE ESPECIALIDADES/TITULAÇÃO/ESPECIALIZAÇÃO - AMES ..... | 44  |
| ANEXO III – D - CONSULTAS DE ESPECIALIDADES/TITULAÇÃO - RQE .....                 | 45  |
| ANEXO III – E – ADICIONAL DE LOCOMOÇÃO .....                                      | 46  |
| ANEXO III – F - ATENDIMENTOS, EXAMES E PROCEDIMENTOS .....                        | 47  |
| ANEXO III – G – EXAMES LABORATORIAIS .....  | 68  |
| ANEXO IV - MINUTA DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS .....                      | 87  |
| ANEXO V - ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR .....   | 103 |

## EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO N.º 001/2023

### 1. PREÂMBULO

**1.1. O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE**, pessoa jurídica de direito público, inscrito no sob o nº CNPJ nº 00.136.858/0001-88, situado na Rua Afonso Pena, n.º 1902, Bairro Anchieta, Pato Branco/PR, por intermédio do Setor de Licitações e Contratos, devidamente autorizado por seu Presidente Sr. Paulo Horn, torna pública a realização de credenciamento de pessoas jurídicas para a realização de consultas de especialidades, exames clínicos/imagem, exames laboratoriais, procedimentos, biópsias e terapia, serviços complementares especializados, devidamente previstos na Tabela do CONIMS ou sucessivamente, na Tabela SIGTAP, a serem prestados nos consultórios particulares, laboratórios, clínicas/hospitais, nos Ambulatórios Médicos de Especialidades – Chopinzinho e São Lourenço e demais localidades descentralizadas e designadas pelo CONIMS.

**1.2.** O edital de credenciamento poderá ser acessado e extraído na íntegra no site [www.conims.com.br](http://www.conims.com.br) ou mediante solicitação via e-mail no endereço eletrônico [credenciamento@conims.com.br](mailto:credenciamento@conims.com.br).

**1.3.** O presente edital de Chamamento Público rege-se pela Lei nº 14.133 de 01 de abril de 2021 que estabelece normas gerais de licitação e contratação para as Administrações Públicas diretas, autárquicas e fundacionais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e pela Resolução CONIMS nº 59/2023 e as que a sucederem.

**1.4.** Os Credenciamentos deverão obedecer às especificações deste instrumento convocatório e anexos que dele fazem parte.

**1.5.** O prestador fica ciente que poderá prestar os serviços nas unidades descentralizadas, sendo os ambulatórios de São Lourenço, Chopinzinho e Pato Branco, mediante interesse da administração do CONIMS ou descentralizado por município integrante do consórcio conforme autorização expressa do gestor municipal.

**1.6.** Os usuários dos serviços eletivos são os pacientes dos municípios consorciados ao CONIMS.

**1.7.** Ficam disponíveis aos novos Municípios ingressantes no Consórcio, ao longo da vigência deste Edital, os serviços nele previstos.

**1.8.** São partes integrantes deste Edital os seguintes anexos:

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>Anexo I</b>   | <b>Termo de Referência</b>                         |
| <b>Anexo II</b>  | <b>Modelos de Requerimento e Declarações</b>       |
| <b>Anexo III</b> | <b>Tabelas CONIMS</b>                              |
| <b>Anexo IV</b>  | <b>Minuta de Contrato de Prestação de Serviços</b> |
| <b>Anexo V</b>   | <b>Estudo Técnico Preliminar</b>                   |

## 2. OBJETO E VIGÊNCIA DO CHAMAMENTO PÚBLICO

**2.1.** Credenciamento de pessoas jurídicas para a realização de consultas de especialidades, exames clínicos/imagem, exames laboratoriais, procedimentos, biópsias, terapias e serviços complementares especializados.

**2.2.** Os itens referidos no item 2.1 devem estar previstos na Tabela do CONIMS e/ou sucessivamente, na Tabela SIGTAP, a serem prestados nos consultórios particulares, laboratórios, clínicas/hospitais, nos Ambulatórios Médicos de Especialidades – Chopinzinho, São Lourenço, Pato Branco e demais localidades descentralizadas e designadas pelo CONIMS, conforme suas necessidades.

**2.3.** Este edital terá vigência pelo período de 12 (doze) meses, contados da data da publicação do aviso de abertura, podendo ser prorrogado automaticamente, por igual e sucessivos períodos.

**2.4.** Enquanto estiver vigente o edital, fica permitido o credenciamento, a qualquer tempo, de qualquer interessado, desde que preencham todas as condições ora exigidas.

**2.5.** Os credenciamentos: Nº 002/2017 Laboratório Análises Clínicas; Nº 003/2017 SADT; Nº 001/2019 COMSUS; Nº 004/2019 COMPLEMENTAR COMSUS; permanecerão em aberto até a migração de todos os estabelecimentos neles credenciados, sendo encerrado após essa transição para o presente Credenciamento Unificador nº 001/2023.

## 3. DA PUBLICAÇÃO

**3.1.** O presente chamamento será amplamente divulgado e estará aberto aos interessados para realização das inscrições ao credenciamento a partir da publicação do Aviso do Chamamento Público no jornal de circulação na região, Diário Oficial dos Municípios do Paraná – AMP, e no sítio oficial do CONIMS – [www.conims.com.br](http://www.conims.com.br), na aba Licitações.

## 4. CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO

**4.1.** Poderão participar deste credenciamento as PESSOAS JURÍDICAS que satisfaçam as condições de habilitação e disposições contidas neste edital e seus anexos.

**4.2.** A participação neste Credenciamento está vinculada à prestação de serviços para todos os municípios pertencentes a este Consórcio.

**4.3.** Não poderão participar do credenciamento:

**4.3.1.** Aquele que não atenda às condições deste Edital e seu (s) anexo (s).

**4.3.2.** Demais casos explicitados no art. 14 da Lei nº 14.133, de 2021:

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

II - Aquele que mantenha vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com o Presidente do CONIMS e/ou sua Secretaria Executiva, ou com empregado público que atue no setor de credenciamento, na fiscalização ou na gestão do contrato, ou que deles seja cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau;

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

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

§ 1º O impedimento de que trata o inciso I será também aplicado ao Credenciante que atue em substituição a outra pessoa, física ou jurídica, com o intuito de burlar a efetividade da sanção a ela aplicada, inclusive a sua controladora, controlada ou coligada, desde que devidamente comprovado, em processo administrativo próprio, o ilícito ou a utilização fraudulenta da personalidade jurídica do Interessado no credenciamento.

## **5. DO ENVIO DO REQUERIMENTO, DECLARAÇÕES E HABILITAÇÃO**

**5.1.** Os interessados em participar do presente credenciamento, deverão enviar todas as documentações solicitadas neste edital e seus anexos para o e-mail [credenciamento@conims.com.br](mailto:credenciamento@conims.com.br).

## **6. DO REQUERIMENTO**

**6.1.** O requerimento para credenciamento deverá ser preenchido conforme modelo constante no ANEXO II, redigida em papel timbrado do INTERESSADO, por meio informatizado, de forma clara e inequívoca, sem emendas, rasuras ou entrelinhas, em estrita observância às especificações contidas neste edital, assinada na última folha e rubricada nas demais pelo seu representante legal ou pelo seu procurador, juntando-se, neste caso, a Procuração, devidamente identificado, nela constando, obrigatoriamente: Razão Social, CNPJ, endereço, CEP., telefone/e-mail, pessoa de contato e conta bancária (Pessoa jurídica).

**6.2.** No Requerimento para Inscrição ao Chamamento o interessado deverá utilizar os códigos e os descritivos dos procedimentos, exames, consultas e terapias, vinculando os profissionais que irão executá-los.

**6.3.** Considera-se válido o documento assinado eletronicamente, na forma da legislação pertinente.

## 7. DAS DECLARAÇÕES

**7.1.** O Interessado em participar deverá apresentar junto com o requerimento e habilitação, as seguintes declarações, conforme modelo constante no ANEXO II, que:

**a)** Está ciente e concorda com as condições contidas no edital e seus anexos, bem como aos atos normativos pertinentes expedidos pelo CONIMS e de que o requerimento apresentado compreende a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de sua entrega em definitivo e que cumpre plenamente os requisitos de habilitação definidos neste instrumento convocatório;

**b)** Não emprega menor de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 anos, salvo menor, a partir de 14 anos, na condição de aprendiz, nos termos do artigo 7º, XXXIII, da Constituição;

**c)** Não possui empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto nos incisos III e IV do art. 1º e no inciso III do art. 5º da Constituição Federal;

**d)** Se for o caso, que cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas.

**e)** Que não possui nenhum impeditivo vigente para participar do presente credenciamento, nos termos do art. 14 da Lei nº 14.133, de 2021.

**f)** Ao aderir ao chamamento, os participantes se declaram cientes que, por exigência dos órgãos de controle externo, da Lei nº 12.527/2018 – Lei de Acesso à Informação – e da Resolução CONIMS nº 155/2021, a íntegra do processo de credenciamento e respectiva contratação será disponibilizada no Portal de Transparência do CONIMS, que realiza o tratamento de dados pessoais pertinentes à qualificação jurídica, econômico-financeira, tributária e técnica descritas no Edital, para uso exclusivo às finalidades legais e institucionais, conforme disposto na Lei nº 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e no Decreto nº 10.046/2019, assim como se compromete a exigir de seus funcionários o mesmo grau de responsabilidade com o manuseio e tratamento de dados sensíveis que porventura tenha acesso no cumprimento de suas obrigações contratuais, devendo, expressamente indicar os dados sensíveis de pessoas naturais constantes dos referidos documentos, que deseja sejam anonimizados, na forma do Anexo II - Modelos de Requerimento e Declarações, DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA AOS TERMOS DA LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS – LGPD AO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE – CONIMS.

**g)** Na execução do objeto contratado, a Contratada se responsabiliza pelo uso regular de dados de pacientes para uso exclusivo das finalidades do CONIMS, bem como de garantir

que o acesso ao sistema do CONIMS ocorra de forma personalíssima, sob pena de sofrer as sanções legais.

**7.2.** Declaração de Emprego, conforme Anexo II.

## **8. DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO**

**8.1.** Para fins de habilitação, deverá o interessado enviar os documentos conforme segue:

### **HABILITAÇÃO JURÍDICA**

**8.1.1.** Empresário individual: inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede; Microempreendedor Individual - MEI: Certificado da Condição de Microempreendedor Individual - CCMEI, cuja aceitação ficará condicionada à verificação da autenticidade no sítio <https://www.gov.br/empresas-e-negocios/pt-br/empreendedor>;

**8.1.2.** Sociedade empresária, sociedade limitada unipessoal – SLU ou sociedade identificada como empresa individual de responsabilidade limitada - EIRELI: inscrição do ato constitutivo, estatuto ou contrato social no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores;

**8.1.3.** Sociedade simples: inscrição do ato constitutivo no Registro Civil de Pessoas Jurídicas do local de sua sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores;

**8.1.4.** Filial, sucursal ou agência de sociedade simples ou empresária: inscrição do ato constitutivo da filial, sucursal ou agência da sociedade simples ou empresária, respectivamente, no Registro Civil das Pessoas Jurídicas ou no Registro Público de Empresas Mercantis onde opera, com averbação no Registro onde tem sede a matriz;

**8.1.5.** Comprovante válido de identificação dos sócios, ou no caso de Instituto hospitalar somente de seu representante legal/administradores;

**8.1.6.** Os documentos apresentados deverão estar acompanhados de todas as alterações ou da consolidação respectiva.

### **HABILITAÇÃO FISCAL, SOCIAL E TRABALHISTA**

**8.1.7.** Comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;

**8.1.8.** Comprovante de regularidade para com a Fazenda Federal, mediante apresentação de Certidão Conjunta de Débitos Relativos a Tributos Federais e a Dívida Ativa da União, expedida pelo Ministério da Fazenda;

**8.1.9.** Comprovante de regularidade para com a Fazenda Estadual, mediante apresentação de certidão expedida pela Secretaria de Estado da Fazenda, do domicílio ou da sede da interessada;

**8.1.10.** Comprovante de regularidade para com a Fazenda Municipal, mediante apresentação de certidão expedida pelo Município do domicílio ou sede da interessada;

Comprovante de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS

**8.1.11.** (Certificado de Regularidade do FGTS – CRF);

**8.1.12.** Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT – comprovante da inexistência de débitos perante a Justiça do Trabalho.

### **QUALIFICAÇÃO ECONÔMICA – FINANCEIRA**

**8.1.13.** CERTIDÃO NEGATIVA DE PEDIDO DE FALÊNCIA, RECUPERAÇÃO JUDICIAL E EXTRAJUDICIAL, expedida pelo Cartório distribuidor da sede da pessoa jurídica, referente à matriz e, quando for o caso, igualmente da filial licitante, em data não anterior a 90 (noventa) dias do pedido de credenciamento, se outro prazo não constar no documento, ou CERTIDÃO POSITIVA DE PEDIDO DE RECUPERAÇÃO JUDICIAL OU EXTRAJUDICIAL, condicionada à apresentação de Certidão emitida pela instância judicial competente, que declare que a empresa se encontra apta econômica e financeiramente para participar de procedimentos de contratações com órgãos públicos.

### **QUALIFICAÇÃO TÉCNICA**

**8.1.14.** DA PESSOA JURIDICA – ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (HOSPITAIS, CLINICAS MÉDICAS, AMBULATÓRIOS, LABORATÓRIOS):

**8.1.14.1.** Licença Sanitária vigente emitida pela Vigilância Sanitária de domicílio ou documento expedido pela Autoridade pública competente que o isente;

**8.1.14.2.** Alvará de Funcionamento do estabelecimento em nome da interessada no credenciamento, pertinente ao ramo de atividade e compatível com o objeto do presente edital;

**8.1.14.3.** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES atualizado;

**8.1.14.4.** A apresentação dos itens **8.1.14.1**, **8.1.14.2** e **8.1.14.3** estará dispensada, quando o serviço for executado na sede e ambulatórios do CONIMS e/ou estabelecimentos das secretarias municipais de saúde;

**8.1.14.5.** Certificado de Regularidade de Inscrição de Pessoa Jurídica (CIE) junto ao respectivo Conselho de Classe.

### **DO PROFISSIONAL QUE EXECUTARÁ OS SERVIÇOS:**

**8.1.15.** A pessoa jurídica deverá indicar o (s) profissional (ais) que executará (ão) os serviços que serão credenciados, apresentando a seguinte documentação:



- 8.1.15.1.** Documento válido de identificação do profissional (RG e CPF ou Carteira de Motorista).
- 8.1.15.2.** Comprovante de inscrição no Conselho Regional da Categoria;
- 8.1.15.3.** Se o comprovante pertencer a outra localidade, o profissional terá prazo estabelecido pelos órgãos de classe, sendo aceito o protocolo de solicitação de transferência.
- 8.1.15.4.** Diplomas e/ou certificados de curso superior e especializações inerentes à área de atuação.
- 8.1.15.5.** Comprovante de residência médica ou título de especialidade médica, quando for exigência para o item descrito no Edital.
- 8.1.15.6.** Comprovante de residência atualizado.
- 8.1.15.7.** Caso o profissional indicado para atendimentos não faça parte do quadro de sócios da empresa, deverá ser comprovado o vínculo de trabalho através das seguintes formas:
- 8.1.15.8.** Cópia do registro em carteira de trabalho;
- 8.1.15.9.** Cópia do contrato de prestação de serviços;
- 8.1.15.10.** Declaração assinada pelo Responsável Legal da empresa, atestando que o profissional integra o corpo clínico e lhe presta serviços.

## **9. VERIFICAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO**

- 9.1.** Os documentos constantes dos itens 6, 7 e 8, serão analisados pela comissão de contratação, quanto a sua conformidade com o solicitado em edital.
- 9.2.** Todos os documentos relacionados deverão estar dentro do prazo de validade, conforme o caso e os que não o indicarem, devem ter sido emitidos no prazo máximo de 90 (noventa) dias.
- 9.3.** Os documentos poderão ser apresentados em original ou por cópia, em formato digitalizado e em PDF, de forma compreensível.
- 9.4.** A Comissão de Contratação, poderá, durante a análise da documentação, convocar os interessados para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários, bem como documentação suplementar.
- 9.5.** Não será credenciada a interessada que não apresentar a documentação válida exigida no presente edital.

**9.6.** Os documentos apresentados para a habilitação deverão estar em nome do licitante, com número de CNPJ. Se o licitante for matriz, todos os documentos deverão estar em nome da matriz. Se for filial, todos documentos deverão estar em nome da filial, exceto aqueles que pela própria natureza ou por determinação legal, forem comprovadamente emitidos apenas em nome da matriz e cuja validade abranja todos os estabelecimentos da empresa.

**9.7.** Será verificado se o Interessado possui alguma restrição de contratar com a administração pública, no TCU (Tribunal de Contas da união) e no TCE-PR (Tribunal de Contas do Estado do Paraná) e no Tribunal de Contas do seu Estado sede.

**9.7.1.** Caso conste em face do Interessado registro de inidoneidade, em qualquer ente da administração pública (federal, estadual ou municipal), o mesmo NÃO será credenciado.

**9.7.2.** Registro de suspensão, em qualquer órgão/entidade que não o CONIMS, não impede a participação no credenciamento.

**9.7.3.** Registro de impedimento de licitar e contratar com o CONIMS, ensejará a inabilitação da proponente.

**9.7.4.** Registro de impedimento de licitar e contratar com os a administração dos municípios consorciados anuentes participantes, ensejará a desclassificação da proponente no item correspondente ao município.

**9.8.** A comissão de contratação poderá sanar erros ou falhas que não alterem a substância do requerimento, dos documentos e sua validade jurídica, mediante despacho fundamentado.

**9.9.** A Comissão de contratação poderá ainda, durante a análise da documentação, convocar os interessados para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários, bem como solicitar documentos complementares.

## **10. DOS PROCEDIMENTOS E PRAZOS DO CREDENCIAMENTO**

**10.1.** O interessado que atender a todos os requisitos previstos no edital, será habilitado e credenciado e o respectivo Contrato firmado em processo de inexigibilidade de licitação, prevista no inciso IV, do art. 74, da Lei Federal nº 14.133, de 2021.

**10.2.** O **CONIMS tem o prazo de até 60 (sessenta) dias corridos**, contados do recebimento de **TODOS** os documentos necessários, para análise do pedido de credenciamento e conclusão do processo de contratação.

**10.3.** O processo de credenciamento de que trata este Edital obedecerá às seguintes etapas:

- a) Recebimento da documentação exigida em edital;
- b) Análise e Aceite da documentação pela Comissão de Contratação;
- c) Instrução e autuação do processo de inexigibilidade;

- d) Análise do processo pelo setor jurídico para emissão de parecer;
- e) Homologação, Adjudicação e Ratificação do Processo de inexigibilidade e sua posterior publicação em diário oficial;
- f) Elaboração do Termo de Contrato e envio para as partes assinantes;

**10.4.** O Contrato de prestação de serviços será formalizado de acordo com as condições estabelecidas no Edital, Termo de Referência e minuta do contrato, sendo encaminhado para assinatura da CONTRATADA e devendo retornar no prazo de 05 (cinco) dias corridos contados do seu recebimento, salvo pedido de prorrogação apresentado nesse prazo, devidamente justificado, e acolhido pela Comissão.

**10.5.** A assinatura do contrato deverá ser realizada preferencialmente na forma eletrônica por intermédio de Certificado digital, do titular da empresa ou procurador devidamente constituído, dispensada a entrega do contrato impresso.

## 11. DA FRAUDE E DA CORRUPÇÃO

**11.1.** O contratado deve observar e fazer observar o mais alto padrão de ética durante todo o processo de contratação e de execução do objeto contratual.

**11.2.** Para os propósitos desta cláusula, definem-se as seguintes práticas:

- a) Prática corrupta: oferecer, dar, receber ou solicitar, direta ou indiretamente, qualquer vantagem com o objetivo de influenciar a ação de servidor público no processo de contratação ou na execução de contrato;
- b) Prática fraudulenta: a falsificação ou omissão dos fatos, com o objetivo de influenciar o processo de contratação ou de execução de contrato;
- c) Prática colusiva: esquematizar ou estabelecer um acordo entre dois ou mais participantes, com ou sem o conhecimento de representantes ou prepostos do órgão contratante, visando estabelecer preços em níveis artificiais e não-competitivos;
- d) Prática coercitiva: causar danos ou ameaçar causar dano, direta ou indiretamente, às pessoas ou sua propriedade, visando influenciar sua participação em um processo de contratação ou afetar a execução do contrato;
- e) Prática obstrutiva:
  - (I) Destruir, falsificar, alterar ou ocultar provas em inspeções ou fazer declarações falsas aos representantes do consórcio, com o objetivo de impedir materialmente a apuração de alegações de prática prevista, deste Edital;
  - (II) Atos cuja intenção seja impedir materialmente o exercício do direito de o CONIMS promover inspeção.

## 12. SANÇÕES

**12.1.** Caberá multa compensatória a ser calculada sobre o valor total do requerimento de credenciamento, sem prejuízo das demais sanções administrativas e indenização suplementar em caso de perdas e danos, ao Interessado que:

**12.1.1.** Apresentar declaração ou documento falso: multa de 20% (vinte por cento);

**12.1.2.** Deixar de apresentar documento na fase de saneamento: multa de 5% (cinco por cento);

**12.2.** As sanções por atos praticados no decorrer da contratação estão previstas na minuta do contrato.

### **13. DISPOSIÇÕES GERAIS**

**13.1.** Esclarecimentos relativos ao presente edital e seus anexos, serão prestados pelo Setor de Licitação e Contratos, na Sede do CONIMS, localizada na Rua Afonso Pena n.º 1902, Bairro Anchieta, CEP 85.501-530, Telefone (46) 3313-3550 ou e-mail [credenciamento@conims.com.br](mailto:credenciamento@conims.com.br).

**13.2.** Mediante Ato do Consórcio, os dispositivos e os valores do presente edital, serão modificados de forma a preservar o interesse público.

**13.3.** O interessado no cadastramento é responsável pela fidelidade das informações e dos documentos que apresentar.

**13.4.** A participação no presente credenciamento implica no conhecimento e na aceitação plena deste Edital e suas condições.

**13.5.** Este credenciamento visa à contratação paralela e não excludente de todos os interessados que preencham as condições do Edital, sendo que a demanda será distribuída, pelos Municípios, conforme os seguintes critérios objetivos:

**13.5.1.** Por ordem de prioridade: às instituições de direito público, às entidades filantrópicas sem fins lucrativos e entidades com fins lucrativos/privadas, nesta ordem;

**13.5.1.1.** Caso sejam credenciadas entidades com naturezas diversas, dentre as indicadas no item anterior, 50% (cinquenta por cento) de toda a demanda mensal será destinada à classe prioritária (por exemplo, se houver instituições de direito público credenciadas, absorverão 50% da demanda e o restante é distribuído para a classe subsequente, no caso, as entidades filantrópicas, e assim sucessivamente até que a demanda seja integralmente absorvida);

**13.5.1.2.** Caso a classe prioritária não puder absorver a totalidade dos 50% que lhe é garantido, o saldo remanescente será absorvido pela classe subsequente (por exemplo, se instituições de direito público credenciadas, absorverem apenas 10% dos 50% que lhe são garantidos, os 40% restantes serão repassados às entidades filantrópicas, que assumirão 90% da demanda, se houver capacidade para tanto).

**13.5.2.** Conforme a capacidade de absorção/produção informada pelo Contratado, observado o item anterior;

**13.5.2.1.** É condição para a distribuição equitativa da demanda dos Municípios, a indicação, pelo Prestador, da capacidade estimada de produção mensal, para cada item contratado, no ato de formalização do Contrato e a cada novo aditivo;

**13.5.2.2.** A equidade a que se refere o item anterior importa em distribuição de maior quantidade ao prestador que tem maior capacidade de produção;

**13.5.2.3.** O Prestador somente será indicado para a demanda específica quando tiver credenciado todos os itens prescritos ao paciente, passando-se ao próximo da lista de rodízio até que se atenda essa condição;

**13.5.3. Conforme a urgência do atendimento.**

**13.5.3.1.** Havendo indicação médica de realização em caráter de urgência de consultas e demais procedimentos de SADT, com exceção de exames laboratoriais, se o agendamento não puder, justificadamente, observar as regras anteriores, caberá ao Município indicar as razões fáticas para tanto.

**13.5.4.** Para os exames laboratoriais de análises clínicas, será adotada, exclusivamente, a seleção a critério de terceiros, hipótese em que o usuário paciente realiza a escolha dentre os prestadores que lhe forem indicados pelo respectivo Município, observado o disposto no item 6.3 deste Termo de Referência.

**13.6.** O CONIMS dispõe de serviço de Ouvidoria, através do site [www.conims.com.br](http://www.conims.com.br), cujas reclamações serão apuradas pelo fiscal do contrato e tomadas às medidas cabíveis.

## **14. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

**14.1.** As despesas geradas em função do objeto ocorrerão por conta da dotação orçamentária 02.001.10.302.0002.2.002.3.3.90.39.00.00.00.00 – fonte 076.

## **15. DA IMPUGNAÇÃO DO EDITAL**

**15.1.** Qualquer interessado, devidamente identificado, poderá impugnar os termos do Edital, tanto pertinente às regras estabelecidas quanto no tocante à descrição do item, no prazo de 3 (três) dias úteis a contar da data de sua publicação.

15.1.1 Será admitida a Impugnação do Edital por meio eletrônico, através do e-mail [credenciamento@conims.com.br](mailto:credenciamento@conims.com.br) com a devida confirmação do recebimento ou mediante instrumento escrito e protocolizado em horário de expediente junto ao Setor de protocolos do CONIMS.

**15.2.** Compete à Secretaria Executiva do CONIMS decidir sobre a Impugnação e, sendo o caso de seu acolhimento, determinar as adequações cabíveis, com nova publicação do Edital.

Pato Branco/PR, 01 de março de 2024.

**PAULO HORN**  
**PRESIDENTE**



## TERMO DE REFERÊNCIA

### 1. OBJETO

**Credenciamento de pessoas jurídicas para a realização de consultas de especialidades, exames clínicos/imagem, exames laboratoriais, procedimentos, biópsias, terapias e serviços complementares especializados**

### 2. JUSTIFICATIVA

CONSIDERANDO a necessidade de serviços de saúde complementares na 2ª linha de atenção à saúde pública, Rede de Especialidades e implementação da Rede Básica, quando não houver serviço próprio ou com capacidade instalada suficiente para atender a Atenção Básica dentro dos territórios, com melhoria do acesso de pacientes que necessitam dessa assistência ambulatorial, procedimentos, consultas, exames laboratoriais e de imagem, incluindo toda a gama de SADT – Serviços de Assistência Diagnose e Terapias, conforme normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais da cidadania asseguradas na Constituição Federal/1988;

CONSIDERANDO a necessidade de contratar, em caráter complementar, os serviços médico/laboratoriais/de imagem/terapias complementares dos estabelecimentos de saúde, clínicas médicas e demais prestadores de serviço com a disponibilização de profissionais qualificados, visando atender às demandas dos Municípios consorciados ao CONIMS de maneira tempestiva, evitando o agravamento dos quadros de saúde dos pacientes e garantindo a assistência necessária à recuperação da saúde destes;

CONSIDERANDO que as necessidades em saúde são sempre prementes e eventuais demoras podem comprometer gravemente a saúde dos usuários;

CONSIDERANDO a necessidade de atender à grande demanda reprimida por insuficiência na oferta de serviços próprios, reduzindo o tempo de espera para a assistência ao usuário;

CONSIDERANDO a necessidade de descentralizar os atendimentos, levando a saúde mais próxima à população, com qualidade, economicidade e resolutividade;

CONSIDERANDO que as consultas de especialidades, compõem a Tabela de Valores, sendo: Anexo III – A – TELECONSULTA CONSULTA DE ESPECIALIDADES; ANEXO III – B – CONSULTAS DE ESPECIALIDADES/TITULAÇÃO/ESPECIALIZAÇÃO; ANEXO III – C – CONSULTAS DE ESPECIALIDADES/TITULAÇÃO/ESPECIALIZAÇÃO – AMES -, ATA Nº 003/2017 de 19/04/2017, ATA Nº 001/2022 de 02/02/2022, ATA Nº 001/2022 de 09/09/2022 Assembleia Geral, Resolução Nº 019/2022; Anexo III – D - CONSULTAS DE ESPECIALIDADES/TITULAÇÃO – RQE – ATA Nº 002/2022 de 14/04/2022 Assembleia Geral, Resolução Nº 066/2022.

CONSIDERANDO o advento da nova lei de licitações n.º 14.133/2021 e a necessidade de



adequação das contratações públicas;

CONSIDERANDO a razoabilidade e utilidade da unificação dos serviços objeto de credenciamento por esse CONIMS em um único Edital.

Dessa forma, se faz necessário o credenciamento de pessoas jurídicas para a realização de consultas de especialidades, exames clínicos/imagem, exames laboratoriais, procedimentos, biópsias, terapias e serviços complementares especializado, como forma de melhorar e ampliar o atendimento à população dos Municípios credenciados ao CONIMS.

### **3. VISTORIA**

**3.1.** Poderá, o CONIMS, realizar visita técnica, no local indicado para prestação dos serviços, no caso de pedido de credenciamento para atendimento em clínica própria/laboratório e/ou hospital, Estabelecimentos de Saúde.

### **4. DOS VALORES E QUANTIDADES**

**4.1.** A quantidade de serviços a ser contratada será baseada no requerimento apresentado e/ou estimativa de necessidade de serviços elaborada pelo CONIMS levando em consideração a capacidade orçamentária.

**4.2.** Em caso de renovação do credenciamento, também será considerado o relatório de faturamento do prestador dos últimos 12 (doze) meses.

**4.3.** Cada grupo de serviços será definida em anexos específicos, com: código SIGTAB e/ou código CONIMS; descritivo do serviço e valor unitário.

**4.4.** Os valores referentes às consultas, terapias, exames e procedimentos a serem credenciados são parte integrante da TABELA CONIMS conforme ANEXO III deste Edital e disponível no seguinte endereço eletrônico: [www.conims.com.br](http://www.conims.com.br), na aba licitações.

**4.5.** As consultas de especialidades, compõem a Tabela de Valores, sendo: Anexo III – A – TELECONSULTA CONSULTA DE ESPECIALIDADES; ANEXO III – B - CONSULTAS DE ESPECIALIDADES/TITULAÇÃO/ESPECIALIZAÇÃO; Anexo III – C - CONSULTAS DE ESPECIALIDADES/TITULAÇÃO/ESPECIALIZAÇÃO – AMES -, ATA Nº 003/2017 de 19/04/2017, ATA Nº 001/2022 de 02/02/2022, ATA Nº 001/2022 de 09/09/2022 Assembleia Geral, Resolução Nº 019/2022; Anexo III – D - CONSULTAS DE ESPECIALIDADES/TITULAÇÃO – RQE – ATA Nº 002/2022 de 14/04/2022 Assembleia Geral, Resolução Nº 066/2022.

**4.6.** Do adicional de locomoção:

**4.6.1.** O adicional de locomoção será concedido com a anuência do município requisitor do serviço na forma do item 5.2 deste Edital, na hipótese em que a sede do Prestador

Credenciado for em Município diverso, e o seu valor será desembolsado de acordo com a data da execução dos serviços, constante nos relatórios do sistema de saúde.

**4.6.2.** Para efeitos de concessão do adicional de locomoção será concedido quando o atendimento for realizado à população específica do próprio município, quando a residência do prestador for divergente ao local desse atendimento e será autorizado pelo gestor municipal.

**4.6.3.** O adicional de locomoção não será concedido:

**4.6.3.1.** Quando se referir a atendimentos nas Unidades do Consórcio Intermunicipal de Saúde: Sede em Pato Branco/PR, Chopinzinho/PR e São Lourenço do Oeste/SC ou município não consorciado, salvo por motivos devidamente justificados pelo gestor municipal.

**4.6.3.2.** Quando a pessoa jurídica ou profissional vinculado à Pessoa Jurídica, estiver sediado (a) /domiciliado (a) no mesmo Município onde prestará o serviço.

**4.7.** Fica vedado o pagamento de qualquer sobretaxa em relação aos valores propostos.

**4.8. Os valores dos itens objeto deste credenciamento, poderão ser revisados a qualquer tempo, mediante prévia aprovação na Assembleia Geral deste Consórcio.**

**4.9.** O valor global indicado no Contrato tem caráter meramente estimado e não obriga o CONIMS a sua total absorção.

## **5. LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

**5.1.** O local de execução do objeto do Contrato será definido pelo CONIMS, observada a natureza do serviço (hospitalar/ambulatorial/laboratorial), a habilitação do estabelecimento do Contratado e a necessidade do atendimento.

**5.1.1.** Para os serviços laboratoriais, os Contratados (Laboratório de análises clínicas ou Posto de Coleta credenciado) deverão realizar a coleta do material na unidade credenciada e escolhida pelo usuário, e, no mesmo local, realizar a entrega do respectivo laudo ao paciente.

**5.1.1.1.** Em casos de urgência em que o paciente não possa deslocar-se até o laboratório, o prestador deverá realizar a coleta na Unidade de Saúde designada pelo município credenciado, incluindo o procedimento do Edital "Taxa referente a exame laboratorial de urgência e emergência", para cada coleta de urgência, independentemente do número de exames realizados.

**5.2.** Os atendimentos contratados poderão ocorrer em unidade de saúde indicada pelo Município consorciado, mediante requerimento ao CONIMS, respeitado o cronograma estabelecido pelo Setor de Controladoria de Execuções do Consórcio.

**5.3.** Por força de Termo de Ajustamento de Conduta firmado com o Ministério Público do Estado do Paraná, Promotoria de Defesa do Patrimônio Público da Comarca de Pato Branco, para os serviços laboratoriais, fica autorizado, a critério do usuário residente no Município de Bom Sucesso do Sul, que a coleta de material seja feita por servidor público qualificado deste mesmo Município.

**5.3.1.** Uma vez coletado e acondicionado o material, o respectivo envio ao Laboratório credenciado, que aceitar essa condição, também será responsabilidade do Município de Bom Sucesso do Sul.

**5.3.2.** Somente para o caso de que trata o item 5.3, a distribuição da demanda a critério do usuário considerará todos os Laboratórios credenciados pelo CONIMS ou que almejem se credenciar, mediante termo aditivo ao Contrato ou celebração de Contrato, respectivamente, afastando-se o disposto no item 6.3.2 deste Termo de Referência.

**5.3.3.** Como medida de compensação aos cofres públicos, do serviço que se enquadre na hipótese do item 5.3 e subitens será desconto o percentual de 5% (cinco por cento) do valor bruto da fatura.

**5.3.4.** O controle da regularidade do cumprimento das condições de que trata esse item é de incumbência do consorcio, através do setor de Controle e Execução.

**5.3.5.** O disposto neste item vigorará enquanto perdurar a conveniência e oportunidade definida pela Secretaria de Saúde do Município de Bom Sucesso do Sul e o bem estar dos usuários do serviço público, podendo ser revogado a qualquer tempo, mediante alteração deste Edital, não gerando direito adquirido ao Laboratório credenciado, o qual será comunicado e do qual será lavrado Termo Aditivo ao respectivo Contrato.

**5.4.** Não sendo do interesse do usuário residente no Município de Bom Sucesso do Sul se valer da prerrogativa do item 5.3 (que a coleta de material seja feita por servidor municipal), aplica-se a regra geral deste Edital, tanto quanto ao objeto contratado e a forma de prestação do serviço quanto para a distribuição da demanda.

## **6. FORMA DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

**6.1.** A Contratada irá atender os usuários oriundos dos Municípios consorciados ao CONIMS.

**6.2.** A Contratada executará os serviços em local indicado pelo CONIMS, e em dia e horário a serem acordados entre as partes, conforme disponibilidade informada no requerimento de credenciamento.

**6.3.** Compete ao Município o agendamento das consultas e demais procedimentos de SADT aos usuários, mediante geração de guia de consulta/autorização pelo Sistema WEB a ser apresentada por ocasião do seu atendimento, acompanhada do documento de identificação do paciente.

- 6.3.1.** Para os serviços laboratoriais, ao paciente será entregue a respectiva guia de autorização, com indicação dos laboratórios credenciados, definido a seu critério.
- 6.3.2.** A indicação a que se refere o item anterior deve considerar somente os Laboratórios/Postos de coleta que realizem todos os exames prescritos ao paciente, primeiramente dentre os localizados no território do próprio Município, salvo quando se tratar do disposto no item 5.3 deste Edital.
- 6.3.2.1.** Em não havendo prestador credenciado na unidade territorial, o Município deverá indicar todos os Laboratórios/Postos de coleta nos Municípios vizinhos (contíguo ao seu território), observadas as condições do item anterior, para que o paciente realize a escolha.
- 6.4.** O fornecimento de equipamentos, insumos, materiais e medicamentos, necessários à prestação dos serviços é de responsabilidade da Contratada quando o atendimento ocorre em seu estabelecimento.
- 6.5.** O Contratado deve comunicar o CONIMS quando, por impedimento emergencial, não puder realizar o atendimento agendado, garantida a remarcação.
- 6.6.** A prestação do serviço não constitui, em hipótese alguma, vínculo empregatício de qualquer espécie entre a Contratada e a Contratante.
- 6.7.** Os atendimentos realizados por encaminhamento dos municípios consorciados não poderão ser referenciados para atendimento de forma particular ou solicitação de complementação de valores.
- 6.8.** Toda prescrição de serviços complementares e/ou procedimentos e/ou exames, consultas e terapias deverão ser solicitados previamente em guias específicas disponibilizadas no sistema.
- 6.9.** As guias de requisição de atendimento deverão estar autorizadas pela Secretaria da Saúde do Município, devidamente preenchidas, carimbadas e assinadas.
- 6.10.** Compete ao profissional indicado pelo Contratado a observância às normativas pertinentes ao atendimento e encaminhamento dos usuários do Sistema Único de Saúde e, em caso omissivo, as orientações definidas pelo CONIMS ou pelo Conselho de Secretários Municipais, quando for necessário.
- 6.11.** O Consórcio reserva-se no direito de fiscalizar a execução dos serviços através de auditor nomeado pelo Município/Consórcio através de carta/resposta ao usuário emitida pelo consórcio, contendo: procedimento, instituição, profissional, valores, satisfação do usuário e se houve cobranças complementares.
- 6.12.** O descumprimento das condições indicadas neste Edital e respectivo Contrato, permite que o CONIMS adote medidas cautelares e imediatas, tais como a paralisação do serviço e a suspensão do Contrato, mediante pagamento daqueles já executados, sem prejuízo de ulterior processo administrativo apuratório de responsabilidade, assegurada a ampla defesa e o contraditório e descredenciamento.
- 6.13.** O Contratado que realiza atendimentos nas unidades do CONIMS e dos Municípios

Consorticiados responde pelos danos decorrentes de má utilização de equipamentos, materiais e/ou insumos ambulatoriais, apurados em processo administrativo próprio.

**6.14.** Conforme determina o Código de Ética Médica, o profissional médico está obrigado a utilizar o prontuário eletrônico disponibilizado através do sistema Web do Consórcio para controle e faturamento das consultas realizadas, independentemente do local de prestação do serviço.

**6.14.1.** O sistema será disponibilizado única e exclusivamente para o atendimento aos usuários dos municípios consorciados ao CONIMS, sendo vedada a utilização que não seja para a função descrita, sob pena das sanções legais e contratuais cabíveis.

**6.14.2.** Em situações excepcionais e devidamente motivadas pelo CONIMS ou Município consorciado interessado, poderá ser credenciado e contratado atendimento médico por teleconsulta, conforme normativa do CFM 2.314/2022, que deverá ocorrer com a presença física do paciente na sede do CONIMS, em consultório com acompanhamento integral de profissional de enfermagem, responsável por informar o usuário das condições do atendimento, inclusive do tratamento e proteção de seus dados.

**6.14.2.1.** O médico vinculado à Contratada deverá registrar os dados colhidos no prontuário eletrônico do sistema de saúde e gerenciamento do CONIMS e observar as regras de segurança cibernética dos seus equipamentos que fizer uso.

## **7. GESTÃO E FISCALIZAÇÃO DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO**

**7.1.** O contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas e as normas da Lei nº 14.133, de 2021, e cada parte responderá pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

**7.2.** A contratada fica obrigada a:

**7.2.1.** Comunicar, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, as impossibilidades de atendimento, salvo as motivadas por força maior, que serão justificadas.

**7.2.2.** Alimentar Sistema Web indicado pelo CONIMS, informando todos os dados necessários para processar o faturamento relativo à competência.

**7.2.3.** Executar os serviços para o qual se credenciou, conforme ANEXO III – PROCEDIMENTOS/ EXAMES/ CONSULTAS/ TERAPIAS/ BIOPSIAS.

**7.2.4.** Responder por quaisquer prejuízos que seus empregados ou prepostos vierem a causar ao patrimônio do CONIMS ou Município consorciado, bem como a terceiros, decorrentes de ação ou omissão culposa ou dolosa, procedendo imediatamente aos reparos ou indenizações cabíveis e assumindo o ônus decorrente.

**7.2.5.** Se o CONIMS vier a ser demandado, em qualquer esfera, por atos praticados pelo Contratado, é obrigatória a ação de regresso em face do Contratado, caso ele não integre a demanda, ainda que já rescindido o Contrato.

- 7.2.6.** Manter durante o período de vigência do credenciamento e do contrato de prestação de serviços, todas as condições editalícias, em especial no que tange à regularidade fiscal e capacidade técnico-operacional, comunicando qualquer alteração ao CONIMS.
- 7.2.7.** Apresentar ao CONIMS, sempre que solicitado, comprovantes de regularidade para com as obrigações trabalhistas, sociais, previdenciárias e tributárias.
- 7.2.8.** Permitir, a qualquer tempo e hora, o acesso dos supervisores e auditores indicados pelo CONIMS em suas dependências, para supervisionar e acompanhar o correto cumprimento do que foi contratado, conveniado ou acordado.
- 7.2.9.** Manter, por si, por seus prepostos, irrestrito segredo de todas as atividades desempenhadas em relação aos serviços descritos no objeto deste contrato, bem como não divulgar, sob qualquer meio, as informações que recebeu em virtude do contrato.
- 7.2.10.** Responsabilizar-se por quaisquer ônus decorrentes de omissões ou erros na elaboração do seu faturamento, que redundem em aumento das despesas ou perda de descontos.
- 7.2.11.** Ser pontual no atendimento das obrigações contratadas.
- 7.2.12.** Atender os pacientes com dignidade e respeito e de modo universal e igualitário.
- 7.2.13.** Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar a prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação Legal.
- 7.2.14.** Responder por todos e quaisquer danos e/ou prejuízos que vier a causar aos pacientes.
- 7.2.15.** Realizar os procedimentos contratados, sem a cobrança de qualquer valor adicional ao usuário do SUS ou do consórcio, fora aqueles previstos no respectivo anexo.
- 7.2.16.** Garantir os materiais necessários aos atendimentos, incluindo nesse caso, todo e qualquer medicamento imprescindível para a realização dos procedimentos.
- 7.2.17.** Manter sempre atualizado os prontuários dos pacientes, com utilização do Prontuário Eletrônico.
- 7.2.18.** Garantir a porta de entrada de todos os profissionais que prestarão os serviços a todos os usuários encaminhados pelo CONIMS.
- 7.2.19.** Ofertar aos usuários um espaço ou edificação acessível, ou seja, projetada e executada de acordo com as exigências legais e com o estabelecido nas Normas Brasileiras (NBRs) da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).
- 7.3.** A execução do contrato será acompanhada e fiscalizada pelo (s) fiscal (ais) do contrato, ou pelos respectivos substitutos na forma de Resolução próprio deste CONIMS.
- 7.4.** As comunicações entre CONIMS e a contratada devem ser realizadas por escrito sempre que o ato exigir tal formalidade, admitindo-se o uso de mensagem eletrônica, através de e-mail.
- 7.5.** O CONIMS poderá convocar representante da empresa para adoção de providências que devam ser cumpridas de imediato.

## **8. DOS ATENDIMENTOS/CONSULTAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS/ TERAPIAS/ BIÓPSIAS**

**8.1.** O usuário será encaminhado com guia de referência/contra referência por profissional médico indicado e guia de agendamento/autorização do CONIMS para consultas e/ou exames ao serviço médico/diagnóstico indicado pelo Consórcio.

**8.2.** O tempo mínimo para os atendimentos referente ao Grupo A – Sessões e Terapias (Anexo III) e para cada consulta especializada, é de 15 (quinze) minutos.

**8.2.1.** O tempo mínimo para os atendimentos referente ao Grupo B - Sessões e Terapias (Anexo III), devido à complexidade e especificidade dos atendimentos, é de 30 (trinta) minutos.

**8.2.2.** Poderá o profissional atender em tempo menor desde que não afete a qualidade do atendimento.

**8.2.3.** Se houver perda de qualidade e constatado atendimento em tempo inferior ao preconizado, fica a contratada sujeita a aplicação de sanções conforme este edital, seus anexos e a legislação.

**8.3.** O prestador de serviço deverá emitir a contra referência ou solicitação de SADT, ou laudo informando ao paciente sobre a sua condição clínica com ou sem retorno a atenção primária a saúde.

**8.4.** Os atos referidos nos itens anteriores serão acompanhados pelo CONIMS e MUNICÍPIO de origem do usuário, que terão poderes para:

**8.4.2.** Autorizar ou não o procedimento requisitado;

**8.4.3.** Realizar, "havendo necessidade" auditoria "in loco", agendada ou não;

**8.4.4.** Glosar procedimentos realizados que tenham insuficiência de informações ou apresentem indício de irregularidade.

## **9. AGENDAMENTOS DOS SERVIÇOS**

**9.1.** Para agendamento das consultas/atendimentos independentemente do local de atendimento:

**9.1.1.** Compete ao CONIMS programar a disponibilidade de agenda das consultas dos prestadores credenciados.

**9.1.2.** O sistema de agendamentos será disponibilizado no período de 01 (um) a 30 (trinta) de cada mês.

**9.1.3.** O prestador deverá informar a agenda com 30 (trinta) dias de antecedência.

**9.1.4.** A emissão de Solicitação de Procedimento/Retornos/Exames deve ser realizada através do sistema, não sendo aceitável a forma manuscrita independentemente de o procedimento ser regulamentado pelo SUS.

**9.1.5.** As guias de solicitação de procedimento /solicitação de autorização deverão ser entregues ao usuário.

**9.2. Para agendamento dos exames/procedimentos:**

**9.2.1.** Compete ao CONIMS programar a disponibilidade de agenda dos serviços dos prestadores credenciados em que o local de atendimento ocorra na sede do CONIMS em Pato Branco, nas unidades descentralizadas em Chopinzinho e São Lourenço e nas demais unidades de saúde dos municípios consorciados.

**9.2.1.1.** Para liberação dos serviços deverão seguir as regras dos itens 9.1.1 e 9.1.2.

**9.2.2.** Para os atendimentos realizados em sede própria da contratada os agendamentos dos serviços deverão ser realizados diretamente pelo prestador.

**9.2.3.** Os casos omissos serão analisados e resolvidos pela contratante.

**9.2.4.** O sistema será disponibilizado única e exclusivamente para o atendimento aos usuários dos municípios consorciados ao CONIMS, sendo vedada a utilização para outros fins, sob pena das sanções contratuais e legais.

## **10. DA FORMA E PRAZO DAS ALTERAÇÕES**

**10.1.** As alterações contratuais serão formalizadas por meio de termos aditivos e ou apostilamento, conforme o caso mediante requerimento escrito, devidamente instruído, enviado ao e-mail [credenciamento@conims.com.br](mailto:credenciamento@conims.com.br), das seguintes formas:

**10.2. Para inclusão/exclusão de profissionais especialistas:**

**10.2.1.** Apresentação de Requerimento de Inclusão/Exclusão de Profissional (Anexo II), acompanhado dos documentos elencados no item 8 (Dos Documentos de Habilitação), sob pena de indeferimento.

**10.3. Para inclusão/exclusão de exames Laboratoriais:**

**10.3.1.** Apresentação do Requerimento de Inclusão/Exclusão de Exames Laboratoriais (Anexo II), sob pena de indeferimento.

**10.4. Para inclusão/exclusão dos demais exames e procedimentos:**

**10.4.1.** Apresentação de Requerimento de Inclusão/Exclusão dos demais Exames e Procedimentos (Anexo II), acompanhado dos documentos elencados no item 8 (Dos Documentos de Habilitação), sob pena de indeferimento. sob pena de indeferimento.

**10.5. Para as demais alterações contratuais:**

**10.5.1.** Apresentação do Requerimento de Demais Alterações Contratuais (Anexo II), acompanhado de documentos comprobatórios, sob pena de indeferimento.

**10.6. Para autorização de auxiliares**

**10.6.1.** As credenciadas para atendimento nos Ambulatórios Médicos de Especialidades do Consórcio, que necessitem de serviço auxiliar de técnico não vinculado ao CONIMS diverso daquele indicado no Contrato, deverá solicitar autorização prévia, instruída com cópia autenticada dos seguintes documentos: CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social)



ou contrato de prestação de serviço, no caso de profissional da saúde deverão apresentar também certificado de formação na área e carteira de registro no órgão de classe, cuja anuência constitui ato discricionário do Consórcio.

**10.6.2.** O deferimento do pedido objeto do item anterior não implica vínculo de qualquer natureza entre o CONIMS e a pessoa indicada, subordinada ao Contratado, que, no entanto, deverá se sujeitar às normas internas do Consórcio.

## 11. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

**11.1.** As despesas geradas em função do objeto ocorrerão por conta da dotação orçamentária 02.001.10.302.0002.2.002.3.3.90.39.00.00.00.00 – fonte 076.

## 12. FATURAMENTO

**12.1.** Para efeito de faturamento e pagamento, a competência inicia-se no dia 25 do mês anterior e vai até o dia 24 do mês relativo à competência.

**12.2.** As Guias de produção de exames realizados deverão ser protocolizadas no Setor de Protocolo do CONIMS no prazo da respectiva competência, sob pena de serem processadas e pagas na fatura da competência seguinte.

**12.2.1.** As Guias deverão ser apresentadas semanalmente, respeitando a data limite do fechamento protocolado no dia 25 (vinte e cinco) ou próximo dia útil do mês relativo a produção.

**12.3.** Os serviços de consulta efetivamente prestados pela Contratada, corresponderá ao fechamento da produção no Sistema que estiver com lançamento concluídos no prontuário eletrônico.

**12.4.** Constatados erros ou divergências nos lançamentos, o Contratante deverá notificar, de forma escrita e fundamentada o contratado, para fins de análise e verificação, e, sendo o caso, inclusão para pagamento na fatura seguinte, ou rejeitado mediante comunicação escrita à Contratada.

**12.5.** Após o recebimento das guias, o Setor de Controladoria e Execução fará a análise da produção e encaminhará para pagamento.

## 13. EMISSÃO DA NOTA FISCAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

**13.1.** A Nota Fiscal deverá ser emitida conforme o relatório de fechamento do faturamento disponibilizado pelo CONIMS, através da ÁREA DO PRESTADOR no site do consórcio [www.conims.com.br](http://www.conims.com.br), detalhando a quantidade, os itens/procedimentos e os valores executados em conformidade com o objeto contratado.

**13.2.** Deverá ser cadastrado o e-mail [contabilidade@conims.com.br](mailto:contabilidade@conims.com.br) para envio automático da NFS-no ato de sua emissão.

**13.3.** Havendo erro no documento de cobrança ou outra circunstância que impeça a liquidação da despesa, o pagamento ficará sobrestado até que à Contratada providencie as medidas saneadoras necessárias, o que não acarretará, neste caso, quaisquer ônus à Contratante.

## **14. VENCIMENTO E PAGAMENTO**

**14.1.** O vencimento se dará até o dia 30 do mês posterior à data do aceite definitivo da Nota Fiscal, o pagamento será realizado em moeda corrente nacional, através de crédito, DOC ou TED na conta corrente pessoa jurídica no mesmo CNPJ contratado.

**14.1.1.** No decorrer do processo, caso seja necessária alteração de banco, agência e/ou conta corrente deverá ser solicitado através de Ofício ao Setor de Tesouraria deste CONIMS.

**14.2.** O pagamento não será realizado através de boleto bancário.

**14.3.** Não poderá ser cobrado qualquer tipo de despesa senão única e exclusivamente o valor dos serviços prestados e faturados.

**14.4.** Quando inadimplente o CONIMS, o pagamento será monetariamente atualizado, a partir do seu vencimento e até o de sua liquidação, segundo os mesmos critérios adotados para a atualização de obrigações tributárias da entidade, de acordo com o IPCA acumulado no período, e juros moratórios, à razão de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculados "pro rata tempore" em relação ao atraso verificado vigente na data de seu pagamento. Mediante aplicação das seguintes fórmulas:

$$I = (TX / 100) / 365$$

$$EM = I \times N \times VP$$

*Onde:*

*I = Índice de atualização financeira;*

*TX = Percentual da taxa de juros de mora anual;*

*EM = Encargos moratórios;*

*N = N. de dias entre a data prevista para pagamento e a do efetivo pagamento;*

*VP = Valor da parcela em atraso.*

**14.5.** Em caso de Processo Administrativo de apuração de Responsabilidade, o CONIMS poderá deduzir o valor de multas impostas ao Contratado do saldo a pagar.

**14.6.** O contratado que deixar de apresentar ou apresentar Certidão de Regularidade do FGTS - CRF, de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União e Negativa de Débitos Trabalhistas - CNDT, indicativa de pendência, será notificado para regularização, sob pena de bloqueio de serviços, ressalvado o direito ao pagamento dos já prestados.

## 15. SUBCONTRATAÇÃO

**15.1.** O Contrato de prestação de serviços não poderá ser objeto de cessão, transferência, subcontratação no todo ou em parte, não podendo a Contratada se valer deste para vincular terceiros à presente contratação, sob pena de imediata rescisão/descredenciamento e aplicação das sanções previstas no presente instrumento.

## 16. VIGÊNCIA

**16.1.** O prazo de vigência da contratação será de até 12 (doze) meses contados da assinatura ou início da vigência do respectivo contrato, prorrogável por até 10 anos, na forma dos artigos 106 e 107 da Lei nº 14.133, de 2021.

**16.2.** A cada novo exercício, deve ser aferida a existência de créditos orçamentários vinculados à contratação e a vantagem em sua manutenção.

**16.3.** O serviço é enquadrado como continuado tendo em vista que se prestam à manutenção da atividade fim do CONIMS, decorrentes de necessidades permanentes ou prolongadas.

Pato Branco/PR, 01 de março de 2024.

## ANEXO II - MODELOS DE REQUERIMENTOS E DECLARAÇÕES

## REQUERIMENTO PARA INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO

**Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde – CONIMS - Pato Branco – PR  
Setor de Licitações e Contratos**

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no **Credenciamento de pessoas jurídicas para a realização de consultas de especialidades, exames clínicos/imagem, exames laboratoriais, procedimentos, biópsias, terapias e serviços complementares especializados** Nº 001/2023 divulgado pelo **CONIMS**, nos termos do presente Edital e seus anexos:

Razão Social: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

Telefone Pessoal: \_\_\_\_\_ Telefone Comercial: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Insc. Estadual: \_\_\_\_\_ Inscr. Municipal \_\_\_\_\_

Dados bancários (PESSOA JURÍDICA) Banco: \_\_\_\_\_ Ag: \_\_\_\_\_ Conta Corrente n. ° \_\_\_\_\_

Nome do Profissional que executará os serviços: \_\_\_\_\_

Nº do conselho da categoria do profissional: \_\_\_\_\_

**Procedimentos/Exames/Consultas (relacionar de acordo com os itens e descrição do Edital)**

| Código | Descrição | Quantidade Mensal |
|--------|-----------|-------------------|
|        |           |                   |
|        |           |                   |

Local da prestação do serviço: \_\_\_\_\_

Horários e dias que o **profissional** disponibilizará para os agendamentos/atendimentos ao **CONIMS**:

| Dia da Semana<br>(segunda,<br>terça...) | Manhã           |               | Tarde           |               | Noite           |               |
|---|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|
|   | Horário Inicial | Horário Final | Horário Inicial | Horário Final | Horário Inicial | Horário Final |
|   |                 |               |                 |               |                 |               |
|   |                 |               |                 |               |                 |               |

- **Para cada local de atendimento deverá ser preenchido um formulário.**

(Cidade)/Estado, (dia) de (mês) de (ano).

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do representante legal e/ou procurador da empresa)

## DECLARAÇÃO DE CONDIÇÃO DE PARTICIPAÇÃO

**A empresa** \_\_\_\_\_ inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, por intermédio de seu representante legal \_\_\_\_\_, declara para os fins de participação no Chamamento Público - N.º 001/2023 do CONIMS que:

- a)** Está ciente e concorda com as condições contidas no edital e seus anexos, bem como aos atos normativos pertinentes expedidos pelo CONIMS e de que o requerimento apresentado compreende a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de sua entrega em definitivo e que cumpre plenamente os requisitos de habilitação definidos neste instrumento convocatório;
- b)** Não emprega menor de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 anos, salvo menor, a partir de 14 anos, na condição de aprendiz, nos termos do artigo 7º, XXXIII, da Constituição;
- c)** Não possui empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto nos incisos III e IV do art. 1º e no inciso III do art. 5º da Constituição Federal;
- d)** Se for o caso, que cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas.
- e)** Que não possui nenhum impeditivo vigente para participar do presente credenciamento, nos termos do art. 14 da Lei nº 14.133, de 2021.
- f)** Na execução do objeto contratado, a Contratada se responsabiliza pelo uso regular de dados de pacientes para uso exclusivo das finalidades do CONIMS, sob pena de sofrer as sanções legais.
- g)** Declaro serem autênticos os documentos apresentados para fim de habilitação.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Cidade/Estado, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante legal da empresa e/ou Procurador

## DECLARAÇÃO DE EMPREGO

Eu, (Nome do (a) profissional) apresento essa declaração de emprego, cargos ou funções, remuneradas sob qualquer forma, ou serviços federais, estaduais, municipais, paraestatais, sociedades de economia mista, forças armadas, entidades privadas, etc.

1. **Nome das entidades empregadoras:** (empresas onde o profissional trabalha).
  - a)
  - b)
  - c)
  
2. **Natureza das atividades que exerce:** (funções desempenhadas nas empresas citadas nos itens acima).
  - a)
  - b)
  - c)
  
3. **Dias e horários ou compromissos de trabalho:** (horário de trabalho nas empresas citadas nos itens acima).
  - a)
  - b)
  - c)
  
4. **Locais de trabalho:** (local de trabalho nas empresas citadas nos itens acima).
  - a)
  - b)
  - c)

Declaro não exercer nenhum emprego, cargo ou função, além dos acima enumerados, bem como aceitar as normas vigentes como locador de serviços.

(Cidade)/Estado, (dia) de (mês) de (ano).

---

(Assinatura do profissional)

*\*Obs. Os horários em que serão realizados os atendimentos para o CONIMS não devem ser relacionados nos itens acima, pois já se encontra no requerimento. Anexo II*

## REQUERIMENTO DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO DE PROFISSIONAL

**RAZÃO SOCIAL:**

**CNPJ:**

**ENDEREÇO COMPLETO:**

**TELEFONE/E-MAIL:**

**A empresa** \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, por seu representante legal \_\_\_\_\_, requer a ( ) inclusão ( ) exclusão do profissional \_\_\_\_\_, CRM/CRF/CREFITO \_\_\_\_\_ para prestação de serviços de \_\_\_\_\_ nos termos do Chamamento Público Nº 001/2023.

Por ser expressão da verdade, firmo à presente.

Pato Branco, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do representante legal da empresa e/ou Procurador

\*Obs: Para inclusão de profissional encaminhar documentos do profissional que irá ser credenciado de acordo com itens deste edital de credenciamento.



## REQUERIMENTO DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO DE EXAMES LABORATORIAIS

Tabelas CONIMS – Anexo III

**RAZÃO SOCIAL:**

**CNPJ:**

**ENDEREÇO COMPLETO:**

**TELEFONE/E-MAIL:**

**RAZÃO SOCIAL** \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, por seu representante legal \_\_\_\_\_, requer a inclusão/exclusão dos exames a seguir, nos termos do Chamamento Público - Edital de Credenciamento Nº 001/2023.

**( ) INCLUSÃO**

| <b>Código</b> | <b>Descrição</b> | <b>Valor</b> | <b>Qtde Mensal</b> |
|---------------|------------------|--------------|--------------------|
|               |                  |              |                    |
|               |                  |              |                    |

**( ) EXCLUSÃO**

| <b>Código</b> | <b>Descrição</b> | <b>Valor</b> |
|---------------|------------------|--------------|
|               |                  |              |
|               |                  |              |

Por ser expressão da verdade, firmo à presente.

Pato Branco, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante legal da empresa e/ou Procurador

**REQUERIMENTO DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO DOS DEMAIS EXAMES E PROCEDIMENTOS**

Tabelas CONIMS – Anexo III

**RAZÃO SOCIAL:**

**CNPJ:**

**ENDEREÇO COMPLETO:**

**TELEFONE/E-MAIL:**

**RAZÃO SOCIAL** \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, por seu representante legal \_\_\_\_\_, requer a inclusão/exclusão dos exames/procedimentos a seguir, nos termos do Chamamento Público Nº 001/2023.

**( ) INCLUSÃO**

**LOCAL DE ATENDIMENTO:**

| <b>Código</b> | <b>Descrição</b> | <b>Profissional</b> | <b>Valor unitário</b> | <b>Qtde Mensal</b> |
|---------------|------------------|---------------------|-----------------------|--------------------|
|               |                  |                     |                       |                    |
|               |                  |                     |                       |                    |

**( ) EXCLUSÃO**

| <b>Código</b> | <b>Descrição</b> | <b>Profissional</b> | <b>Valor unitário</b> |
|---------------|------------------|---------------------|-----------------------|
|               |                  |                     |                       |
|               |                  |                     |                       |

*\*Obs: Caso o profissional citado acima não esteja vinculado ao contrato, encaminhar os documentos do executante de acordo com itens deste edital de credenciamento (ITEM 8.17. DO PROFISSIONAL QUE EXECUTARÁ OS SERVIÇOS), bem como o Termo de Inclusão de Profissional.*

Por ser expressão da verdade, firmo à presente.

Pato Branco, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante legal da empresa e/ou Procurador

## REQUERIMENTO DE DEMAIS ALTERAÇÕES CONTRATUAIS

A empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, por seu representante legal \_\_\_\_\_, requer a alteração do Contrato de Prestação de Serviços nº \_\_\_\_/ (ano), objetivando as seguintes alterações conforme abaixo nos termos do Chamamento Público – Nº 001/2023.

( ) Contrato Social (*alteração de razão social, nome fantasia, responsável legal/administrador da empresa/Responsável Técnico*)

( ) Endereço, telefone

( ) Suspensão de serviços

( ) Alteração do Contrato Social

( ) Alteração da Conta bancária

( ) Outros

COMPLEMENTAR: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Pato Branco, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do representante legal/ e ou procurador)

**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA AOS TERMOS DA LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS  
– LGPD AO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE - CONIMS**

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ:

ENDEREÇO:

ENDEREÇO ELETRÔNICO:

RESPONSÁVEL

TELEFONE DE CONTATO:

Ao aderir ao certame e celebrar Contrato Administrativo com o CONIMS, declaro-me ciente de que, por exigência dos órgãos de controle externo, da Lei nº 12.527/2018 – Lei de Acesso à Informação – e da Resolução CONIMS nº 155/2021, a íntegra dos atos prévios à contratação e o Contrato e seus anexos serão disponibilizados no Portal de Transparência do CONIMS, que realiza o tratamento de dados pessoais pertinentes à qualificação jurídica, econômico-financeira, tributária e técnica do Contratado, para uso exclusivo às finalidades legais e institucionais consorciais, conforme disposto na Lei nº 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e no Decreto nº 10.046/2019.

Declaro, de forma expressa, que estou ciente de que, foi-me dada a possibilidade de indicar dados sensíveis de pessoas naturais indicadas nos referidos documentos, parte integrante deste processo de contratação, a se submeterem ao processo de anonimização, por meios técnicos e disponíveis ao CONIMS.

---

Representante legal da empresa

Pato Branco/PR, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## TERMO DE RESPONSABILIDADE – LOGIN E SENHA

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ:

ENDEREÇO:

ENDEREÇO ELETRÔNICO:

RESPONSÁVEL

TELEFONE DE CONTATO:

Ao aderir ao certame e celebrar Contrato Administrativo com o CONIMS, declaro-me ciente, para os devidos fins, que será de uso intransferível o login e senha disponibilizado pelo CONIMS ao profissional que fará uso do sistema de prontuário dos pacientes.

---

Representante legal da empresa

Pato Branco/PR, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O USO DA TELEMEDICINA

Eu, \_\_\_\_\_, nascido (a) em \_\_\_\_\_, na data \_\_\_\_\_ inscrito (a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ e no RG sob o nº \_\_\_\_\_, residente \_\_\_\_\_ na qualidade de paciente, declaro que fui devidamente informado (a) pelo Dr. \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_ que a utilização da telemedicina está sendo feita em situações excepcionais.

Declaro que fui orientado (a) sobre as formas de telemedicina e então optei pela modalidade assinalada abaixo, após informação esclarecida pelo meu médico e o profissional enfermeiro.

TELEORIENTAÇÃO, para que médicos realizem orientação à distância a seus pacientes e com possibilidade de encaminhamento, caso necessário.

TELEMONITORAMENTO médico, ato médico para monitoramento ou vigilância à distância de parâmetros de saúde e/ou doença.

TELEINTERCONSULTA entre médicos, exclusivamente para troca de informações (clínicas, laboratoriais e de imagens) e opiniões, para auxílio diagnóstico ou terapêutico.

TELECONSULTA, realizada entre médico e paciente, sem exame presencial, com a possibilidade de prescrição de tratamento, solicitação de exames e outros procedimentos, bem como emissão de atestado e relatório. Ficando facultado ao médico decidir sobre a pertinência de atendimento presencial em primeira consulta.

Estou ciente que a telemedicina apresenta limitações por não possibilitar o meu exame médico presencial, podendo ser, em alguns casos, limitados por vídeo e/ou foto.

Declaro estar ciente que a telemedicina é uma alternativa para atendimento, e caso eu ou o meu médico percebamos a necessidade da avaliação presencial ou em caso de interrupção da comunicação por falha técnica, a telemedicina é considerada interrompida e o paciente encaminhado ao ambulatório ou hospital, dentro da necessidade.

Nos casos de teleinterconsulta, eu autorizo o envio de dados/documentos/fotos/vídeos que permitam a minha identificação, uma vez que ela se faz entre médicos.

Este consentimento para uso de imagens se dá de forma gratuita, sem qualquer custo em meu benefício ou prejuízo à minha pessoa, e poderá ser revogado a meu pedido ou solicitação.

Declaro também que fui informado que a emissão de receitas, relatórios e atestados médicos à distância é válida em meio eletrônico, durante a realização da telemedicina, segundo a Portaria MS nº 467, de 20 de março de 2020.

Reconheço a excepcionalidade do momento, e me comprometo a preservar e manter a confidencialidade das imagens (foto e vídeo), dos dados, dos diálogos, orientações, prescrições e todo o conteúdo referentes à forma da telemedicina a que fui submetido, sob

pena de sanções legais por exposição de dados e imagem. Da mesma forma, afirmo meu compromisso em não gravar, fotografar ou editar qualquer momento ou etapa da telemedicina empregada, assim como asseguro minha ciência que tal fato não tem o consentimento do meu médico.

Toda pessoa tem o seu direito de imagem, por esta razão a publicação de qualquer material sem autorização prévia do outro trata-se de crime, de acordo com o art. 5º da Constituição Federal "são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurando o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação".

Assim, ao assinar esse termo declaro estar seguro (a) e ciente para a realização da telemedicina e ao mesmo tempo, declaro e dou fé que a assinatura abaixo é minha.

Plenamente ciente e esclarecido, DECLARO estar totalmente informado de todos os fatores de risco acima mencionados, dando meu aceite para que os procedimentos e tratamentos propostos pelo meu médico assistente sejam levados a termo, na forma por ele indicada, no intuito do restabelecimento de minha saúde.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Nome do paciente

CPF \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_

## TERMO DE RESPONSABILIDADE DE EMPREGO DA TELEMEDICINA

Eu, \_\_\_\_\_ inscrito no CRM \_\_\_\_\_, na qualidade de MÉDICO, declaro que prestei os devidos esclarecimentos ao paciente \_\_\_\_\_ inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ e no RG sob o nº \_\_\_\_\_, quanto à utilização da telemedicina em situações excepcionais.

Declaro, que estou ciente que, uma vez consentido o uso da telemedicina, em qualquer de sua modalidade, tenho o dever de elaborar um prontuário para cada paciente, contendo os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico.

Declaro também que fui informado que a emissão de receitas, relatórios e atestados médicos à distância é válida em meio eletrônico, durante a realização da telemedicina, segundo a Portaria MS nº 467, de 20 de março de 2020 e da Resolução CFM nº 2.314/2022.

Reconheço a excepcionalidade do momento, e me comprometo a preservar e manter a confidencialidade das imagens (foto e vídeo), dos dados, dos diálogos, orientações, prescrições e todo o conteúdo referentes à forma da telemedicina a que submeti o paciente, sob pena de sanções legais por exposição de dados e imagem, a fim de preservar o direito de imagem, de privacidade e da personalidade do paciente.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20XX.

\_\_\_\_\_  
Nome do Médico

CRM/\_\_\_\_\_



**ANEXO III – TABELAS CONIMS**

**ANEXO III – A - TELECONSULTA CONSULTAS DE ESPECIALIDADES**

| <b>ITEM</b> | <b>TELECONSULTA DE ESPECIALIDADES (03.01.01.030-7)</b> | <b>VALOR</b> |
|-------------|--|--------------|
| 01          | TELECONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA           | 73,00        |

**ANEXO III – B – CONSULTAS DE  
ESPECIALIDADES/TITULAÇÃO/ESPECIALIZAÇÃO**

| <b>ITEM</b> | <b>CONSULTAS DE ESPECIALIDADES (03.01.01.007-2)</b>                | <b>VALOR</b> |
|-------------|--|--------------|
| 001         | MÉDICO EM MEDICINA NUCLEAR (CBO 225315)                            | R\$ 73,00    |
| 002         | MÉDICO - COM ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA NUCLEAR (CBO 225170)       | R\$ 73,00    |
| 003         | MÉDICO HEPATOLOGISTA (CBO 225165)                                  | R\$ 73,00    |
| 004         | MÉDICO - COM ESPECIALIZAÇÃO EM HEPATOLOGIA (CBO 225170)            | R\$ 73,00    |
| 005         | MÉDICO OFTALMOLOGISTA (CBO 225265)                                 | R\$ 73,00    |
| 006         | MÉDICO - COM ESPECIALIZAÇÃO EM OFTALMOLOGIA (CBO 225170)           | R\$ 73,00    |
| 007         | MÉDICO ORTOPEDISTA (CBO 225270)                                    | R\$ 73,00    |
| 008         | MÉDICO - COM ESPECIALIZAÇÃO EM ORTOPEDIA (CBO 225170)              | R\$ 73,00    |
| 009         | MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA (CBO 225275)                         | R\$ 73,00    |
| 010         | MÉDICO - COM ESPECIALIZAÇÃO EM OTORRINOLARINGOLOGISTA (CBO 225170) | R\$ 73,00    |

**ANEXO III – C - CONSULTAS DE  
ESPECIALIDADES/TITULAÇÃO/ESPECIALIZAÇÃO – AMES**

| <b>ITEM</b> | <b>CONSULTAS DE ESPECIALIDADES (03.01.01.007-2)</b>                      | <b>VALOR</b> |
|-------------|--|--------------|
| 001         | MÉDICO CARDIOLOGISTA (CBO 225120)  | R\$ 100,00   |
| 002         | MÉDICO - COM ESPECIALIZAÇÃO em CARDIOLOGIA (CBO 225170)                  | R\$ 100,00   |
| 003         | MÉDICO CARDIOLOGISTA PEDIÁTRICO (CBO 225120)                             | R\$ 100,00   |
| 004         | MÉDICO - COM ESPECIALIZAÇÃO EM CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA (CBO 225170)       | R\$ 100,00   |
| 005         | MÉDICO CIRURGIÃO GERAL (CBO 225225)                                      | R\$ 100,00   |
| 006         | MÉDICO - COM ESPECIALIZAÇÃO EM CIRURGIÃO GERAL (CBO 225170)              | R\$ 100,00   |
| 007         | MÉDICO COLOPROCTOLOGISTA (CBO 225280)                                    | R\$ 100,00   |
| 008         | MÉDICO - COM ESPECIALIZAÇÃO EM COLOPROCTOLOGIA (CBO 225170)              | R\$ 100,00   |
| 009         | MÉDICO DERMATOLOGISTA (CBO 225135)                                       | R\$ 100,00   |
| 010         | MÉDICO - COM ESPECIALIZAÇÃO EM DERMATOLOGIA (CBO 225170)                 | R\$ 100,00   |
| 011         | MÉDICO EM CIRURGIA VASCULAR (CBO 225203)                                 | R\$ 100,00   |
| 012         | MÉDICO - COM ESPECIALIZAÇÃO EM CIRURGIA VASCULAR (CBO 225170)            | R\$ 100,00   |
| 013         | MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA E METABOLISTA (CBO 225155)                       | R\$ 100,00   |
| 014         | MÉDICO - COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA (CBO 225170) | R\$ 100,00   |
| 015         | MÉDICO GASTROENTEROLOGISTA (CBO 225165)                                  | R\$ 100,00   |
| 016         | MÉDICO - COM ESPECIALIZAÇÃO EM GASTROENTEROLOGIA (CBO 225170)            | R\$ 100,00   |
| 017         | MÉDICO GASTROPEDIATRA (CBO 225165)                                       | R\$ 100,00   |
| 018         | MÉDICO - COM ESPECIALIZAÇÃO EM GASTROPEDIATRIA (CBO 225170)              | R\$ 100,00   |
| 019         | MÉDICO GERIATRA (CBO 225180)   | R\$ 100,00   |
| 020         | MÉDICO - COM ESPECIALIZAÇÃO EM GERIATRA - (CBO 225170)                   | R\$ 100,00   |
| 021         | MÉDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA (CBO 225250)                             | R\$ 100,00   |
| 022         | MÉDICO - COM ESPECIALIZAÇÃO EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (CBO 225170)    | R\$ 100,00   |
| 023         | MÉDICO HEMATOLOGISTA (CBO 225185)  | R\$ 100,00   |

**ANEXO III – C – CONSULTAS DE  
ESPECIALIDADES/TITULAÇÃO/ESPECIALIZAÇÃO - AMES**

| <b>ITEM</b> | <b>CONSULTAS DE ESPECIALIDADES (03.01.01.007-2)</b>              | <b>VALOR</b> |
|-------------|--|--------------|
| 024         | MÉDICO - COM ESPECIALIZAÇÃO EM HEMATOLOGIA (CBO 225170)          | R\$ 100,00   |
| 025         | MÉDICO INFECTOLOGISTA (CBO 225103) - A PARTIR DE 13 ANOS         | R\$ 100,00   |
| 026         | MÉDICO - COM ESPECIALIZAÇÃO EM INFECTOLOGIA (CBO 225170)         | R\$ 100,00   |
| 027         | MÉDICO MASTOLOGISTA (CBO 225255)                                 | R\$ 100,00   |
| 028         | MÉDICO - COM ESPECIALIZAÇÃO EM MASTOLOGIA (CBO 225170)           | R\$ 100,00   |
| 029         | MÉDICO NEFROLOGISTA (CBO 225109)                                 | R\$ 100,00   |
| 030         | MÉDICO - COM ESPECIALIZAÇÃO EM NEFROLOGIA (CBO 225170)           | R\$ 100,00   |
| 031         | MÉDICO NEUROCIRURGIÃO (CBO 225260)                               | R\$ 100,00   |
| 032         | MÉDICO - COM ESPECIALIZAÇÃO EM NEUROCIRURGIA (CBO 225170)        | R\$ 100,00   |
| 033         | MÉDICO NEUROLOGISTA (CBO 225112)                                 | R\$ 100,00   |
| 034         | MÉDICO - COM ESPECIALIZAÇÃO EM NEUROLOGIA (CBO 225170)           | R\$ 100,00   |
| 035         | MÉDICO ORTOPEDISTA PEDIÁTRICO (CBO 225270)                       | R\$ 100,00   |
| 036         | MÉDICO - COM ESPECIALIZAÇÃO EM ORTOPEDIA PEDIÁTRICA (CBO 225170) | R\$ 100,00   |
| 037         | MÉDICO PEDIATRA (CBO 225124)                                     | R\$ 100,00   |
| 038         | MÉDICO - COM ESPECIALIZAÇÃO EM PEDIATRIA (CBO 225170)            | R\$ 100,00   |
| 039         | MÉDICO PNEUMOLOGISTA (CBO 225127)                                | R\$ 100,00   |
| 040         | MÉDICO - COM ESPECIALIZAÇÃO EM PNEUMOLOGIA (CBO 225170)          | R\$ 100,00   |
| 041         | MÉDICO PSIQUIATRA (CBO 225133)                                   | R\$ 100,00   |
| 042         | MÉDICO - COM ESPECIALIZAÇÃO EM PSIQUIATRA (CBO 225170)           | R\$ 100,00   |
| 043         | MÉDICO REUMATOLOGISTA (CBO 225136)                               | R\$ 100,00   |
| 044         | MÉDICO - COM ESPECIALIZAÇÃO EM REUMATOLOGIA (CBO 225170)         | R\$ 100,00   |
| 045         | MÉDICO UROLOGISTA (CBO 225285)                                   | R\$ 100,00   |
| 046         | MÉDICO - COM ESPECIALIZAÇÃO EM UROLOGIA (CBO 225170)             | R\$ 100,00   |
| 047         | MÉDICO ONCOLOGISTA CLÍNICO (CBO 225121)                          | R\$ 100,00   |
| 048         | MÉDICO - COM ESPECIALIZAÇÃO EM ONCOLOGIA CLÍNICA (CBO 225170)    | R\$ 100,00   |
| 049         | MÉDICO - COM ESPECIALIZAÇÃO EM NEUROPEDIATRIA (CBO 225170)       | R\$ 100,00   |

**ANEXO III – D - CONSULTAS DE ESPECIALIDADES/TITULAÇÃO - RQE**

| <b>ITEM</b> | <b>CONSULTAS DE ESPECIALIDADES - CBO (03.01.01.007-2)</b>  | <b>VALOR</b> |
|-------------|--|--------------|
| <b>001</b>  | MÉDICO NEUROPEDIATRA (CBO 225112)                          | R\$ 183,00   |
| <b>002</b>  | MÉDICO INFECTOLOGISTA (CBO 225103) – ATÉ 12 ANOS COMPLETOS | R\$ 183,00   |

**ANEXO III – E – ADICIONAL DE LOCOMOÇÃO**

| <b>CÓDIGO</b>  | <b>DESCRIÇÃO</b>       | <b>VALOR/KM</b> |
|----------------|------------------------|-----------------|
| 90.01.01.472-0 | ADICIONAL DE LOCOMOÇÃO | 3,00            |

- Regramento do adicional de locomoção estabelecido no item 4.6 do Termo de Referência.

**ANEXO III – F - ATENDIMENTOS, EXAMES E PROCEDIMENTOS**

| <b>CÓDIGO</b>  | <b>PROCEDIMENTO</b>  | <b>VALOR (R\$)</b> |
|----------------|--|--------------------|
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA.  | R\$ 15,35          |
| 03.01.06.002-9 | ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATE 24 HORAS EM ATENCAO ESPECIALIZADA  | R\$ 19,50          |
| 90.01.01.479-0 | ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (18HS ÀS 07 HS) SABADOS/DOMINGOS/FERIADOS PARA EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA | R\$ 64,00          |
| 90.01.01.033-0 | ANGIOTOMOGRAFIA ABDOMINAL E ILIACAS  | R\$ 516,31         |
| 90.01.01.041-0 | ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR  | R\$ 571,14         |
| 90.01.01.038-0 | ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL   | R\$ 571,14         |
| 90.01.01.037-0 | ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORACICA  | R\$ 571,14         |
| 90.01.01.373-0 | ANGIOTOMOGRAFIA DE ARTERIAS CORONARIAS   | R\$ 1.500,00       |
| 90.01.01.039-0 | ANGIOTOMOGRAFIA DE ARTERIAS RENAIAS  | R\$ 571,14         |
| 90.01.01.034-0 | ANGIOTOMOGRAFIA DE CRÂNIO  | R\$ 536,31         |
| 90.01.01.035-0 | ANGIOTOMOGRAFIA DE MEMBRO INFERIOR   | R\$ 571,14         |
| 90.01.01.036-0 | ANGIOTOMOGRAFIA DE MEMBRO SUPERIOR   | R\$ 571,14         |
| 90.01.01.031-0 | ANGIOTOMOGRAFIA DE PESCOÇO   | R\$ 565,41         |
| 90.01.01.032-0 | ANGIOTOMOGRAFIA DE TORAX   | R\$ 536,31         |
| 90.01.01.042-0 | ANGIOTOMOGRAFIA PULMONAR   | R\$ 571,14         |
| 90.01.01.040-0 | ANGIOTOMOGRAIFA DE PELVE   | R\$ 571,14         |
| 02.01.01.004-6 | BIOPSIA DE ÂNUS E CANAL ANAL   | R\$ 18,46          |
| 02.01.01.006-2 | BIÓPSIA DE BEXIGA  | R\$ 152,76         |
| 02.01.01.015-1 | BIOPSIA DE ENDOMETRIO  | R\$ 18,33          |
| 02.01.01.016-0 | BIOPSIA DE ENDOMETRIO POR ASPIRACAO MANUAL INTRA-UTERINA   | R\$ 85,69          |
| 02.01.01.021-6 | BIÓPSIA DE FIGADO POR PUNCAO   | R\$ 369,23         |
| 02.01.01.027-5 | BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA  | R\$ 300,00         |
| 02.01.01.035-6 | BIOPSIA DE PALPEBRA  | R\$ 18,33          |
| 02.01.01.036-4 | BIOPSIA DE PAVILHAO AURICULAR  | R\$ 14,66          |
| 02.01.01.039-9 | BIÓPSIA DE PIRÂMIDE NASAL  | R\$ 18,33          |
| 02.01.01.041-0 | BIÓPSIA DE PRÓSTATA VIA TRANSRETAL   | R\$ 425,00         |
| 02.01.01.047-0 | BIÓPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - PAAF   | R\$ 80,54          |
| 02.01.01.050-0 | BIÓPSIA/PUNÇÃO DE VAGINA   | R\$ 18,33          |
| 04.09.07.014-9 | EXERESE DE CISTO VAGINAL   | R\$ 250,00         |
| 02.01.01.051-8 | BIÓPSIA/PUNÇÃO DE VULVA  | R\$ 18,33          |
| 02.01.01.056-9 | BIÓPSIA/EXERESE DE NÓDULO DE MAMA  | R\$ 70,00          |
| 02.01.01.058-5 | PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA  | R\$ 66,48          |
| 02.01.01.060-7 | PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA GROSSA   | R\$ 323,09         |
| 02.01.01.064-0 | PUNÇÃO P/ ESVAZIAMENTO   | R\$ 20,77          |



|                |   |     |        |
|----------------|---|-----|--------|
| 02.01.01.066-6 | BIÓPSIA DO COLO UTERINO   | R\$ | 18,33  |
| 90.01.01.447-0 | (02.02.03.114-4) - TESTE DE CONTATO COM BATERIA ANTI INFLAMATORIOS (10 SUBST.)  | R\$ | 200,00 |
| 90.01.01.446-0 | (02.02.03.114-4) - TESTE DE CONTATO COM BATERIA CORTICÓIDES (10 SUBST.)   | R\$ | 200,00 |
| 90.01.01.449-0 | (02.02.03.114-4) - TESTE DE CONTATO COM BATERIA DENTAL (30 SUBST.)  | R\$ | 600,00 |
| 90.01.01.444-0 | (02.02.03.114-4) - TESTE DE CONTATO COM BATERIA PADRÃO (30 SUBST.)  | R\$ | 600,00 |
| 90.01.01.443-0 | (02.02.03.114-4) - TESTE DE CONTATO COM BATERIA PEDIATRICA (20 SUBST.)  | R\$ | 400,00 |
| 90.01.01.448-0 | (02.02.03.114-4) - TESTE DE CONTATO COM BATERIA UNHAS (20 SUBST.)   | R\$ | 400,00 |
| 90.01.01.445-0 | (02.02.03.114-4) - TESTE DE CONTATO COM BATERIA REGIONAL (10 SUBST.)  | R\$ | 200,00 |
| 90.01.01.439-0 | (02.02.03.115-2) - TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA ALIMENTOS: CRUSTÁCEO MIX, CAMARÃO  | R\$ | 60,00  |
| 90.01.01.427-0 | (02.02.03.115-2) - TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA ÁCAROS: D. PTERONYSSINUS, D. FARINAE, BLOMIA, TROPICALIS                     | R\$ | 60,00  |
| 90.01.01.440-0 | (02.02.03.115-2) - TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA ALIMENTOS: CASTANHA DO PARÁ, DE CAJU, AMENDOAS, NOZ                          | R\$ | 120,00 |
| 90.01.01.441-0 | (02.02.03.115-2) - TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA ALIMENTOS: GLÚTEN, TRIGO, AVEIA  | R\$ | 120,00 |
| 90.01.01.442-0 | (02.02.03.115-2) - TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA ALIMENTOS: KWI, TOMATE, PIMENTA DO REINO, ABACATE, MILHO, MORANGO            | R\$ | 210,00 |
| 90.01.01.437-0 | (02.02.03.115-2) - TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA ALIMENTOS: LEITE DE VACA, CASEÍNA, ALFA LACTA ALBUMINA, ALFA LACTO GLOBUMINA | R\$ | 120,00 |
| 90.01.01.438-0 | (02.02.03.115-2) - TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA ALIMENTOS: OVOUCOIDE, OVOALBUMINA, CLARA DO OVO, GEMA DO OVO                 | R\$ | 75,00  |
| 90.01.01.434-0 | (02.02.03.115-2) - TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA BARATAS MIX  | R\$ | 28,00  |
| 90.01.01.430-0 | (02.02.03.115-2) - TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA CARNEIRO   | R\$ | 32,00  |
| 90.01.01.428-0 | (02.02.03.115-2) - TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA EPITÉLIO DE CÃO  | R\$ | 32,00  |
| 90.01.01.429-0 | (02.02.03.115-2) - TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA EPITÉLIO DE GATO   | R\$ | 32,00  |
| 90.01.01.433-0 | (02.02.03.115-2) - TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA FUNGOS MIX (ALTERNARIA ALTERNATA, CLADOSPORIUM                               | R\$ | 28,00  |

|                |   |     |        |
|----------------|---|-----|--------|
|                | HERBARUM, ASPERGILLUS FUMIGATUS, PENICILLIUM NOTATUM, RHIZOPUS NIGRICANS, RHODOTORULA SPP)  |     |        |
| 90.01.01.432-0 | (02.02.03.115-2) - TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA FUNGOS: ASPERGILLUS FUMIGTUS   | R\$ | 20,00  |
| 90.01.01.435-0 | (02.02.03.115-2) - TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA GRAMINEAS 1 (DACTYLIS GLOMERATA, FESTUCA PRATENSIS, PHLEUM PRATENSIS, POA PRATENSIS, LOLIUM MULTIFLORUM) | R\$ | 26,80  |
| 90.01.01.436-0 | (02.02.03.115-2) - TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA GRAMINEAS 2 (CYNODON DACTYLON, PASPALUM NOTATUM, LOLIUM MULTIFLORUM)                                     | R\$ | 26,80  |
| 90.01.01.431-0 | (02.02.03.115-2) - TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA PENAS MIX (PENAS DE GALINHA, GANSO, PATO E POMBO)  | R\$ | 32,00  |
| 02.03.01.001-9 | EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA   | R\$ | 13,72  |
| 02.03.01.003-5 | EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL E DE MAMA)   | R\$ | 20,96  |
| 02.03.01.004-3 | EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA  | R\$ | 35,34  |
| 02.03.01.008-6 | EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA-RASTREAMENTO  | R\$ | 14,37  |
| 02.03.02.002-2 | EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - PEÇA CIRURGICA   | R\$ | 61,77  |
| 02.03.02.003-0 | EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)  | R\$ | 55,00  |
| 02.03.02.004-9 | IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)   | R\$ | 131,52 |
| 02.03.02.006-5 | EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA   | R\$ | 45,83  |
| 02.03.02.007-3 | EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - PEÇA CIRURGICA  | R\$ | 61,77  |
| 02.03.02.008-1 | EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - BIOPSIA  | R\$ | 40,78  |
| 02.04.01.003-9 | RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)  | R\$ | 30,00  |
| 02.04.01.004-7 | RADIOGRAFIA DE ARCADEA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS   | R\$ | 30,00  |
| 02.04.01.005-5 | RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL   | R\$ | 30,00  |
| 02.04.01.006-3 | RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)  | R\$ | 30,00  |
| 02.04.01.007-1 | RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLÍQUA / BRETTON + HIRTZ)  | R\$ | 30,00  |
| 02.04.01.008-0 | RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)  | R\$ | 30,00  |
| 02.04.01.010-1 | RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)  | R\$ | 30,00  |
| 02.04.01.011-0 | RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)   | R\$ | 30,00  |

|                |  |     |        |
|----------------|--|-----|--------|
| 02.04.01.012-8 | RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)                    | R\$ | 30,00  |
| 02.04.01.014-4 | RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)               | R\$ | 30,00  |
| 02.04.01.015-2 | RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)                   | R\$ | 30,00  |
| 02.04.01.017-9 | RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MANDÍBULA                                    | R\$ | 48,64  |
| 02.04.02.001-8 | MIEOGRAFIA   | R\$ | 366,62 |
| 02.04.02.003-4 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)          | R\$ | 30,00  |
| 02.04.02.004-2 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXÃO)            | R\$ | 30,00  |
| 02.04.02.005-0 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINÂMICA                    | R\$ | 30,00  |
| 02.04.02.006-9 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA                                      | R\$ | 30,00  |
| 02.04.02.007-7 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)                        | R\$ | 30,00  |
| 02.04.02.008-5 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINÂMICA                 | R\$ | 30,00  |
| 02.04.02.009-3 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)                          | R\$ | 30,00  |
| 02.04.02.010-7 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR                                    | R\$ | 30,00  |
| 02.04.02.011-5 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINÂMICA                           | R\$ | 30,00  |
| 02.04.02.012-3 | RADIOGRAFIA DE REGIÃO SACRO-COCCIGEA                                   | R\$ | 30,00  |
| 90.01.01.335-0 | (02.04.03.003-0) MAMOGRAFIA CONVENCIONAL (UNILATERAL) DIAGNÓSTICA      | R\$ | 22,50  |
| 02.04.03.005-6 | RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLIQUA)        | R\$ | 30,00  |
| 02.04.03.006-4 | RADIOGRAFIA DE CORAÇÃO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)                  | R\$ | 30,00  |
| 02.04.03.007-2 | RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)                                | R\$ | 30,00  |
| 02.04.03.008-0 | RADIOGRAFIA DE ESÔFAGO   | R\$ | 180,00 |
| 02.04.03.009-9 | RADIOGRAFIA DE ESTERNO   | R\$ | 30,00  |
| 02.04.03.012-9 | RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)                                | R\$ | 30,00  |
| 02.04.03.014-5 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)                          | R\$ | 30,00  |
| 02.04.03.015-3 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)                                     | R\$ | 30,00  |
| 02.04.03.017-0 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)  | R\$ | 30,00  |
| 90.01.01.336-0 | (02.04.03.018-8) - MAMOGRAFIA CONVENCIONAL BILATERAL PARA RASTREAMENTO | R\$ | 45,00  |
| 90.01.01.334-0 | (02.04.03.018-8) - MAMOGRAFIA DIGITAL BILATERAL PARA RASTREAMENTO      | R\$ | 55,00  |
| 02.04.04.001-9 | RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO   | R\$ | 30,00  |
| 02.04.04.002-7 | RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR                          | R\$ | 30,00  |
| 02.04.04.003-5 | RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL                             | R\$ | 30,00  |
| 02.04.04.004-3 | RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR                          | R\$ | 30,00  |

|                |  |     |        |
|----------------|--|-----|--------|
| 02.04.04.005-1 | RADIOGRAFIA DE BRAÇO   | R\$ | 30,00  |
| 02.04.04.006-0 | RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA   | R\$ | 30,00  |
| 02.04.04.007-8 | RADIOGRAFIA DE COTOVELO  | R\$ | 30,00  |
| 02.04.04.008-6 | RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO  | R\$ | 30,00  |
| 02.04.04.009-4 | RADIOGRAFIA DE MAO   | R\$ | 30,00  |
| 02.04.04.010-8 | RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINAÇÃO DE IDADE ÓSSEA)                  | R\$ | 30,00  |
| 02.04.04.011-6 | RADIOGRAFIA DE ESCÁPULA/OMBRO (TRÊS POSIÇÕES)                                | R\$ | 30,00  |
| 02.04.04.012-4 | RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)                                | R\$ | 30,00  |
| 02.04.05.001-4 | CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE   | R\$ | 590,00 |
| 02.04.05.003-0 | COLANGIOGRAFIA PÓS-OPERATÓRIA  | R\$ | 385,00 |
| 02.04.05.006-5 | HISTEROSSALPINGOGRAFIA   | R\$ | 790,00 |
| 02.04.05.008-1 | PIELOGRAFIA ASCENDENTE   | R\$ | 175,97 |
| 90.01.01.191-0 | LAUDO DE ELETROCARDIOGRAMA   | R\$ | 15,00  |
| 90.01.01.056-0 | LAUDO DE ELETROENCEFALOGRAMA - EEG   | R\$ | 120,00 |
| 90.01.01.190-0 | LAUDO DE EXAMES DE RX  | R\$ | 12,50  |
| 90.01.01.192-0 | LAUDO DE MAMOGRAFIA  | R\$ | 20,42  |
| 90.01.01.226-0 | LAUDO PARA EXAME DE HOLTER 24 HORAS  | R\$ | 46,00  |
| 90.01.01.227-0 | LAUDO PARA EXAME DE MAPA 24 HORAS  | R\$ | 46,00  |
| 02.04.05.011-1 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)                           | R\$ | 30,00  |
| 02.04.05.012-0 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MÍNIMO DE 3 INCIDÊNCIAS)                       | R\$ | 30,00  |
| 02.04.05.013-8 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)  | R\$ | 30,00  |
| 02.04.05.014-6 | RADIOGRAFIA DE ESTÔMAGO E DUODENO  | R\$ | 180,00 |
| 02.04.05.015-4 | RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)                                  | R\$ | 180,00 |
| 02.04.05.017-0 | URETROCISTOGRAFIA  | R\$ | 550,00 |
| 02.04.05.018-9 | UROGRAFIA VENOSA   | R\$ | 180,00 |
| 02.04.06.002-8 | DENSITOMETRIA ÓSSEA DUO-ENERGÉTICA DE COLUNA (VÉRTEBRAS LOMBARES E/OU FEMUR) | R\$ | 55,10  |
| 02.04.06.003-6 | ESCANOMETRIA   | R\$ | 180,00 |
| 02.04.06.006-0 | RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL                                      | R\$ | 30,00  |
| 02.04.06.007-9 | RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO SACRO-ILIACA                                      | R\$ | 30,00  |
| 02.04.06.008-7 | RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA                                     | R\$ | 30,00  |
| 02.04.06.009-5 | RADIOGRAFIA DE BACIA   | R\$ | 30,00  |
| 02.04.06.010-9 | RADIOGRAFIA DE CALCANEIO   | R\$ | 30,00  |
| 02.04.06.011-7 | RADIOGRAFIA DE COXA  | R\$ | 30,00  |
| 02.04.06.012-5 | RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)   | R\$ | 30,00  |
| 02.04.06.013-3 | RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)                       | R\$ | 30,00  |
| 02.04.06.014-1 | RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)          | R\$ | 30,00  |

|                |   |     |          |
|----------------|---|-----|----------|
| 02.04.06.015-0 | RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE   | R\$ | 30,00    |
| 02.04.06.016-8 | RADIOGRAFIA DE PERNA  | R\$ | 30,00    |
| 90.01.01.155-0 | (02.05.01.002-4) ECOCARDIOGRAFIA<br>TRANSESOFAGICA + SEDAÇÃO/TAXA DE SALA                         | R\$ | 1.334,31 |
| 02.05.01.003-2 | ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA   | R\$ | 170,00   |
| 90.01.01.085-0 | (02.05.01.004-0) - ULTRA-SONOGRAFIA<br>DOPPLER COLORIDO DE VASOS ABDOMEN<br>TOTAL                 | R\$ | 132,00   |
| 90.01.01.094-0 | (02.05.01.004-0) - ULTRA-SONOGRAFIA<br>TRANSVAGINAL C/DOPPLER COLORIDO<br>PULSADO                 | R\$ | 132,00   |
| 90.01.01.083-0 | (02.05.01.004-0) - ULTRASSONOGRAMA<br>DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTERIAS<br>RENAIS              | R\$ | 264,00   |
| 90.01.01.084-0 | (02.05.01.004-0) - ULTRASSONOGRAMA<br>DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ILIACAS                         | R\$ | 132,00   |
| 90.01.01.086-0 | (02.05.01.004-0) - ULTRASSONOGRAMA<br>DOPPLER COLORIDO DE ARTERIAS VISCERAIS,<br>FIGADO, PANCREAS | R\$ | 264,00   |
| 90.01.01.076-0 | (02.05.01.004-0) - ULTRASSONOGRAMA<br>DOPPLER COLORIDO DE VASOS ARTERIAL (MSD)                    | R\$ | 264,00   |
| 90.01.01.075-0 | (02.05.01.004-0) - ULTRASSONOGRAMA<br>DOPPLER COLORIDO DE VASOS ARTERIAL (MSE)                    | R\$ | 264,00   |
| 90.01.01.087-0 | (02.05.01.004-0) - ULTRASSONOGRAMA<br>DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS<br>VENOSOS BILATERAL    | R\$ | 264,00   |
| 90.01.01.078-0 | (02.05.01.004-0) - ULTRASSONOGRAMA<br>DOPPLER COLORIDO DE VASOS VENOSO (MID)                      | R\$ | 264,00   |
| 90.01.01.077-0 | (02.05.01.004-0) - ULTRASSONOGRAMA<br>DOPPLER COLORIDO DE VASOS VENOSO (MIE)                      | R\$ | 264,00   |
| 90.01.01.080-0 | (02.05.01.004-0) - ULTRASSONOGRAMA<br>DOPPLER COLORIDO DE VASOS VENOSO (MSD)                      | R\$ | 264,00   |
| 90.01.01.079-0 | (02.05.01.004-0) - ULTRASSONOGRAMA<br>DOPPLER COLORIDO DE VASOS VENOSO (MSE)                      | R\$ | 264,00   |
| 90.01.01.093-0 | (02.05.01.004-0) - ULTRA-SONOGRAFIA<br>PELVICA (GINECOLOGICA) C/DOPPLER<br>COLORIDO PULSADO       | R\$ | 132,00   |
| 90.01.01.082-0 | (02.05.01.004-0) - ULTRASSONOGRAMA<br>DOPPLER COLORIDO DE TESTICULOS                              | R\$ | 132,00   |
| 90.01.01.081-0 | (02.05.01.004-0) - ULTRASSONOGRAMA<br>DOPPLER COLORIDO DE TIREOIDE                                | R\$ | 132,00   |
| 90.01.01.072-0 | (02.05.01.004-0) - ULTRASSONOGRAMA<br>DOPPLER COLORIDO DE VASOS (CAROTIDAS)                       | R\$ | 264,00   |
| 90.01.01.480-0 | ULTRASSONOGRAMA DOPPLER COLORIDO DE<br>VASOS DE PARTES MOLES                                      | R\$ | 132,00   |
| 02.05.01.005-9 | ULTRASSONOGRAMA DOPPLER DE FLUXO<br>OBSTÉTRICO  | R\$ | 80,00    |
| 02.05.01.001-6 | ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE<br>FARMACOLÓGICO  | R\$ | 900,00   |
| 02.05.02.002-0 | PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA  | R\$ | 48,00    |
| 02.05.02.003-8 | ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR<br>(FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)                         | R\$ | 44,12    |
| 02.05.02.004-6 | ULTRASSONOGRAMA DE ABDOMEN TOTAL  | R\$ | 54,05    |
| 02.05.02.005-4 | ULTRASSONOGRAMA DE APARELHO URINÁRIO  | R\$ | 44,12    |

|                |  |     |          |
|----------------|--|-----|----------|
| 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO   | R\$ | 44,12    |
| 02.05.02.007-0 | ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL  | R\$ | 44,12    |
| 02.05.02.008-9 | ULTRASSONOGRRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)   | R\$ | 74,39    |
| 02.05.02.009-7 | ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL  | R\$ | 44,12    |
| 02.05.02.010-0 | ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL  | R\$ | 44,12    |
| 02.05.02.011-9 | ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)   | R\$ | 175,08   |
| 02.05.02.012-7 | ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE  | R\$ | 44,12    |
| 02.05.02.013-5 | ULTRASSONOGRRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)   | R\$ | 44,12    |
| 02.05.02.014-3 | ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA   | R\$ | 46,64    |
| 02.05.02.015-1 | ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO                                       | R\$ | 80,00    |
| 02.05.02.016-0 | ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)   | R\$ | 43,34    |
| 02.05.02.017-8 | ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA   | R\$ | 44,12    |
| 02.05.02.018-6 | ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL   | R\$ | 47,49    |
| 02.06.01.001-0 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE                                 | R\$ | 86,76    |
| 02.06.01.002-8 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA COM OU SEM CONTRASTE                            | R\$ | 101,10   |
| 02.06.01.003-6 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA COM OU SEM CONTRASTE                               | R\$ | 86,76    |
| 02.06.01.004-4 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES           | R\$ | 86,75    |
| 02.06.01.005-2 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO  | R\$ | 86,75    |
| 02.06.01.006-0 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA   | R\$ | 97,44    |
| 02.06.01.007-9 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO   | R\$ | 97,44    |
| 02.06.02.001-5 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR                                    | R\$ | 86,75    |
| 02.06.02.002-3 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) | R\$ | 86,75    |
| 02.06.02.003-1 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX  | R\$ | 136,41   |
| 90.01.01.497-0 | (02.06.02.003-1) TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX (CONTRASTE INCLUSO + ANESTESIA)             | R\$ | 1.300,00 |
| 02.06.03.001-0 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR   | R\$ | 138,63   |
| 02.06.03.002-9 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR                                    | R\$ | 86,75    |
| 02.06.03.003-7 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR                                   | R\$ | 138,63   |
| 90.01.01.488-0 | (02.06.01.007-9) - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO (SEM CONTRASTE + ANESTESIA)              | R\$ | 900,00   |
| 90.01.01.489-0 | (02.06.03.003-7) - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA /                                 | R\$ | 1.300,00 |

|                |  |     |          |
|----------------|--|-----|----------|
|                | ABDOMEN INFERIOR (CONTRASTE INCLUSO + ANESTESIA)   |     |          |
| 02.07.01.001-3 | ANGIORESSONANCIA CEREBRAL (ARTERIAL E VENOSA)  | R\$ | 268,75   |
| 90.01.01.484-0 | (02.07.01.006-4) - RESSONANCIA MAGNETICA DO ENCÉFALO (CONTRASTE INCLUSO + ANESTESIA)                         | R\$ | 1.200,00 |
| 90.01.01.485-0 | (02.07.03.002-2) - RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR (CONTRASTE INCLUSO + ANESTESIA) | R\$ | 2.100,00 |
| 90.01.01.486-0 | RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULAÇÃO (CONTRASTE INCLUSO + ANESTESIA)   | R\$ | 1.100,00 |
| 90.01.01.487-0 | RESSONANCIA MAGNETICA DE MAMA BILATERAL (CONTRASTE INCLUSO + ANESTESIA)                                      | R\$ | 1.300,00 |
| 90.01.01.490-0 | (02.07.01.003-0) - RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOCO (COM ANESTESIA)                          | R\$ | 900,00   |
| 90.01.01.491-0 | (02.07.01.004-8) - RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBAR (COM ANESTESIA)                                    | R\$ | 900,00   |
| 90.01.01.492-0 | (02.07.01.005-6) - RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA (COM ANESTESIA)                                  | R\$ | 900,00   |
| 90.01.01.493-0 | (02.07.01.006-4) - RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO (COM ANESTESIA)   | R\$ | 900,00   |
| 02.07.01.002-1 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (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 TURCICA  | 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 TORAX   | R\$ | 268,75   |
| 02.07.03.001-4 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN SUPERIOR  | R\$ | 268,75   |
| 02.07.03.002-2 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN 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/COLANGIORRESSONANCIA  | R\$ | 268,75   |
| 90.01.01.473-0 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MAMA (BILATERAL)  | R\$ | 598,00   |
| 02.08.01.002-5 | CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE ESTRESSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)             | R\$ | 581,84   |
| 02.08.01.003-3 | CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)              | R\$ | 545,59   |
| 02.08.01.008-4 | CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)                    | R\$ | 251,70   |

|                |   |     |          |
|----------------|---|-----|----------|
| 02.08.02.001-2 | CINTILOGRAFIA DE FIGADO E BACO (MÍNIMO 5 IMAGENS)   | R\$ | 189,80   |
| 02.08.02.002-0 | CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E VIAS BILIARES   | R\$ | 267,66   |
| 02.08.02.003-9 | CINTILOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES COM OU SEM ESTÍMULO  | R\$ | 125,18   |
| 02.08.02.005-5 | CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRANSITO ESOFÁGICO (LÍQUIDO)   | R\$ | 192,81   |
| 02.08.02.006-3 | CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (SEMI-SOLIDO)   | R\$ | 192,81   |
| 02.08.02.008-0 | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL  | R\$ | 163,59   |
| 02.08.02.009-8 | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA   | R\$ | 223,94   |
| 02.08.02.010-1 | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NAO ATIVA   | R\$ | 442,69   |
| 02.08.02.011-0 | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO   | R\$ | 192,81   |
| 02.08.03.001-8 | CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES  | R\$ | 462,23   |
| 02.08.03.002-6 | CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO   | R\$ | 110,06   |
| 02.08.03.004-2 | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO  | R\$ | 482,40   |
| 02.08.04.005-6 | CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)   | R\$ | 490,40   |
| 02.08.04.006-4 | CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA   | R\$ | 175,14   |
| 02.08.04.007-2 | CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA   | R\$ | 205,81   |
| 02.08.04.010-2 | ESTUDO RENAL DINÂMICO C/ OU S/ DIURETICO  | R\$ | 403,85   |
| 02.08.05.003-5 | CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)   | R\$ | 272,02   |
| 02.08.06.001-4 | CINTILOGRAFIA DE PERFUSAO CEREBRAL C/ TALIO (SPCTO)   | R\$ | 623,74   |
| 02.08.06.002-2 | CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIACAO DO TRANSITO LIQUORICO)   | R\$ | 292,46   |
| 02.08.07.004-4 | CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR PERFUSÃO (MINIMO 4 PROJECOES)   | R\$ | 185,87   |
| 02.08.08.001-5 | CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA OSSEA)   | R\$ | 160,38   |
| 02.08.08.004-0 | LINFOCINTILOGRAFIA  | R\$ | 201,29   |
| 02.08.09.001-0 | CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS  | R\$ | 993,48   |
| 02.08.09.002-9 | CINTILOGRAFIA DE GLANDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)  | R\$ | 94,33    |
| 02.08.09.003-7 | CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)   | R\$ | 412,23   |
| 02.09.01.002-9 | COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) (INCLUSO TAXA DE SALA E HONORÁRIOS DO ANESTESISTA)  | R\$ | 619,00   |
| 90.01.01.483-0 | (02.09.01.002-9) COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) C/ HEMOCLIP (INCLUSO TAXA DE SALA E HONORÁRIOS DO ANESTESISTA)                       | R\$ | 1.127,50 |
| 90.01.01.366-0 | (02.09.01.003-7) - ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (EDA) COM/SEM TESTE DE UREASE + SEDAÇÃO/TAXA DE SALA - ESOFAGOGASTRODUODE-NOSCOPIA | R\$ | 260,00   |



|                |  |     |          |
|----------------|--|-----|----------|
| 02.09.01.005-3 | RETOSSIGMOIDOSCOPIA  | R\$ | 54,25    |
| 03.01.10.017-9 | SONDAGEM GÁSTRICA  | R\$ | 390,00   |
| 90.01.01.482-0 | RETIRADA - SONDAGEM NASOGÁSTRICA   | R\$ | 100,00   |
| 02.09.02.001-6 | CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA                               | R\$ | 126,00   |
| 02.09.04.001-7 | BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA)   | R\$ | 1.400,00 |
| 02.09.04.004-1 | VIDEOLARINGOSCOPIA   | R\$ | 190,67   |
| 02.10.01.004-5 | AORTOGRAFIA ABDOMINAL  | R\$ | 189,73   |
| 02.10.01.007-0 | ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO (UNILATERAL)   | R\$ | 179,46   |
| 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   |
| 02.11.02.003-6 | ELETROCARDIOGRAMA COM LAUDO  | R\$ | 20,00    |
| 02.11.02.004-4 | MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)                             | R\$ | 61,10    |
| 02.11.02.006-0 | TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMÉTRICO   | R\$ | 100,00   |
| 02.11.04.002-9 | COLPOSCOPIA  | R\$ | 11,54    |
| 02.11.04.006-1 | TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO  | R\$ | 50,00    |
| 02.11.05.002-4 | ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO-ESTIMULO                         | R\$ | 11,34    |
| 02.11.05.003-2 | ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG)                | R\$ | 25,00    |
| 02.11.05.010-5 | POLISSONOGRAMA   | R\$ | 550,00   |
| 02.11.05.012-1 | POTENCIAL EVOCADO VISUAL / OCCIPTO   | R\$ | 1.100,00 |
| 90.01.01.156-0 | (02.11.05.015-6) - VÍDEO ELETROENCEFALOGRAMA POR 12 HRS + TAXA DE INTERNAMENTO | R\$ | 1.800,00 |
| 02.11.06.001-1 | BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)   | R\$ | 78,00    |
| 02.11.06.002-0 | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO  | R\$ | 12,34    |
| 04.90.01.057-0 | BLEFAROPLASTIA INFERIOR  | R\$ | 2.900,00 |
| 04.90.01.056-0 | BLEFAROPLASTIA SUPERIOR  | R\$ | 3.000,00 |
| 02.11.06.003-8 | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO                              | R\$ | 40,00    |
| 02.11.06.005-4 | CERATOMETRIA   | R\$ | 30,00    |
| 02.11.06.006-2 | CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)                         | R\$ | 28,00    |
| 90.01.01.209-0 | (02.11.06.007-0) - ELETRO-OCULOGRAFIA (EOG)                                    | R\$ | 1.100,00 |
| 90.01.01.154-0 | (02.11.06.008-9) - ELETRORETINOGRAMA (ERG)                                     | R\$ | 1.100,00 |
| 02.11.06.010-0 | FUNDOSCOPIA  | R\$ | 24,24    |
| 02.11.06.011-9 | GONIOSCOPIA  | R\$ | 120,00   |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA   | R\$ | 24,24    |
| 02.11.06.013-5 | MEDIDA DE OFUSCAMENTO E CONTRASTE  | R\$ | 50,00    |
| 02.11.06.014-3 | MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA  | R\$ | 50,00    |
| 02.11.06.015-1 | POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL   | R\$ | 12,34    |

|                |   |     |        |
|----------------|---|-----|--------|
| 02.11.06.017-8 | RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR   | R\$ | 114,00 |
| 02.11.06.018-6 | RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR   | R\$ | 114,00 |
| 02.11.06.023-2 | TESTE ORTÓPTICO   | R\$ | 12,34  |
| 02.11.06.024-0 | TESTE P/ ADAPTAÇÃO DE LENTE DE CONTATO  | R\$ | 25,00  |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA  | R\$ | 12,34  |
| 02.11.06.026-7 | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA  | R\$ | 150,00 |
| 02.11.06.028-3 | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA  | R\$ | 280,00 |
| 04.05.04.020-2 | TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL   | R\$ | 449,44 |
| 02.11.07.003-3 | AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE  | R\$ | 21,32  |
| 02.11.07.004-1 | AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA) - BILATERAL                            | R\$ | 22,25  |
| 02.11.07.009-2 | AVALIACAO P/ DIAGNÓSTICO DE DEFICIENCIA AUDITIVA                                    | R\$ | 26,22  |
| 02.11.07.015-7 | ESTUDO DE EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANSITORIAS E PRODUTOS DE DISTORCAO (EOA) | R\$ | 49,66  |
| 02.11.07.020-3 | IMITANCIOMETRIA (tímpano, complacência e reflexo) - BILATERAL                       | R\$ | 24,36  |
| 02.11.07.021-1 | LOGOAUDIOMETRIA (LDV-IRF-LRF) - BILATERAL   | R\$ | 27,81  |
| 02.11.07.024-6 | PESQUISA DE GANHO DE INSERÇÃO   | R\$ | 12,00  |
| 02.11.07.026-2 | POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA MEDIA E LONGA LATENCIA                          | R\$ | 46,88  |
| 02.11.05.011-3 | POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO  | R\$ | 97,78  |
| 02.11.07.034-3 | TESTES DE PROCESSAMENTO AUDITIVO  | R\$ | 312,50 |
| 02.11.08.005-5 | ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR               | R\$ | 132,41 |
| 02.11.09.001-8 | AVALIAÇÃO URODINÂMICA COMPLETA  | R\$ | 460,00 |
| 03.03.07.004-8 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESÔFAGO   | R\$ | 199,00 |
| 03.03.07.005-6 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESTOMAGO / DUODENO                                    | R\$ | 199,00 |
| 03.03.09.003-0 | INFILTRAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS EM CAVIDADE SINOVIAL (ARTICULACAO, BAINHA TENDINOSA)     | R\$ | 20,77  |
| 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\$ | 20,77  |
| 03.03.09.009-0 | REVISÃO COM TROCA DE APARELHO GESSADO EM MEMBRO SUPERIOR                            | R\$ | 22,21  |
| 03.03.09.011-1 | REVISÃO COM TROCA DE APARELHO GESSADO EM LESÃO DA COLUNA VERTEBRAL                  | R\$ | 27,32  |
| 03.03.09.012-0 | TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA NA CINTURA ESCAPULAR (COM IMOBILIZAÇÃO)           | R\$ | 91,47  |
| 03.03.09.014-6 | TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE COSTELAS                                       | R\$ | 20,77  |
| 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\$ | 20,77  |
| 03.03.09.018-9 | TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DO ESTERNO  | R\$ | 20,77  |

|                |   |     |          |
|----------------|---|-----|----------|
| 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/ ORTESE                                | 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\$ | 20,77    |
| 03.03.09.028-6 | TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESÃO LIGAMENTAR EM MEMBRO COM IMOBILIZAÇÃO                                 | R\$ | 35,20    |
| 03.03.12.006-1 | TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO (PLUMMER - ATE 30 MCI)   | R\$ | 631,95   |
| 03.03.12.007-0 | TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO GRAVES   | R\$ | 512,31   |
| 03.09.03.004-8 | CRIOCAUTERIZACAO / ELETROCOAGULACAO DE COLO DE UTERO  | R\$ | 11,26    |
| 03.09.03.011-0 | LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (ONDA DE CHOQUE - TRATAMENTO SUBSEQUENTE EM 2 REGIÕES RENAI)                | R\$ | 533,00   |
| 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   |
| 04.01.01.001-5 | CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO  | R\$ | 32,40    |
| 90.01.01.213-0 | (04.01.01.004-0) - ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÃO CUTÂNEA - MÁXIMO 5 POR PACIENTE                          | R\$ | 40,00    |
| 90.01.01.219-0 | (04.01.01.007-4) - EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA - MÁXIMO 5 POR PACIENTE | R\$ | 68,53    |
| 90.01.01.222-0 | (04.01.01.009-0) - FULGURAÇÃO/CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE LESÕES CUTANEAS - MÁXIMO 5 POR PACIENTE         | R\$ | 40,00    |
| 04.04.01.031-8 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO / FARINGE / LARINGE / NARIZ                                      | R\$ | 590,80   |
| 04.05.01.001-0 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTROPIO E ECTROPIO   | R\$ | 350,00   |
| 04.05.01.003-6 | DACRIOCISTORRINOSTOMIA  | R\$ | 1.094,00 |
| 04.05.01.006-0 | EPILOCAO DE CILIOS  | R\$ | 22,93    |
| 04.05.01.007-9 | EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESOES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS                                 | R\$ | 78,75    |
| 04.05.01.011-7 | RECONSTITUICAO DE CANAL LACRIMAL  | R\$ | 689,66   |
| 04.05.01.012-5 | RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DE PALPEBRA COM TARSORRAFIA  | R\$ | 311,04   |
| 04.05.01.013-3 | RECONSTITUIÇÃO TOTAL DE PALPEBRA  | R\$ | 1.138,66 |
| 04.05.01.016-8 | SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS  | R\$ | 22,93    |
| 04.05.01.017-6 | SUTURA DE PÁLPEBRAS   | R\$ | 143,99   |

|                |   |     |           |
|----------------|---|-----|-----------|
| 04.05.02.002-3 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO (ATE 2 MUSCULOS)   | R\$ | 1.167,82  |
| 04.05.02.001-5 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MUSCULOS)  | R\$ | 1661,76   |
| 04.05.03.004-5 | FOTOCOAGULACAO A LASER  | R\$ | 107,61    |
| 04.05.03.005-3 | INJEÇÃO INTRA-VITREO  | R\$ | 134,30    |
| 04.05.03.007-0 | RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL  | R\$ | 2.687,15  |
| 04.05.03.013-4 | VITRECTOMIA ANTERIOR  | R\$ | 762,16    |
| 04.05.03.014-2 | VITRECTOMIA POSTERIOR   | R\$ | 2.667,29  |
| 04.05.03.016-9 | VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER   | R\$ | 4.183,12  |
| 04.05.03.017-7 | VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO/ÓLEO DE SILICONE/ENDOLASER  | R\$ | 4.701,84  |
| 04.05.03.019-3 | PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER  | R\$ | 430,46    |
| 04.05.04.019-9 | TRATAMENTO CIRURGICO DE XANTELASMA  | R\$ | 116,42    |
| 04.05.05.002-0 | CAPSULOTOMIA A YAG LASER  | R\$ | 112,77    |
| 04.05.05.003-8 | CAUTERIZACAO DE CORNEA  | R\$ | 19,14     |
| 04.05.05.004-6 | CICLOCRIOCOAGULACAO / DIATERMIA   | R\$ | 587,51    |
| 04.05.05.008-9 | EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA  | R\$ | 82,28     |
| 04.05.04.010-5 | EXPLANTE DE LENTE INTRA OCULAR  | R\$ | 846,19    |
| 04.05.04.007-5 | EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR   | R\$ | 1.174,02  |
| 04.05.05.015-1 | IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTE INTRA-OCULAR - LIO   | R\$ | 1.112,83  |
| 90.01.01.471-0 | LENTE INTRA-OCULAR - LIO 3 PEÇAS (PÓS FACOEMULSIFICAÇÃO)  | R\$ | 153,15    |
| 04.05.05.017-8 | IRIDECTOMIA CIRURGICA   | R\$ | 297,46    |
| 04.05.05.020-8 | PARACENTESE DE CAMARA ANTERIOR  | R\$ | 82,28     |
| 04.05.05.025-9 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CORNEA  | R\$ | 25,00     |
| 04.05.05.029-1 | SUTURA DE CONJUNTIVA  | R\$ | 82,28     |
| 04.05.05.030-5 | SUTURA DE CORNEA  | R\$ | 600,00    |
| 04.05.05.032-1 | TRABECULECTOMIA   | R\$ | 1.348,36  |
| 04.05.05.036-4 | TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO  | R\$ | 209,55    |
| 04.05.05.037-2 | FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL - COM ANESTESIA  | R\$ | 954,91    |
| 04.05.05.040-2 | RADIAÇÃO PARA CROSS LINKING CORNEANO  | R\$ | 650,00    |
| 04.06.05.004-0 | ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO I (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA POR REENTRADA NODAL DE VIAS ANÔMALAS DIREITAS, DE TV IDIOPÁTICA, DE VENTRÍCULO DIREITO E VENTRÍCULO ESQUERDO). | R\$ | 10.765,85 |
| 04.07.01.025-4 | RETIRADA DE PÓLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA   | R\$ | 190,64    |
| 04.07.01.032-7 | TRATAMENTO ESCLEROSANTE DE LESOES NAO HEMORRAGICAS DO APARELHO DIGESTIVO INCLUINDO LIGADURA ELASTICA  | R\$ | 400,00    |

|                |  |     |          |
|----------------|--|-----|----------|
| 04.07.02.039-0 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO / POLIPOS DO RETO / COLO SIGMOIDE   | R\$ | 276,00   |
| 04.08.02.017-2 | REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA / LESÃO FISARIA NO PUNHO  | R\$ | 38,74    |
| 04.08.02.019-9 | REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO   | R\$ | 37,88    |
| 04.08.02.020-2 | REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO   | R\$ | 37,88    |
| 04.08.02.024-5 | REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO OU FRATURA / LUXACAO NO PUNHO   | R\$ | 38,74    |
| 04.08.05.019-5 | REDUÇÃO INCRUENTA DA LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METATARSO-FALANGIANA / INTERFALANGIANA DO PE                      | R\$ | 35,20    |
| 04.08.06.015-8 | MANIPULAÇÃO ARTICULAR  | R\$ | 28,42    |
| 04.08.06.035-2 | RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO  | R\$ | 28,42    |
| 04.09.01.018-9 | LITOTRIPSIA  | R\$ | 968,00   |
| 04.09.05.006-7 | PLASTICA DE FREIO BALANO-PREPUICIAL  | R\$ | 34,10    |
| 04.09.05.008-3 | POSTECTOMIA  | R\$ | 547,80   |
| 04.09.06.003-8 | EXCISÃO TIPO 3 DO COLO UTERINO   | R\$ | 138,46   |
| 04.09.06.008-9 | EXCISÃO TIPO I DO COLO UTERINO   | R\$ | 115,39   |
| 04.15.04.003-5 | DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS   | R\$ | 215,91   |
| 04.17.01.005-2 | ANESTESIA REGIONAL   | R\$ | 183,31   |
| 04.18.01.002-1 | CONFECÇÃO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA C/ ENXERTO AUTOLOGO  | R\$ | 1.400,00 |
| 04.18.02.001-9 | INTERVENÇÃO EM FISTULA ARTERIO-VENOSA  | R\$ | 1.400,00 |
| 05.05.01.009-7 | TRANSPLANTE DE CORNEA  | R\$ | 2.070,00 |
| 07.01.03.014-3 | APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO RETRO-AURICULAR TIPO C                                 | R\$ | 1.100,00 |
| 07.01.03.015-1 | MOLDE AURICULAR (REPOSIÇÃO)  | R\$ | 8,75     |
| 90.01.01.110-0 | ACOMPANHAMENTO CLINICO ATRAVES DE ESTIMULO DE INSULINA PARA DOSAGEM DO HORMONIO DE CRESCIMENTO                   | R\$ | 200,00   |
| 07.03.01.069-0 | ADAPTAÇÃO DE LENTE ESCLERAL COM PRÓTESE  | R\$ | 1.550,00 |
| 07.03.01.070-0 | ADAPTAÇÃO DE LENTES DE CONTATO ESFÉRICAS E TIPO SOPER PARA CERATOCONE  | R\$ | 710,00   |
| 90.01.01.211-0 | AGULHAMENTO + MITOMICINA C - POR OLHO  | R\$ | 600,00   |
| 90.01.01.013-0 | ANESTESIA DE GASTRO (P/CRANÇAS E PACIENTES ESPECIAIS)  | R\$ | 136,00   |
| 90.01.01.147-0 | APLICAÇÃO DE INJEÇÃO INTRA-OCULAR PARA TRATAMENTO DA DEGENERAÇÃO MACULAR - MONOCULAR - COM MEDICAÇÃO RANIBIZUMAB | R\$ | 3.250,00 |
| 90.01.01.374-0 | APLICAÇÃO DE INJEÇÃO INTRA-OCULAR PARA TRATAMENTO DA DEGENERAÇÃO MACULAR - MONOCULAR - SEM MEDICAÇÃO             | R\$ | 500,00   |
| 90.01.01.140-0 | APLICAÇÃO DE TOXINA BOTULÍNICA TIPO A (POR MEMBRO)   | R\$ | 100,00   |
| 90.01.01.379-0 | ARMAÇÃO PARA ÓCULOS, MATERIAL DA ARMAÇÃO DE ACETADO DE CELULOSE OU METAL, TAMANHOS ADULTO E INFANTIL, HASTE      | R\$ | 196,63   |

|                |   |     |        |
|----------------|---|-----|--------|
|                | COM AGULHA, TIPO ARO REDONDO, ESFÉRICO OU CILÍNDRICO, TIPO APOIO NARIZ PLAQUETA, CORES VARIADAS, COM PAR DE LENTES VISÃO BIFOCAL. COMPREENDENDO A GRADUAÇÃO ESFÉRICO ENTRE + 8.00 A - 8.00 COM OU SEM COMBINAÇÃO DE CILÍNDRICO ATÉ -6.00, ADIÇÃO DE 1.00 ATÉ 3.50.  |     |        |
| 90.01.01.380-0 | ARMAÇÃO PARA ÓCULOS, MATERIAL DA ARMAÇÃO DE ACETADO DE CELULOSE OU METAL, TAMANHOS ADULTO E INFANTIL, HASTE COM AGULHA, TIPO ARO REDONDO, ESFÉRICO OU CILÍNDRICO, TIPO APOIO NARIZ PLAQUETA, CORES VARIADAS, COM PAR DE LENTES VISÃO MULTIFOCAL. COMPREENDENDO A GRADUAÇÃO ESFÉRICO ENTRE +8.00 A -8.00 COM OU SEM COMBINAÇÃO DE CILÍNDRICO ATÉ -6.00, ADIÇÃO DE 1.00 ATÉ 3.50.   | R\$ | 222,97 |
| 90.01.01.375-0 | ARMAÇÃO PARA ÓCULOS, MATERIAL DA ARMAÇÃO DE ACETADO DE CELULOSE OU METAL, TAMANHOS ADULTO E INFANTIL, HASTE COM AGULHA, TIPO ARO REDONDO, ESFÉRICO OU CILÍNDRICO, TIPO APOIO NARIZ PLAQUETA, CORES VARIADAS, COM PAR DE LENTES VISÃO SIMPLES. COMPREENDENDO A GRADUAÇÃO ESFÉRICO ENTRE -6.00 A + 6.00 COM OU SEM COMBINAÇÃO DE CILÍNDRICO ATÉ -4.00.  | R\$ | 154,83 |
| 90.01.01.376-0 | ARMAÇÃO PARA ÓCULOS, MATERIAL DA ARMAÇÃO DE ACETADO DE CELULOSE OU METAL, TAMANHOS ADULTO E INFANTIL, HASTE COM AGULHA, TIPO ARO REDONDO, ESFÉRICO OU CILÍNDRICO, TIPO APOIO NARIZ PLAQUETA, CORES VARIADAS, COM PAR DE LENTES VISÃO SIMPLES. COMPREENDENDO A GRADUAÇÃO ESFÉRICO ENTRE -6.25 A - 10.00 COM OU SEM COMBINAÇÃO DE CILÍNDRICO ATÉ -6.00, E ENTRE + 6.25 A +10.00 COM OU SEM COMBINAÇÃO DE CILÍNDRICO ATÉ -6.00   | R\$ | 202,30 |
| 90.01.01.377-0 | ARMAÇÃO PARA ÓCULOS, MATERIAL DA ARMAÇÃO DE ACETADO DE CELULOSE OU METAL, TAMANHOS ADULTO E INFANTIL, HASTE COM AGULHA, TIPO ARO REDONDO, ESFÉRICO OU CILÍNDRICO, TIPO APOIO NARIZ PLAQUETA, CORES VARIADAS, COM PAR DE LENTES VISÃO SIMPLES. COMPREENDENDO A GRADUAÇÃO ESFÉRICO ENTRE -10.25 A - 13.00 COM OU SEM COMBINAÇÃO DE CILÍNDRICO ATÉ -6.00, E ENTRE +10.25 A +14.25 COM OU SEM COMBINAÇÃO DE CILÍNDRICO ATÉ - 6.00 | R\$ | 324,30 |
| 90.01.01.378-0 | ARMAÇÃO PARA ÓCULOS, MATERIAL DA ARMAÇÃO DE ACETADO DE CELULOSE OU METAL, TAMANHOS ADULTO E INFANTIL, HASTE COM AGULHA, TIPO ARO REDONDO, ESFÉRICO OU CILÍNDRICO, TIPO APOIO NARIZ PLAQUETA, CORES VARIADAS, COM PAR DE LENTES VISÃO SIMPLES. COMPREENDENDO A GRADUAÇÃO ESFÉRICO ENTRE -13.25 A - 18.00 COM OU SEM COMBINAÇÃO DE CILÍNDRICO ATÉ -6.00, E  | R\$ | 406,30 |

|                |  |              |
|----------------|--|--------------|
|                | ENTRE +14.50 A +18.00 COM OU SEM COMBINAÇÃO DE CILÍNDRICO ATÉ - 6.00. VISÃO SIMPLES ALTO ÍNDICE, DE MATERIAL ORGÂNICO.                     |              |
| 90.01.01.223-0 | BIÓPSIA DE PELE E PARTES MOLES - MAXIMO 5 POR PACIENTE   | R\$ 90,41    |
| 90.01.01.457-0 | BIÓPSIA RENAL COM DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO (POR MICROSCOPIA ELETRÔNICA) DE PATOLOGIA RENAL  | R\$ 1.372,00 |
| 04.90.01.045-0 | BIÓPSIA RENAL COM DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO (POR MICROSCOPIA ÓPTICA E IMUNOFLUORESCÊNCIA) DE PATOLOGIA RENAL                                 | R\$ 2.315,00 |
| 90.01.01.019-0 | CAUTERIZACAO DE OUVIDO   | R\$ 35,00    |
| 90.01.01.018-0 | CAUTERIZAÇÃO NASAL   | R\$ 35,00    |
| 04.90.01.055-0 | CIRURGIA CORREÇÃO REFRAÇÃO (LASIK)   | R\$ 1.850,00 |
| 04.90.01.054-0 | CIRURGIA CORREÇÃO REFRAÇÃO PRK (CERATECTOMIA FOTORETRATIVA)  | R\$ 950,00   |
| 90.01.01.126-0 | CONTRASTE  | R\$ 61,10    |
| 90.01.01.150-0 | DILATAÇÃO ESOFÁGICA / PÍLORICA POR ENDOSCOPIA  | R\$ 1.370,00 |
| 90.01.01.059-0 | ECOCARDIOGRAMA FETAL   | R\$ 170,00   |
| 90.01.01.060-0 | ECODOPPLERCARDIOGRAMA FETAL COM MAPEAMENTO DE FLUXO E CORES  | R\$ 170,00   |
| 90.01.01.205-0 | ECOGRAFIA DA COLUNA LOMBAR   | R\$ 44,12    |
| 90.01.01.273-0 | ECOGRAFIA DE COLUNA DORSAL   | R\$ 44,12    |
| 90.01.01.276-0 | ECOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL  | R\$ 44,12    |
| 90.01.01.137-0 | ECOGRAFIA DE PAROTIDAS   | R\$ 44,12    |
| 90.01.01.161-0 | ECOGRAFIA DE PENIS   | R\$ 64,48    |
| 90.01.01.132-0 | ECOGRAFIA DE REGIÃO INGUINAL   | R\$ 44,12    |
| 90.01.01.138-0 | ECOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA   | R\$ 150,00   |
| 90.01.01.139-0 | ECOGRAFIA OBSTÉTRICA TRANSLUCÊNCIA NUCAL   | R\$ 64,09    |
| 90.01.01.332-0 | ELASTOGRAFIA HEPÁTICA  | R\$ 350,00   |
| 90.01.01.249-0 | (02.11.05.008-3) ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) - 2 MEMBROS  | R\$ 400,00   |
| 90.01.01.214-0 | IMPLANTE INTRAVÍTREO DE LIBERAÇÃO CRÔNICA DE DEXAMETASONA (OZURDEX) P/ O TRATAMENTO DE EDEMA MACULAR (MEDICAMENTO INCLUSO) - POR APLICAÇÃO | R\$ 5.114,77 |
| 90.01.01.212-0 | INFILTRAÇÃO DO MEDICAMENTO ÁCIDO HIALURÔNICO - DOSE ÚNICA  | R\$ 2.000,00 |
| 90.01.01.133-0 | INFILTRAÇÃO INTRA-LESIONAL   | R\$ 25,00    |
| 90.01.01.100-0 | INSERÇÃO A LASER DE ANEL INTRA CORNEANO - MONOCULAR  | R\$ 8.330,00 |
| 90.01.01.061-0 | INSERÇÃO DE DISPOSITIVO INTRA - UTERINO (DIU)  | R\$ 200,00   |
| 90.01.01.017-0 | LAVAGEM DE OUVIDOS   | R\$ 22,00    |
| 90.01.01.217-0 | LENTE DE CONTATO, EM RÍGIDA GAS PERMEÁVEL, TIPO ASFÉRICA (PAR)   | R\$ 1.580,00 |

|                |  |     |          |
|----------------|--|-----|----------|
| 90.01.01.426-0 | LENTE DIOPTRIAS ESPECIAIS -1.0D ATÉ -7.0D: 3 PEÇAS (SADT)                            | R\$ | 614,59   |
| 07.03.01.076-0 | LENTE ESCLERAL COM VENTOSA   | R\$ | 2.400,00 |
| 07.03.01.077-0 | LENTE ESCLERAL COM VENTOSA E TRATAMENTO HYDRA-PEG                                    | R\$ | 2.700,00 |
| 07.03.01.078-0 | LENTE ESCLERAL SG COM VENTOSA  | R\$ | 2.380,00 |
| 07.03.01.082-0 | LENTE ESCLERAL SG COM VENTOSA E TRATAMENTO HYDRA-PEG                                 | R\$ | 2.600,00 |
| 07.03.01.079-0 | LENTE ESCLERAL   | R\$ | 2.430,00 |
| 07.03.01.080-0 | LENTE ESCLERAL GEL COM VENTOSA   | R\$ | 2.250,00 |
| 07.03.01.081-0 | LENTE ESPECIAL ESCLERAL GEL COM VENTOSA  | R\$ | 2.300,00 |
| 90.01.01.333-0 | (02.04.03.003-0) MAMOGRAFIA DIGITAL (UNILATERAL) DIAGNÓSTICA                         | R\$ | 27,50    |
| 90.01.01.340-0 | MANOMETRIA ESOFÁGICA COMPUTADORIZADA SEM TESTE PROVOCATIVO                           | R\$ | 540,00   |
| 90.01.01.355-0 | MANOMETRIA ESOFÁGICA PARA LOCALIZAÇÃO DOS ESFÍNCTERES PRÉ-PH-METRIA                  | R\$ | 180,00   |
| 90.01.01.358-0 | PH-METRIA ESOFÁGICA COMPUTADORIZADA COM DOIS CANAIS                                  | R\$ | 490,00   |
| 90.01.01.357-0 | PH-METRIA ESOFÁGICA COMPUTADORIZADA COM UM CANAL                                     | R\$ | 420,00   |
| 90.01.01.148-0 | PUNCAO ASPIRATIVA DE MEDULA OSSEA (COLETA MIELOGRAMA)                                | R\$ | 300,00   |
| 90.01.01.470-0 | RAIO-X, REGIME URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (18HS ÀS 07 HS) SABADOS DOMINGOS E FERIADOS 24 HS | R\$ | 50,00    |
| 90.01.01.466-0 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CORAÇÃO MORFOLÓGICA E FUNCIONAL                             | R\$ | 1.500,00 |
| 90.01.01.062-0 | RETIRADA DE DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)  | R\$ | 150,00   |
| 90.01.01.021-0 | TAMPONAMENTO NASAL PARA CONTROLE DE APISTAXE   | R\$ | 40,00    |
| 90.01.01.285-0 | TÉCNICA TOMOGRÁFICA  | R\$ | 104,08   |
| 90.01.01.475-0 | PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL   | R\$ | 192,34   |
| 90.01.01.361-0 | TILT TEST (TESTE DE INCLINAÇÃO / TILT TABLE TEST)                                    | R\$ | 600,00   |
| 90.01.01.467-0 | TOMOGRAFIA 3D  | R\$ | 260,00   |
| 90.01.01.458-0 | TOMOGRAFIA DE CÓRNEA   | R\$ | 300,00   |
| 90.01.01.136-0 | TRANSPLANTE CONJUNTIVAL + EXERESE DE PTERIGIO  | R\$ | 276,93   |
| 90.01.01.152-0 | TRANSPLANTE DE CORNEA (EM CIRURGIAS COMBINADAS)                                      | R\$ | 1.129,30 |
| 90.01.01.153-0 | TRANSPLANTE DE CORNEA (EM REOPERACOES)   | R\$ | 1.129,30 |
| 90.01.01.454-0 | TRATAMENTO DE FERIDAS + TROCA DE CURATIVOS ESPECIAIS                                 | R\$ | 58,00    |
| 90.01.01.272-0 | ULTRA-SONOGRAFIA DA FACE   | R\$ | 44,12    |
| 90.01.01.115-0 | ULTRA-SONOGRAFIA DA REGIAO CERVICAL  | R\$ | 44,12    |
| 90.01.01.252-0 | ULTRA-SONOGRAFIA DA REGIAO POPLITEA  | R\$ | 44,12    |
| 90.01.01.128-0 | ULTRA-SONOGRAFIA DE ANTEBRAÇO  | R\$ | 44,12    |
| 90.01.01.134-0 | ULTRA-SONOGRAFIA DE BRAÇO  | R\$ | 44,12    |



|                                     |  |     |          |
|-------------------------------------|--|-----|----------|
| 90.01.01.207-0                      | ULTRA-SONOGRAFIA DE GLUTEO   | R\$ | 44,12    |
| 90.01.01.127-0                      | ULTRA-SONOGRAFIA DE MANDIBULA  | R\$ | 44,12    |
| 90.01.01.130-0                      | ULTRA-SONOGRAFIA DE MAO  | R\$ | 44,12    |
| 90.01.01.116-0                      | ULTRA-SONOGRAFIA DE MUSCULATURA DA COXA  | R\$ | 44,12    |
| 90.01.01.097-0                      | ULTRA-SONOGRAFIA DE PARTES MOLES   | R\$ | 44,12    |
| 90.01.01.114-0                      | ULTRA-SONOGRAFIA DE PARTES MOLES DO PÉ   | R\$ | 44,12    |
| 90.01.01.129-0                      | ULTRA-SONOGRAFIA DE PERNA  | R\$ | 44,12    |
| 90.01.01.286-0                      | ULTRA-SONOGRAFIA DE PESCOÇO  | R\$ | 44,12    |
| 90.01.01.261-0                      | ULTRA-SONOGRAFIA DE REGIAO AURICULAR   | R\$ | 44,12    |
| 90.01.01.287-0                      | ULTRA-SONOGRAFIA SUPRA-CLAVICULAR  | R\$ | 44,12    |
| 90.01.01.131-0                      | ULTRASSONOGRAMA DE QUADRIL   | R\$ | 44,12    |
| 04.90.01.043-0                      | ULTRASSONOGRAMA DOPPLER COLORIDO DE VASOS ARTERIAL (MID)                                   | R\$ | 264,00   |
| 04.90.01.042-0                      | ULTRASSONOGRAMA DOPPLER COLORIDO DE VASOS ARTERIAL (MIE)                                   | R\$ | 264,00   |
| 90.01.01.462-0                      | US ENDOSCOPICO COM BIÓPSIA AVALIAÇÃO CX  | R\$ | 720,00   |
| 90.01.01.020-0                      | VIDEO ENDOSCOPIA NASAL   | R\$ | 190,67   |
| 90.01.01.046-0                      | VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO/GÁS C3F8/ENDOLASER                     | R\$ | 3.283,41 |
| <b>SESSÕES E TERAPIAS – GRUPO A</b> |  |     |          |
| 03.01.05.015-5                      | ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM TERAPIA NUTRICIONAL  | R\$ | 20,00    |
| 03.01.04.003-6                      | TERAPIA EM GRUPO   | R\$ | 20,00    |
| 03.01.08.016-0                      | ATENDIMENTO EM PSICOTERAPIA DE GRUPO   | R\$ | 20,00    |
| 03.01.08.017-8                      | ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA   | R\$ | 20,00    |
| 03.02.05.002-7                      | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS  | R\$ | 20,00    |
| 03.09.05.002-2                      | SESSÃO DE ACUPUNTURA COM INSERÇÃO DE AGULHAS   | R\$ | 20,00    |
| <b>SESSÕES E TERAPIAS – GRUPO B</b> |  |     |          |
| 90.01.01.045-0                      | SESSÃO DE FOTOTERAPIA (POR SESSÃO)   | R\$ | 72,00    |
| 90.01.01.026-0                      | SESSÃO DE LASERTERAPIA (POR SESSÃO)  | R\$ | 72,00    |
| 03.01.07.011-3                      | TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL   | R\$ | 110,00   |
| 90.01.01.425-0                      | TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL - ESPECIALIZADA EM LINGUAGEM                            | R\$ | 150,00   |
| 90.01.01.218-0                      | TERAPIA FORMAL EM CABINE ACUSTICA PARE DESORDEM DO PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL (SESSAO) | R\$ | 117,00   |
| 90.01.01.474-0                      | SESSÃO DE TERAPIA EM ABA (ANÁLISE DO COMPORTAMENTO) PARA CASOS DE TEA                      | R\$ | 130,00   |
| 90.01.01.420-0                      | TERAPIA OCUPACIONAL – COM DESLOCAMENTO   | R\$ | 160,00   |
| 90.01.01.419-0                      | TERAPIA OCUPACIONAL – SEM DESLOCAMENTO   | R\$ | 145,00   |
| 90.01.01.422-0                      | TRATAMENTO DE REABILITAÇÃO NEUROLOGIA PELO MÉTODO BOBATH                                   | R\$ | 162,50   |
| 90.01.01.465-0                      | AVALIAÇÃO DIRECIONADA AOS ASPECTOS LEGAIS, COM INFORMAÇÕES SOBRE AS                        | R\$ | 155,00   |

|                                    |   |     |        |
|------------------------------------|---|-----|--------|
|                                    | CONDIÇÕES OCUPACIONAIS OU INCAPACIDADES MENTAIS - NEUROPSICOLOGIA   |     |        |
| 90.01.01.463-0                     | AVALIAÇÃO DOS PROCESSOS DA APRENDIZAGEM E TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO - NEUROPSICOLOGIA           | R\$ | 150,00 |
| 90.01.01.030-0                     | SESSÃO DE PSICOPEDAGOGIA  | R\$ | 108,00 |
| 90.01.01.421-0                     | TRATAMENTO DE REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA PELO MÉTODO CUEVAS MEDECK EXERCISE NÍVEL I E/OU, II E/OU III - CME | R\$ | 200,00 |
| 90.01.01.372-0                     | SESSAO DE HIDROTERAPIA  | R\$ | 120,00 |
| 90.01.01.423-0                     | EQUOTERAPIA   | R\$ | 90,00  |
| 90.01.01.424-0                     | TERAPIA CRANIOSSACRAL   | R\$ | 160,00 |
| <b>PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS</b> |   |     |        |
| 01.01.02.005-8                     | APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE)   | R\$ | 206,67 |
| 01.01.02.006-6                     | APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE)  | R\$ | 156,67 |
| 01.01.02.007-4                     | APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO)   | R\$ | 123,33 |
| 01.01.02.009-0                     | SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA   | R\$ | 173,33 |
| 02.01.01.052-6                     | BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA   | R\$ | 306,67 |
| 03.01.01.015-3                     | PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA   | R\$ | 216,67 |
| 03.07.01.001-5                     | CAPEAMENTO PULPAR   | R\$ | 166,67 |
| 03.07.01.007-4                     | TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO (TRA/ART)  | R\$ | 160,00 |
| 03.07.01.009-0                     | RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM AMÁLGAMA   | R\$ | 150,00 |
| 03.07.01.010-4                     | RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM IONÔMERO DE VIDRO  | R\$ | 140,00 |
| 03.07.01.011-2                     | RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA.  | R\$ | 173,33 |
| 03.07.01.015-5                     | ADEQUAÇÃO DO COMPORTAMENTO DE CRIANÇAS  | R\$ | 240,00 |
| 03.07.02.002-9                     | CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECÂNICO   | R\$ | 166,67 |
| 03.07.02.003-7                     | TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE DECÍDUO   | R\$ | 466,67 |
| 03.07.02.007-0                     | PULPOTOMIA DENTÁRIA   | R\$ | 320,00 |
| 03.07.02.010-0                     | RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR  | R\$ | 383,33 |
| 03.07.03.002-4                     | RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAS (POR SEXTANTE)  | R\$ | 280,00 |
| 03.07.03.005-9                     | RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAS (POR SEXTANTE)  | R\$ | 196,67 |
| 03.07.04.015-1                     | AJUSTE OCLUSAL  | R\$ | 183,33 |
| 04.01.01.008-2                     | FRENECTOMIA/FRENOTOMIA  | R\$ | 350,00 |
| 04.04.02.061-5                     | REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR   | R\$ | 200,00 |
| 04.14.02.004-9                     | CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES   | R\$ | 316,67 |
| 04.14.02.005-7                     | CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR   | R\$ | 480,00 |

|                |   |     |        |
|----------------|---|-----|--------|
| 04.14.02.012-0 | EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO  | R\$ | 173,33 |
| 04.14.02.013-8 | EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE   | R\$ | 263,33 |
| 04.14.02.035-9 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL  | R\$ | 200,00 |
| 04.14.02.037-5 | TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE)   | R\$ | 263,33 |
| 04.14.02.038-3 | TRATAMENTO DE ALVEOLITE   | R\$ | 250,00 |
| 04.14.02.040-5 | ULOTOMIA/ULECTOMIA  | R\$ | 250,00 |
| 90.01.01.268-0 | (04.17.01.006-0) SEDAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS   | R\$ | 350,00 |
| 90.01.01.412-0 | AUMENTO DE VOLUME GENGIVAL: REMOÇÃO CIRÚRGICA   | R\$ | 517,00 |
| 90.01.01.406-0 | BIÓPSIA INCISIONAL DE TECIDOS MOLES   | R\$ | 217,00 |
| 90.01.01.238-0 | CIRURGIA - APLICAÇÃO DE SELANTE DE FÓSSULAS E FISSURAS POR ELEMENTO   | R\$ | 126,67 |
| 90.01.01.239-0 | CIRURGIA - APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ FLUORETADO (POR ARCADEA)  | R\$ | 133,33 |
| 90.01.01.240-0 | CIRURGIA - CONTROLE DE BIOFILME - POR SESSÃO  | R\$ | 123,33 |
| 90.01.01.236-0 | CIRURGIA - EXODONTIA DE DENTES DECÍDUOS   | R\$ | 203,33 |
| 90.01.01.235-0 | CIRURGIA - EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL   | R\$ | 196,67 |
| 90.01.01.241-0 | CIRURGIA - PROFILAXIA E POLIMENTO CORONÁRIO   | R\$ | 140,00 |
| 90.01.01.242-0 | CIRURGIA - REMINERALIZAÇÃO - POR SESSÃO   | R\$ | 176,67 |
| 90.01.01.405-0 | CIRURGIA ORAL MENOR/EXTRAÇÃO DO SISO  | R\$ | 358,00 |
| 90.01.01.411-0 | CIRURGIA PERIODONTAL PARA DENTÍSTICA RESTAURADORA: AUMENTO DE COROA CLÍNICA POR RETALHO   | R\$ | 283,00 |
| 90.01.01.410-0 | CIRURGIA PERIODONTAL PARA DENTÍSTICA RESTAURADORA: GENGIVECTOMIA  | R\$ | 400,00 |
| 90.01.01.417-0 | CIRURGIAS DE LESÕES DENTÁRIAS PERIAPICAIS   | R\$ | 517,00 |
| 90.01.01.416-0 | DESINSERÇÕES DE TECIDO MOLES, CIRURGIA DE TECIDOS MOLES COM FINALIDADE PROTÉTICA, CIRURGIAS ESTÉTICO-FUNCIONAIS DE TECIDOS MOLES BUCAIS | R\$ | 417,00 |
| 90.01.01.224-0 | DIAGNÓSTICO - CONDICIONAMENTO ODONTOPEDIATRA  | R\$ | 133,33 |
| 90.01.01.225-0 | DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA HALITOSE - POR SESSÃO   | R\$ | 210,00 |
| 90.01.01.234-0 | DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE POR CANDIDOSE  | R\$ | 250,00 |
| 90.01.01.407-0 | LESÕES COM POTENCIAL DE MALIGNIZAÇÃO  | R\$ | 217,00 |
| 90.01.01.414-0 | LESÕES DE FURCA: GRAU II - RASPAGEM E ALISAMENTO SUBGENGIVAL, CIRURGIA DE ACESSO, RESSEÇÃO RADICULAR E TUNELIZAÇÃO                      | R\$ | 383,00 |
| 90.01.01.415-0 | LESÕES DE FURCA: GRAU III - RASPAGEM E ALISAMENTO SUBGENGIVAL, CIRURGIA DE ACESSO, RESSEÇÃO RADICULAR E TUNELIZAÇÃO                     | R\$ | 393,00 |

|                |   |     |        |
|----------------|---|-----|--------|
| 90.01.01.413-0 | LESÕES DE FURCA:GRAU I - RASPAGEM E ALISAMENTO SUBGENGIVAL E CIRURGIA DE ACESSO   | R\$ | 250,00 |
| 90.01.01.348-0 | MOLDAGEM COM CONFEÇÃO DE PRÓTESE PARCIAL - ESTRUTURA EM GRAMPO FUNDIDO  | R\$ | 766,45 |
| 90.01.01.347-0 | MOLDAGEM COM CONFEÇÃO DE PRÓTESE TOTAL  | R\$ | 684,34 |
| 90.01.01.243-0 | ODONTO RESTAURADORA - COLAGEM DE FRAGMENTOS DENTÁRIOS   | R\$ | 200,00 |
| 90.01.01.244-0 | ODONTO RESTAURADORA - COROA PROVISÓRIA (POR ELEMENTO) EM ACRILICO   | R\$ | 243,33 |
| 90.01.01.245-0 | ODONTO RESTAURADORA - PULPECTOMIA - INDEPENDENTEMENTE DA SEQUÊNCIA DO TRATAMENTO  | R\$ | 260,00 |
| 90.01.01.246-0 | ODONTO RESTAURADORA - RASPAGEM SUBGENGIVAL PARA TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO DA PERIODONTITE GRAVE DE ALTO RISCO - POR SEGMENTO | R\$ | 220,00 |
| 90.01.01.247-0 | ODONTO RESTAURADORA - RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - CLASSE II - 2 FACES   | R\$ | 170,00 |
| 90.01.01.248-0 | ODONTO RESTAURADORA -RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - CLASSE II - 3 FACES  | R\$ | 190,00 |
| 90.01.01.288-0 | ODONTO RESTAURADORA - RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - CLASSE II - 4 FACES   | R\$ | 240,00 |
| 90.01.01.325-0 | ODONTO RESTAURADORA -RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - CLASSE II - 2 FACES   | R\$ | 166,67 |
| 90.01.01.326-0 | ODONTO RESTAURADORA -RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - CLASSE II - 3 FACES   | R\$ | 180,00 |
| 90.01.01.327-0 | ODONTO RESTAURADORA -RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL - CLASSE II - 1 FACE  | R\$ | 206,67 |
| 90.01.01.328-0 | ODONTO RESTAURADORA -RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL - CLASSE II - 3 FACES   | R\$ | 246,67 |
| 90.01.01.330-0 | ODONTO RESTAURADORA -RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL - CLASSE II - 4 FACES   | R\$ | 293,33 |
| 90.01.01.337-0 | ODONTO RESTAURADORA -RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL CLASSE III  | R\$ | 230,00 |
| 90.01.01.338-0 | ODONTO RESTAURADORA -RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL CLASSE IV   | R\$ | 300,00 |
| 90.01.01.339-0 | ODONTO RESTAURADORA -RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL CLASSE V  | R\$ | 206,67 |
| 90.01.01.341-0 | ODONTO RESTAURADORA -RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA/TRATAMENTO EXPECTANTE   | R\$ | 140,00 |
| 90.01.01.351-0 | ODONTO RESTAURADORA -TRATAMENTO DA MANUTENÇÃO PARA PERIODONTITE GRAVE (2 EM 2 MESES)  | R\$ | 270,00 |
| 90.01.01.356-0 | ODONTO RESTAURADORA -TRATAMENTO DE FLUOROSE   | R\$ | 166,67 |
| 90.01.01.360-0 | PACIENTES ESPECIAIS - ESTABILIZAÇÃO DO PACIENTE POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA                                  | R\$ | 253,33 |
| 90.01.01.404-0 | REMOÇÃO DE CISTOS   | R\$ | 283,00 |
| 90.01.01.408-0 | TRATAMENTO DE PERIODONTITES: RASPAGEM E ALISAMENTO RADICULAR SUBGENGIVAL  | R\$ | 393,00 |

|                |  |     |        |
|----------------|--|-----|--------|
| 90.01.01.409-0 | TRATAMENTO DE PERIODONTITES: CIRURGIA DE ACESSO  | R\$ | 417,00 |
| 90.01.01.157-0 | TRATAMENTO ENDODÔNTICO POR ELEMENTO (INDEPENDENTE DO NÚMERO DE CANAIS QUE O ELEMENTO DENTÁRIO POSSUIR) | R\$ | 280,00 |

**ANEXO III – G – EXAMES LABORATORIAIS**

| <b>CÓDIGO</b>  | <b>PROCEDIMENTO</b>   | <b>VALOR</b> |
|----------------|---|--------------|
| 02.02.01.001-5 | CLEARANCE OSMOLAR   | R\$ 3,51     |
| 90.01.01.496-0 | COLINESTERASE ERITROCITARIA   | R\$ 57,12    |
| 90.01.01.494-0 | CROMO URINÁRIO, PESQUISA E/OU DOSAGEM                                 | R\$ 38,16    |
| 02.02.01.002-3 | DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO                        | R\$ 6,00     |
| 02.02.01.003-1 | DETERMINAÇÃO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOÁCIDOS                          | R\$ 15,65    |
| 02.02.01.004-0 | DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (2 DOSAGENS)                          | R\$ 7,26     |
| 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     |
| 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\$ 5,02     |
| 02.02.01.010-4 | DOSAGEM DE ACETONA  | R\$ 1,85     |
| 02.02.01.011-2 | DOSAGEM DE ÁCIDO ASCORBICO  | R\$ 31,00    |
| 02.02.01.012-0 | DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO  | R\$ 2,50     |
| 02.02.01.013-9 | DOSAGEM DE ÁCIDO VANILMANDELICO                                       | 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-GLICOPROTEINA ÁCIDA                                 | R\$ 7,36     |
| 02.02.01.017-1 | DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA                                      | R\$ 5,27     |
| 02.02.01.018-0 | DOSAGEM DE AMILASE  | R\$ 3,90     |
| 02.02.01.019-8 | DOSAGEM DE AMONIA   | R\$ 3,51     |
| 02.02.01.020-1 | DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES                                | R\$ 2,70     |
| 02.02.01.021-0 | DOSAGEM DE CÁLCIO   | R\$ 2,70     |
| 02.02.01.022-8 | DOSAGEM DE CÁLCIO IONIZÁVEL   | R\$ 4,74     |
| 02.02.01.025-2 | DOSAGEM DE CERULOPLASMINA   | R\$ 5,27     |
| 02.02.01.026-0 | DOSAGEM DE CLORETO  | R\$ 4,10     |
| 02.02.01.027-9 | DOSAGEM DE COLESTEROL HDL   | R\$ 4,74     |
| 02.02.01.028-7 | DOSAGEM DE COLESTEROL LDL   | R\$ 4,74     |
| 02.02.01.029-5 | DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL   | R\$ 2,50     |
| 02.02.01.030-9 | DOSAGEM DE COLINESTERASE  | R\$ 3,68     |
| 02.02.01.031-7 | DOSAGEM DE CREATININA   | R\$ 2,50     |

|                |   |            |
|----------------|---|------------|
| 02.02.01.032-5 | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)                       | R\$ 5,00   |
| 02.02.01.033-3 | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB                   | R\$ 5,36   |
| 02.02.01.034-1 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA               | R\$ 5,02   |
| 02.02.01.035-0 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA                          | R\$ 5,02   |
| 02.02.01.036-8 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA                             | R\$ 5,00   |
| 02.02.01.037-6 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)    | R\$ 3,68   |
| 02.02.01.038-4 | DOSAGEM DE FERRITINA  | R\$ 15,59  |
| 02.02.01.039-2 | DOSAGEM DE FERRO SERICO                                     | R\$ 3,51   |
| 02.02.01.040-6 | DOSAGEM DE FOLATO   | R\$ 15,65  |
| 02.02.01.041-4 | DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL                            | R\$ 2,01   |
| 02.02.01.042-2 | DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA                               | R\$ 2,70   |
| 02.02.01.043-0 | DOSAGEM DE FOSFORO  | R\$ 2,80   |
| 02.02.01.044-9 | DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA             | R\$ 2,87   |
| 02.02.01.045-7 | DOSAGEM DE GALACTOSE  | R\$ 5,02   |
| 02.02.01.046-5 | DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)              | R\$ 4,74   |
| 02.02.01.047-3 | DOSAGEM DE GLICOSE  | R\$ 2,70   |
| 02.02.01.048-1 | DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE                  | R\$ 5,27   |
| 02.02.01.049-0 | DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA                                     | R\$ 5,27   |
| 02.02.01.050-3 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA                          | R\$ 7,86   |
| 02.02.01.051-1 | DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA                                   | R\$ 5,27   |
| 02.02.01.052-0 | DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE                            | R\$ 5,02   |
| 02.02.01.053-8 | DOSAGEM DE LACTATO  | R\$ 7,36   |
| 02.02.01.054-6 | DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE                           | R\$ 3,51   |
| 02.02.01.055-4 | DOSAGEM DE LIPASE   | R\$ 4,50   |
| 02.02.01.056-2 | DOSAGEM DE MAGNESIO   | R\$ 2,70   |
| 02.02.01.057-0 | DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS                                   | R\$ 5,74   |
| 02.02.01.079-1 | DOSAGEM DE PEPTÍDEOS NATRIURÉTICOS TIPO B (BNP E NT-PROBNP) | R\$ 106,10 |
| 02.02.01.058-9 | DOSAGEM DE PIRUVATO   | R\$ 3,68   |
| 02.02.01.059-7 | DOSAGEM DE PORFIRINAS                                       | R\$ 5,02   |
| 02.02.01.060-0 | DOSAGEM DE POTASSIO   | R\$ 2,50   |
| 02.02.01.061-9 | DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS                                 | R\$ 1,40   |
| 02.02.01.062-7 | DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES                       | R\$ 2,50   |
| 02.02.01.063-5 | DOSAGEM DE SODIO  | R\$ 2,50   |
| 02.02.01.064-3 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)         | R\$ 2,70   |
| 02.02.01.065-1 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)            | R\$ 2,70   |
| 02.02.01.066-0 | DOSAGEM DE TRANSFERRINA                                     | R\$ 8,24   |

|                |   |           |
|----------------|---|-----------|
| 02.02.01.067-8 | DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS   | R\$ 4,74  |
| 02.02.01.068-6 | DOSAGEM DE TRIPTOFANO   | R\$ 5,02  |
| 02.02.01.069-4 | DOSAGEM DE UREIA  | R\$ 2,50  |
| 02.02.01.070-8 | DOSAGEM DE VITAMINA B12   | R\$ 15,24 |
| 02.02.01.071-6 | ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS   | R\$ 5,27  |
| 02.02.01.072-4 | ELETROFORESE DE PROTEINAS   | R\$ 8,84  |
| 02.02.01.073-2 | GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)     | R\$ 15,65 |
| 02.02.01.074-0 | PROVA DA D-XILOSE   | R\$ 5,27  |
| 02.02.01.075-9 | TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS               | 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 TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)                             | R\$ 3,04  |
| 02.02.02.001-0 | CITOQUIMICA HEMATOLOGICA  | R\$ 6,48  |
| 02.02.02.002-9 | CONTAGEM DE PLAQUETAS   | R\$ 5,00  |
| 02.02.02.003-7 | CONTAGEM DE RETICULOCITOS   | R\$ 5,46  |
| 02.02.02.004-5 | DETERMINAÇÃO DE CURVA DE RESISTÊNCIA GLOBULAR                         | R\$ 2,73  |
| 02.02.02.005-3 | DETERMINAÇÃO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)                         | R\$ 2,73  |
| 02.02.02.006-1 | DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMOGLOBINA                                     | R\$ 2,73  |
| 02.02.02.007-0 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO                                   | R\$ 3,70  |
| 02.02.02.008-8 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA                          | 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 HEMACIAS                        | R\$ 5,79  |
| 02.02.02.009-6 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE                            | R\$ 3,70  |
| 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\$ 4,50  |
| 02.02.02.015-0 | DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSIDIMENTAÇÃO (VHS)                 | R\$ 3,00  |
| 02.02.02.016-9 | DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE                                  | R\$ 4,11  |
| 02.02.02.017-7 | DOSAGEM DE ANTITROMBINA III   | R\$ 9,27  |
| 02.02.02.018-5 | DOSAGEM DE FATOR II   | R\$ 7,60  |
| 02.02.02.019-3 | DOSAGEM DE FATOR IX   | R\$ 10,88 |
| 02.02.02.020-7 | DOSAGEM DE FATOR V  | R\$ 6,77  |
| 02.02.02.021-5 | DOSAGEM DE FATOR VII  | R\$ 11,57 |
| 02.02.02.022-3 | DOSAGEM DE FATOR VIII   | R\$ 9,48  |
| 02.02.02.023-1 | DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)                                      | R\$ 21,47 |

|                |   |            |
|----------------|---|------------|
| 02.02.02.024-0 | DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)          | R\$ 18,91  |
| 02.02.02.025-8 | DOSAGEM DE FATOR X                                  | R\$ 9,53   |
| 02.02.02.026-6 | DOSAGEM DE FATOR XI                                 | R\$ 13,04  |
| 02.02.02.027-4 | DOSAGEM DE FATOR XII                                | R\$ 15,04  |
| 02.02.02.028-2 | DOSAGEM DE FATOR XIII                               | R\$ 9,53   |
| 02.02.02.029-0 | DOSAGEM DE FIBRINOGENIO                             | R\$ 9,21   |
| 02.02.02.030-4 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA                              | R\$ 1,53   |
| 02.02.02.031-2 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC       | R\$ 2,73   |
| 02.02.02.032-0 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL                        | R\$ 2,73   |
| 02.02.02.033-9 | DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA                            | R\$ 3,91   |
| 02.02.02.034-7 | DOSAGEM DE PLASMINOGENIO                            | R\$ 5,88   |
| 02.02.02.035-5 | ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA                         | R\$ 7,73   |
| 02.02.02.036-3 | ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO) | R\$ 2,73   |
| 02.02.02.037-1 | HEMATOCRITO   | R\$ 1,53   |
| 02.02.02.038-0 | HEMOGRAMA COMPLETO                                  | R\$ 5,50   |
| 90.01.01.178-0 | HLAB - 27   | R\$ 74,00  |
| 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 CELULAS LE                              | R\$ 4,11   |
| 02.02.02.042-8 | PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ                    | R\$ 2,73   |
| 02.02.02.043-6 | PESQUISA DE FILARIA                                 | R\$ 2,73   |
| 02.02.02.044-4 | PESQUISA DE HEMOGLOBINA S                           | R\$ 3,91   |
| 02.02.08.022-6 | PESQUISA DE LEPTOSPIRAS                             | R\$ 4,00   |
| 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 RETRACAO DO COAGULO                        | R\$ 2,73   |
| 02.02.02.050-9 | PROVA DO LACO                                       | R\$ 3,70   |
| 02.02.02.051-7 | RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS   | R\$ 2,73   |
| 02.02.02.052-5 | TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS                     | R\$ 12,00  |
| 02.02.02.053-3 | TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)                       | R\$ 3,91   |
| 02.02.02.054-1 | TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)          | R\$ 2,73   |
| 02.02.02.055-0 | DOSAGEM DE PROTEINA C FUNCIONAL                     | R\$ 75,00  |
| 02.02.02.056-8 | DOSAGEM DE PROTEINA S FUNCIONAL                     | R\$ 125,00 |
| 02.02.03.001-6 | CONTAGEM DE LINFOCITOS B                            | R\$ 21,47  |
| 02.02.03.002-4 | CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8                      | R\$ 15,00  |
| 02.02.03.003-2 | CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS                     | R\$ 15,00  |
| 02.02.03.004-0 | DETECÇÃO DE ÁCIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO) | R\$ 93,04  |



|                |   |            |
|----------------|---|------------|
| 02.02.03.005-9 | DETECÇÃO DE RNA DO VÍRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)                        | R\$ 96,00  |
| 02.02.03.006-7 | DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50)  | R\$ 18,50  |
| 02.02.03.007-5 | DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE  | R\$ 3,50   |
| 02.02.03.008-3 | DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA                             | R\$ 11,10  |
| 02.02.03.009-1 | DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEIN   | R\$ 15,06  |
| 02.02.03.010-5 | DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)                             | R\$ 16,42  |
| 02.02.03.011-3 | DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA  | R\$ 19,38  |
| 02.02.03.012-1 | DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3   | R\$ 17,16  |
| 02.02.03.013-0 | DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4   | R\$ 17,16  |
| 02.02.03.014-8 | DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA   | R\$ 2,83   |
| 02.02.03.015-6 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)   | R\$ 17,16  |
| 02.02.03.016-4 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)   | R\$ 10,00  |
| 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 PROTEINA C REATIVA   | R\$ 3,80   |
| 02.02.03.021-0 | GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C  | R\$ 298,48 |
| 02.02.03.022-9 | IMUNOELETOFORESE DE PROTEINAS   | R\$ 24,55  |
| 02.02.03.023-7 | IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)                      | R\$ 80,00  |
| 02.02.03.024-5 | INTRADERMORREACAO COM DERIVADO PROTEICO PURIFICADO (PPD)                    | R\$ 4,04   |
| 02.02.03.025-3 | PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA                                  | R\$ 15,50  |
| 02.02.03.026-1 | PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA                                  | R\$ 15,50  |
| 02.02.03.027-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA   | R\$ 13,50  |
| 90.01.01.233-0 | (02.02.03.027-0) - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA (DUPLA HELICE) OU NATIVO | R\$ 18,00  |
| 02.02.03.028-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI                             | 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\$ 12,00  |
| 02.02.03.031-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2                                 | R\$ 27,00  |
| 02.02.03.032-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (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\$ 21,50  |
| 02.02.03.036-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)                                       | R\$ 21,50  |
| 02.02.03.037-7 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS                                       | R\$ 13,24  |
| 02.02.03.038-5 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS   | R\$ 10,00  |
| 02.02.03.039-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS                                      | R\$ 9,25   |

|                |  |              |
|----------------|--|--------------|
| 02.02.03.040-7 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS  | R\$ 3,70     |
| 02.02.03.041-5 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO  | R\$ 8,34     |
| 02.02.03.042-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)                           | R\$ 14,32    |
| 02.02.03.043-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL   | R\$ 17,16    |
| 02.02.03.044-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS   | R\$ 13,24    |
| 02.02.03.045-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)                                       | R\$ 18,62    |
| 02.02.03.046-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES   | R\$ 9,70     |
| 02.02.03.047-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)                                     | R\$ 3,50     |
| 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 ANTIILHOTA DE LANGERHANS  | R\$ 14,32    |
| 02.02.03.052-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA  | R\$ 24,02    |
| 02.02.03.054-7 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA  | R\$ 7,88     |
| 02.02.03.055-5 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS   | R\$ 20,59    |
| 02.02.03.056-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA   | R\$ 17,16    |
| 02.02.03.057-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO  | R\$ 17,16    |
| 02.02.03.058-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO  | R\$ 17,16    |
| 02.02.03.059-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO  | R\$ 17,16    |
| 02.02.03.060-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS   | R\$ 17,16    |
| 02.02.03.061-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS  | R\$ 14,32    |
| 02.02.03.062-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA  | R\$ 17,16    |
| 02.02.03.063-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS) | R\$ 18,55    |
| 02.02.03.064-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)             | R\$ 18,55    |
| 02.02.03.065-2 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA  | R\$ 11,13    |
| 02.02.03.066-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII                                     | R\$ 9,71     |
| 90.01.01.511-0 | PESQUISA DE ANTICORPO CONTRA O TRANSPORTADOR DE ZINCO 8 (ANTI-ZNT8)                    | R\$ 1.500,00 |
| 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\$ 26,55    |
| 02.02.03.069-5 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO                                       | R\$ 13,24    |
| 02.02.03.070-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS                            | R\$ 4,10     |
| 02.02.03.071-7 | PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO                   | R\$ 18,55    |
| 02.02.03.072-5 | PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA  | R\$ 17,16    |
| 02.02.03.073-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR                         | R\$ 4,04     |

|                |  |            |
|----------------|--|------------|
| 02.02.03.074-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS   | R\$ 13,00  |
| 02.02.03.075-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS   | R\$ 13,24  |
| 02.02.03.076-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA  | R\$ 16,97  |
| 02.02.03.077-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI   | R\$ 9,25   |
| 02.02.03.078-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL) | R\$ 18,55  |
| 90.01.01.027-0 | (02.02.03.079-2) - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS PARA CHIKUNGUNYA                  | R\$ 106,00 |
| 90.01.01.028-0 | (02.02.03.079-2) - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS PARA DENGUE                       | R\$ 42,60  |
| 90.01.01.029-0 | (02.02.03.079-2) - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS PARA FEBRE AMARELA                | R\$ 150,00 |
| 90.01.01.052-0 | (02.02.03.079-2) - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS PARA ZIKA                         | R\$ 135,00 |
| 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 RUBEOLA   | 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  |
| 02.02.03.084-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES   | R\$ 24,55  |
| 02.02.03.085-7 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS   | R\$ 13,00  |
| 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 ANTITRYPANOSOMA CRUZI   | R\$ 9,25   |
| 02.02.03.089-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)         | R\$ 18,55  |
| 90.01.01.054-0 | (02.02.03.090-3) - PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS PARA DENGUE                       | R\$ 42,60  |
| 90.01.01.055-0 | (02.02.03.090-3) - PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS PARA FEBRE AMARELA                | R\$ 150,00 |
| 90.01.01.073-0 | (02.02.03.090-3) - PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS PARA ZIKA                         | R\$ 128,00 |
| 90.01.01.053-0 | (02.02.03.090-3) - PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS PARA CHIKUNGUNYA                  | R\$ 106,00 |
| 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 RUBEOLA   | 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 ANTIGENO CARCINOEMBRIÓNARIO (CEA)  | R\$ 13,35  |
| 02.02.03.097-0 | PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)                    | R\$ 18,55  |
| 02.02.03.098-9 | PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)                                | R\$ 18,55  |
| 02.02.03.099-7 | DETECÇÃO 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\$ 5,50   |
| 02.02.03.102-0 | PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLORESCENCIA  | R\$ 10,00  |
| 90.01.01.481-0 | PESQUISA DE ANTICORPO ANTITIROQUINASE MÚSCULO ESPECÍFICO (ANTI-MUSK)                 | R\$ 450,00 |
| 90.01.01.384-0 | (02.02.03.103-9) - IGE ESPECÍFICO PARA ÁCAROS  | R\$ 33,56  |
| 90.01.01.398-0 | (02.02.03.103-9) - IGE ESPECÍFICO PARA ALIMENTOS: ADITIVOS E CONSERVANTES E DIVERSOS | R\$ 57,20  |
| 90.01.01.395-0 | (02.02.03.103-9) - IGE ESPECÍFICO PARA ALIMENTOS: AVES E OVOS                        | R\$ 33,80  |
| 90.01.01.396-0 | (02.02.03.103-9) - IGE ESPECÍFICO PARA ALIMENTOS: CARNE                              | R\$ 45,15  |
| 90.01.01.390-0 | (02.02.03.103-9) - IGE ESPECÍFICO PARA ALIMENTOS: FRUTAS E VEGETAIS                  | R\$ 43,65  |
| 90.01.01.397-0 | (02.02.03.103-9) - IGE ESPECÍFICO PARA ALIMENTOS: LEITE                              | R\$ 85,20  |
| 90.01.01.393-0 | (02.02.03.103-9) - IGE ESPECÍFICO PARA ALIMENTOS: MARISCOS E MOLUSCOS                | R\$ 56,80  |
| 90.01.01.394-0 | (02.02.03.103-9) - IGE ESPECÍFICO PARA ALIMENTOS: PEIXES ÁGUA DOCE                   | R\$ 34,60  |
| 90.01.01.391-0 | (02.02.03.103-9) - IGE ESPECÍFICO PARA ALIMENTOS: SEMENTES, LEGUMES E NOZES          | R\$ 38,73  |
| 90.01.01.392-0 | (02.02.03.103-9) - IGE ESPECÍFICO PARA ALIMENTOS: TEMPEROS                           | R\$ 72,00  |
| 90.01.01.362-0 | (02.02.03.103-9) - IGE ESPECÍFICO PARA COMPONENTES ALÉRGICOS                         | R\$ 37,40  |
| 90.01.01.389-0 | (02.02.03.103-9) - IGE ESPECÍFICO PARA DROGAS  | R\$ 39,20  |
| 90.01.01.371-0 | (02.02.03.103-9) - IGE ESPECÍFICO PARA EPITÉLIO E PROTEÍNAS DE ANIMAIS               | R\$ 40,81  |
| 90.01.01.386-0 | (02.02.03.103-9) - IGE ESPECÍFICO PARA INSETOS E VENENOS DE INSETOS                  | R\$ 36,76  |
| 90.01.01.370-0 | (02.02.03.103-9) - IGE ESPECÍFICO PARA MICROORGANISMOS                               | R\$ 34,60  |
| 90.01.01.385-0 | (02.02.03.103-9) - IGE ESPECÍFICO PARA POEIRA DOMÉSTICA                              | R\$ 38,65  |
| 90.01.01.369-0 | (02.02.03.103-9) - IGE ESPECÍFICO PARA PÓLEN DE ÁRVORES                              | R\$ 33,80  |
| 90.01.01.368-0 | (02.02.03.103-9) - IGE ESPECÍFICO PARA PÓLEN DE ERVAS DANINHAS                       | R\$ 40,45  |
| 90.01.01.367-0 | (02.02.03.103-9) - IGE ESPECÍFICO PARA PÓLEN DE GRAMÍNEAS                            | R\$ 33,48  |
| 02.02.03.104-7 | PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLORESCENCIA)                                | R\$ 10,00  |
| 02.02.03.105-5 | PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)   | R\$ 1,77   |

|                |  |            |
|----------------|--|------------|
| 02.02.03.106-3 | PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS   | R\$ 1,77   |
| 02.02.03.107-1 | QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO HIV-1  | R\$ 25,76  |
| 02.02.03.108-0 | QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO VÍRUS DA HEPATITE C  | R\$ 168,48 |
| 02.02.03.109-8 | TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS   | R\$ 5,50   |
| 02.02.03.110-1 | REAÇÃO DE MONTENEGRO ID  | R\$ 2,83   |
| 02.02.03.111-0 | TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS   | R\$ 4,00   |
| 02.02.03.112-8 | TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS  | R\$ 13,00  |
| 02.02.03.113-6 | TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS  | R\$ 13,00  |
| 90.01.01.476-0 | TESTE IGRA (INTERFERON GAMA RELEASE ASSAY)   | R\$ 296,07 |
| 90.01.01.447-0 | (02.02.03.114-4) - TESTE DE CONTATO COM BATERIA ANTI INFLAMATORIOS (10 SUBST.)   | R\$ 200,00 |
| 90.01.01.446-0 | (02.02.03.114-4) - TESTE DE CONTATO COM BATERIA CORTICÓIDES (10 SUBST.)  | R\$ 200,00 |
| 90.01.01.449-0 | (02.02.03.114-4) - TESTE DE CONTATO COM BATERIA DENTAL (30 SUBST.)   | R\$ 600,00 |
| 90.01.01.444-0 | (02.02.03.114-4) - TESTE DE CONTATO COM BATERIA PADRÃO (30 SUBST.)   | R\$ 600,00 |
| 90.01.01.443-0 | (02.02.03.114-4) - TESTE DE CONTATO COM BATERIA PEDIATRICA (20 SUBST.)   | R\$ 400,00 |
| 90.01.01.445-0 | (02.02.03.114-4) - TESTE DE CONTATO COM BATERIA REGIONAL (10 SUBST.)   | R\$ 200,00 |
| 90.01.01.448-0 | (02.02.03.114-4) - TESTE DE CONTATO COM BATERIA UNHAS (20 SUBST.)  | R\$ 400,00 |
| 90.01.01.433-0 | (02.02.03.115-2) - TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA FUNGOS MIX (ALTERNARIA ALTERNATA, CLADOSPORIUM HERBARUM, ASPERGILLUS FUMIGATUS, PENICILLIUM NOTATUM, RHIZOPUS NIGRICANS, RHODOTORULA SPP) | R\$ 28,00  |
| 90.01.01.439-0 | (02.02.03.115-2) - TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA ALIMENTOS: CRUSTÁCEO MIX, CAMARÃO   | R\$ 60,00  |
| 90.01.01.427-0 | (02.02.03.115-2) - TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA ÁCAROS: D. PTERONYSSINUS, D. FARINAE, BLOMIA, TROPICALIS  | R\$ 60,00  |
| 90.01.01.440-0 | (02.02.03.115-2) - TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA ALIMENTOS: CASTANHA DO PARÁ, DE CAJU, AMENDOAS, NOZ   | R\$ 120,00 |
| 90.01.01.441-0 | (02.02.03.115-2) - TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA ALIMENTOS: GLÚTEN, TRIGO, AVEIA   | R\$ 120,00 |
| 90.01.01.442-0 | (02.02.03.115-2) - TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA ALIMENTOS: KWI, TOMATE, PIMENTA DO REINO, ABACATE, MILHO, MORANGO   | R\$ 210,00 |
| 90.01.01.437-0 | (02.02.03.115-2) - TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA ALIMENTOS: LEITE DE VACA, CASEÍNA, ALFA LACTA ALBUMINA, ALFA LACTO GLOBUMINA  | R\$ 120,00 |
| 90.01.01.438-0 | (02.02.03.115-2) - TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA ALIMENTOS:  | R\$ 75,00  |

|                |   |            |
|----------------|---|------------|
|                | OVOUCOIDE, OVOALBUMINA, CLARA DO OVO, GEMA DO OVO   |            |
| 90.01.01.434-0 | (02.02.03.115-2) - TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA BARATAS MIX  | R\$ 28,00  |
| 90.01.01.430-0 | (02.02.03.115-2) - TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA CARNEIRO   | R\$ 32,00  |
| 90.01.01.428-0 | (02.02.03.115-2) - TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA EPITÉLIO DE CÃO  | R\$ 32,00  |
| 90.01.01.429-0 | (02.02.03.115-2) - TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA EPITÉLIO DE GATO   | R\$ 32,00  |
| 90.01.01.432-0 | (02.02.03.115-2) - TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA FUNGOS: ASPERGILLUS FUMIGTUS   | R\$ 20,00  |
| 90.01.01.435-0 | (02.02.03.115-2) - TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA GRAMINEAS 1 (DACTYLIS GLOMERATA, FESTUCA PRATENSIS, PHLEUM PRATENSIS, POA PRATENSIS, LOLIUM MULTIFLORUM) | R\$ 26,80  |
| 90.01.01.436-0 | (02.02.03.115-2) - TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA GRAMINEAS 2 (CYNODON DACTYLON, PASPALUM NOTATUM, LOLIUM MULTIFLORUM)                                     | R\$ 26,80  |
| 90.01.01.431-0 | (02.02.03.115-2) - TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA PENAS MIX (PENAS DE GALINHA, GANSO, PATO E POMBO)  | R\$ 32,00  |
| 02.02.03.117-9 | TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES   | R\$ 4,00   |
| 02.02.03.118-7 | DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA   | R\$ 39,50  |
| 02.02.03.119-5 | DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO  | R\$ 24,02  |
| 02.02.03.120-9 | DOSAGEM DE TROPONINA  | R\$ 9,00   |
| 02.02.03.121-7 | DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125  | R\$ 13,50  |
| 02.02.03.122-5 | EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER I   | R\$ 80,00  |
| 02.02.03.123-3 | EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER II  | R\$ 120,00 |
| 02.02.03.125-0 | DETECÇÃO DE RNA DO HTLV-1   | R\$ 65,00  |
| 02.02.03.126-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 (WESTERN-BLOT)  | R\$ 85,00  |
| 02.02.03.128-4 | ANTIBETA 2 GLICOPROTEINA I -IGG   | R\$ 125,00 |
| 02.02.03.129-2 | DOSAGEM DE ANTI-BETA-2-GLICOPROTEÍNA I - IGM  | R\$ 125,00 |
| 02.02.04.001-1 | DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL   | R\$ 1,65   |
| 02.02.04.002-0 | DOSAGEM DE GORDURA FECAL  | R\$ 3,04   |
| 02.02.04.003-8 | EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL   | R\$ 3,04   |
| 02.02.04.004-6 | IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS  | R\$ 1,65   |
| 02.02.04.005-4 | PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)  | R\$ 1,65   |
| 02.02.04.006-2 | PESQUISA DE EOSINOFILOS   | R\$ 1,65   |
| 02.02.04.007-0 | PESQUISA DE GORDURA FECAL   | R\$ 2,36   |

|                |   |           |
|----------------|---|-----------|
| 02.02.04.008-9 | PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES  | R\$ 1,65  |
| 02.02.04.009-7 | PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES  | R\$ 1,65  |
| 02.02.04.010-0 | PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES   | R\$ 1,65  |
| 02.02.04.011-9 | PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)               | R\$ 1,65  |
| 02.02.04.012-7 | PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS                                  | R\$ 3,30  |
| 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\$ 11,80 |
| 02.02.04.015-1 | PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES                             | R\$ 1,65  |
| 02.02.04.016-0 | PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES  | R\$ 2,36  |
| 02.02.04.017-8 | PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES                                       | R\$ 1,65  |
| 02.02.05.001-7 | ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA           | R\$ 5,00  |
| 02.02.05.002-5 | CLEARANCE DE CREATININA   | R\$ 4,91  |
| 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 | DETERMINACAO 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\$ 2,87  |
| 02.02.05.009-2 | DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA                                       | R\$ 10,50 |
| 02.02.05.010-6 | DOSAGEM DE OXALATO  | R\$ 3,68  |
| 02.02.05.011-4 | DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)                                | R\$ 3,50  |
| 02.02.05.012-2 | DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS                          | R\$ 3,04  |
| 02.02.05.013-0 | EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS                                 | R\$ 5,30  |
| 02.02.05.014-9 | PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)                   | R\$ 5,30  |
| 02.02.05.015-7 | PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA  | R\$ 2,92  |
| 02.02.05.016-5 | PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA  | R\$ 5,30  |
| 02.02.05.017-3 | PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA                         | R\$ 2,04  |
| 02.02.05.018-1 | PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA                                | R\$ 2,40  |
| 02.02.05.019-0 | PESQUISA DE CISTINA NA URINA  | R\$ 2,92  |
| 02.02.05.020-3 | PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA                                     | R\$ 2,92  |
| 02.02.05.021-1 | PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA                        | R\$ 5,30  |
| 02.02.05.022-0 | PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA                                       | R\$ 2,92  |
| 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 HOMOCISTINA NA URINA  | R\$ 2,92  |
| 02.02.05.027-0 | PESQUISA DE LACTOSE NA URINA  | R\$ 2,04  |

|                |   |           |
|----------------|---|-----------|
| 02.02.05.028-9 | PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA                  | R\$ 3,70  |
| 02.02.05.029-7 | PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA                     | R\$ 2,92  |
| 02.02.05.030-0 | PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)        | R\$ 6,35  |
| 02.02.05.031-9 | PESQUISA DE TIROSINA NA URINA                             | R\$ 2,92  |
| 02.02.05.032-7 | PROVA DE DILUICAO (URINA)                                 | R\$ 2,04  |
| 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\$ 12,50 |
| 02.02.06.005-5 | DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS                        | R\$ 8,74  |
| 02.02.06.006-3 | DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES                     | R\$ 8,74  |
| 02.02.06.007-1 | DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)     | R\$ 8,74  |
| 02.02.06.008-0 | DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)                    | R\$ 18,36 |
| 02.02.06.009-8 | DOSAGEM DE ALDOSTERONA                                    | R\$ 14,00 |
| 02.02.06.010-1 | DOSAGEM DE AMP CICLICO                                    | R\$ 14,94 |
| 02.02.06.011-0 | DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA                                | R\$ 11,53 |
| 02.02.06.012-8 | DOSAGEM DE CALCITONINA                                    | R\$ 17,89 |
| 02.02.06.013-6 | DOSAGEM DE CORTISOL                                       | R\$ 10,00 |
| 02.02.06.014-4 | DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)                  | R\$ 14,06 |
| 02.02.06.015-2 | DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)                       | R\$ 24,60 |
| 02.02.06.016-0 | DOSAGEM DE ESTRADIOL                                      | R\$ 10,15 |
| 02.02.06.017-9 | DOSAGEM DE ESTRIOL  | R\$ 11,55 |
| 02.02.06.018-7 | DOSAGEM DE ESTRONA  | R\$ 15,01 |
| 02.02.06.019-5 | DOSAGEM DE GASTRINA                                       | R\$ 17,61 |
| 02.02.06.020-9 | DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA           | R\$ 15,35 |
| 02.02.06.021-7 | DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG) | R\$ 10,00 |
| 02.02.06.022-5 | DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)                  | R\$ 10,21 |
| 02.02.06.023-3 | DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)            | R\$ 10,00 |
| 02.02.06.024-1 | DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)                     | R\$ 10,00 |
| 02.02.06.025-0 | DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)                | R\$ 9,86  |
| 02.02.06.026-8 | DOSAGEM DE INSULINA                                       | R\$ 10,50 |
| 02.02.06.027-6 | DOSAGEM DE PARATORMONIO                                   | R\$ 43,13 |
| 02.02.06.028-4 | DOSAGEM DE PEPTIDEO C                                     | R\$ 15,35 |
| 02.02.06.029-2 | DOSAGEM DE PROGESTERONA                                   | R\$ 10,22 |
| 02.02.06.030-6 | DOSAGEM DE PROLACTINA                                     | R\$ 10,50 |
| 02.02.06.031-4 | DOSAGEM DE RENINA   | R\$ 16,41 |
| 02.02.06.032-2 | DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)                          | R\$ 19,96 |



|                |  |           |
|----------------|--|-----------|
| 02.02.06.033-0 | DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS) | R\$ 14,00 |
| 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\$ 9,64  |
| 02.02.06.038-1 | DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)               | R\$ 11,60 |
| 02.02.06.039-0 | DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)                    | R\$ 9,58  |
| 02.02.06.040-3 | TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH     | R\$ 12,01 |
| 02.02.06.041-1 | TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA | R\$ 12,01 |
| 02.02.06.042-0 | TESTE DE ESTIMULO COM GNRH OU COM AGONISTA GNRH    | R\$ 12,01 |
| 02.02.06.043-8 | TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON             | R\$ 12,01 |
| 02.02.06.044-6 | TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA   | R\$ 12,01 |
| 02.02.06.045-4 | TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE             | R\$ 12,01 |
| 02.02.06.046-2 | TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS        | R\$ 8,43  |
| 02.02.06.047-0 | PESQUISA DE MACROPROLACTINA                        | R\$ 12,15 |
| 02.02.07.001-8 | DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO             | R\$ 2,94  |
| 02.02.07.002-6 | DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO                          | R\$ 3,18  |
| 02.02.07.003-4 | DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO                         | R\$ 5,27  |
| 02.02.07.004-2 | DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO                    | R\$ 2,92  |
| 02.02.07.005-0 | DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO                         | R\$ 20,35 |
| 02.02.07.006-9 | DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE                         | R\$ 3,51  |
| 02.02.07.007-7 | DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO                          | R\$ 2,87  |
| 02.02.07.008-5 | DOSAGEM DE ALUMINIO                                | R\$ 27,50 |
| 02.02.07.009-3 | DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS                        | R\$ 10,00 |
| 02.02.07.010-7 | DOSAGEM DE ANFETAMINAS                             | R\$ 14,32 |
| 02.02.07.011-5 | DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS             | R\$ 14,32 |
| 02.02.07.012-3 | DOSAGEM DE BARBITURATOS                            | R\$ 18,79 |
| 02.02.07.013-1 | DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS                       | R\$ 19,29 |
| 02.02.07.014-0 | DOSAGEM DE CADMIO                                  | R\$ 9,37  |
| 02.02.07.015-8 | DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA                           | R\$ 17,53 |
| 02.02.07.016-6 | DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA                     | R\$ 5,88  |
| 02.02.07.017-4 | DOSAGEM DE CHUMBO                                  | R\$ 8,83  |
| 02.02.07.018-2 | DOSAGEM DE CICLOSPORINA                            | R\$ 58,61 |
| 02.02.07.019-0 | DOSAGEM DE COBRE                                   | R\$ 10,04 |
| 02.02.01.023-6 | DOSAGEM DE CAROTENO                                | R\$ 2,87  |
| 02.02.07.020-4 | DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)      | R\$ 12,85 |
| 02.02.07.021-2 | DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA                            | R\$ 22,40 |

|                |  |           |
|----------------|--|-----------|
| 02.02.07.022-0 | DOSAGEM DE FENITOINA   | R\$ 35,22 |
| 02.02.07.023-9 | DOSAGEM DE FENOL   | R\$ 2,93  |
| 02.02.07.024-7 | DOSAGEM DE FORMALDEIDO   | R\$ 5,02  |
| 02.02.07.025-5 | DOSAGEM DE LITIO   | R\$ 3,50  |
| 02.02.07.026-3 | DOSAGEM DE MERCURIO  | R\$ 2,92  |
| 02.02.07.027-1 | DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA  | R\$ 4,11  |
| 02.02.07.028-0 | DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA  | R\$ 10,00 |
| 02.02.07.029-8 | DOSAGEM DE METOTREXATO   | R\$ 14,32 |
| 02.02.07.030-1 | DOSAGEM DE QUINIDINA   | R\$ 14,32 |
| 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\$ 22,40 |
| 02.02.07.034-4 | DOSAGEM DE TIOCIANATO  | R\$ 5,27  |
| 02.02.07.035-2 | DOSAGEM DE ZINCO   | R\$ 15,65 |
| 02.02.08.001-3 | ANTIBIOGRAMA   | R\$ 11,98 |
| 02.02.08.002-1 | ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA                               | R\$ 13,33 |
| 02.02.08.003-0 | ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS  | 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 (HANSENIASE)                                     | R\$ 4,20  |
| 02.02.08.006-4 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)                            | R\$ 4,20  |
| 02.02.08.007-2 | BACTERIOSCOPIA (GRAM)  | R\$ 5,60  |
| 02.02.08.008-0 | CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO  | R\$ 10,89 |
| 02.02.08.009-9 | CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO)                                  | R\$ 5,62  |
| 02.02.08.010-2 | CULTURA P/ HERPESVIRUS   | R\$ 6,20  |
| 02.02.08.011-0 | CULTURA PARA BAAR  | R\$ 5,63  |
| 02.02.08.012-9 | CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS   | R\$ 10,25 |
| 02.02.08.013-7 | CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS   | R\$ 4,19  |
| 02.02.08.014-5 | EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)                                       | R\$ 2,80  |
| 02.02.08.015-3 | HEMOCULTURA  | R\$ 11,49 |
| 02.02.08.016-1 | IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS                                | R\$ 5,63  |
| 02.02.08.017-0 | PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI  | R\$ 4,33  |
| 02.02.08.018-8 | PESQUISA DE BACILO DIFTERICO   | R\$ 2,80  |
| 02.02.08.019-6 | PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A                        | R\$ 4,33  |
| 02.02.08.020-0 | PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY   | R\$ 2,80  |
| 02.02.08.021-8 | PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI  | R\$ 4,33  |
| 90.01.01.346-0 | (02.02.03.053-9) - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEPTOSPIRAS (LEPTOSPIROSE) | R\$ 40,00 |
| 90.01.01.345-0 | (02.02.03.053-9) - PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEPTOSPIRAS (LEPTOSPIROSE) | R\$ 40,00 |

|                |   |            |
|----------------|---|------------|
| 02.02.08.023-4 | PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM  | R\$ 7,22   |
| 02.02.08.024-2 | PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES  | R\$ 5,62   |
| 02.02.09.001-9 | ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES  | R\$ 1,89   |
| 02.02.09.002-7 | ADENOGRAMA  | R\$ 5,79   |
| 02.02.09.003-5 | CITOLOGIA P/ CLAMIDIA   | R\$ 4,33   |
| 02.02.09.004-3 | CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS  | R\$ 4,33   |
| 02.02.09.005-1 | CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR  | R\$ 1,89   |
| 02.02.09.006-0 | CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR  | R\$ 1,89   |
| 02.02.09.007-8 | DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO                            | R\$ 6,56   |
| 02.02.09.008-6 | DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO  | 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\$ 2,87   |
| 02.02.09.011-6 | DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA   | R\$ 2,01   |
| 02.02.09.012-4 | DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES   | R\$ 1,89   |
| 02.02.09.013-2 | DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES   | R\$ 1,89   |
| 02.02.09.015-9 | ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR   | R\$ 5,23   |
| 02.02.09.016-7 | ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO   | R\$ 6,56   |
| 02.02.09.017-5 | ESPLENOGRAMA  | R\$ 5,79   |
| 02.02.09.018-3 | EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS   | R\$ 1,89   |
| 02.02.09.019-1 | MIELOGRAMA  | R\$ 270,00 |
| 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 FISICOS NO LIQUOR  | R\$ 1,89   |
| 02.02.09.024-8 | PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS  | 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 (APOS VASECTOMIA)   | R\$ 4,80   |
| 02.02.09.027-2 | PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES  | R\$ 1,89   |
| 02.02.09.028-0 | PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)  | R\$ 9,70   |
| 02.02.09.029-9 | PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C) | R\$ 1,89   |
| 02.02.09.030-2 | PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE  | R\$ 3,69   |
| 02.02.09.031-0 | REACAO DE PANDY   | R\$ 1,89   |
| 02.02.09.032-9 | REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO 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 - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS   | R\$ 4,69     |
| 02.02.09.035-3 | TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO   | R\$ 4,69     |
| 02.02.10.001-4 | DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)                                  | R\$ 252,00   |
| 02.02.10.002-2 | DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)                     | R\$ 224,00   |
| 02.02.10.003-0 | DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)   | R\$ 330,00   |
| 02.02.10.004-9 | QUANTIFICAÇÃO/AMPLIFICAÇÃO DO HER-2   | R\$ 120,00   |
| 02.02.10.020-0 | SEQUENCIAMENTO COMPLETO DO EXOMA  | R\$ 7.860,00 |
| 02.02.11.001-0 | DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)   | R\$ 8,80     |
| 02.02.11.002-8 | DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)  | R\$ 66,00    |
| 02.02.11.003-6 | DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)   | R\$ 85,88    |
| 02.02.11.004-4 | DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)   | R\$ 5,50     |
| 02.02.11.005-2 | DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4   | R\$ 12,10    |
| 02.02.11.006-0 | DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)      | R\$ 20,90    |
| 02.02.11.007-9 | DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)  | R\$ 7,15     |
| 02.02.11.008-7 | DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)   | R\$ 13,20    |
| 02.02.11.009-5 | DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)                        | R\$ 8,00     |
| 02.02.11.010-9 | DOSAGEM DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO) | R\$ 5,50     |
| 02.02.11.011-7 | DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO  | R\$ 137,00   |
| 02.02.11.012-5 | DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA  | R\$ 66,00    |
| 02.02.11.013-3 | DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE   | R\$ 66,00    |
| 02.02.11.014-1 | DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR  | R\$ 150,00   |
| 02.02.12.001-5 | DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS   | R\$ 15,25    |
| 02.02.12.002-3 | DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO  | R\$ 2,74     |
| 02.02.12.003-1 | FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR  | R\$ 10,65    |
| 02.02.12.004-0 | IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS   | R\$ 10,65    |
| 02.02.12.005-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO   | R\$ 5,79     |
| 02.02.12.006-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC   | R\$ 5,79     |
| 02.02.12.007-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO   | R\$ 5,79     |

|                |   |              |
|----------------|---|--------------|
| 02.02.12.008-2 | PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)                     | R\$ 2,74     |
| 02.02.12.009-0 | TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)              | R\$ 8,19     |
| 02.02.12.010-4 | TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B                | R\$ 5,79     |
| 02.11.04.003-7 | EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO DO CONTEUDO CERVICO-VAGINAL | R\$ 2,80     |
| 90.01.01.171-0 | 21 HIDROXILASE  | R\$ 28,00    |
| 90.01.01.125-0 | ANCA  | R\$ 35,00    |
| 90.01.01.123-0 | ANTI CENTROMERO   | R\$ 27,30    |
| 90.01.01.121-0 | ANTICOAGULANTE LUPICO                                     | R\$ 37,90    |
| 90.01.01.210-0 | ANTICORPO ANTIRRECEPTOR DA ACETILCOLINA                   | R\$ 255,50   |
| 90.01.01.180-0 | ANTICORPO/ACIDO ANTIENDOMISIO                             | R\$ 30,80    |
| 90.01.01.074-0 | ANTICORPOS IGG ANTI BORRELIA BURGDORFERI                  | R\$ 66,40    |
| 90.01.01.089-0 | ANTICORPOS IGM ANTI BORRELIA BURGDORFERI                  | R\$ 70,00    |
| 90.01.01.183-0 | AVIDEZ PARA TOXOPLASMOSE                                  | R\$ 39,00    |
| 90.01.01.400-0 | BARTONELLA HENSELAE IGG                                   | R\$ 350,00   |
| 90.01.01.401-0 | BARTONELLA HENSELAE IGM                                   | R\$ 350,00   |
| 90.01.01.459-0 | BRCA1 e BRCA2 - SEQUENCIAMENTO GENÉTICO COMPLETO          | R\$ 2.600,00 |
| 90.01.01.119-0 | CA 153  | R\$ 28,00    |
| 90.01.01.120-0 | CA 199  | R\$ 28,00    |
| 90.01.01.149-0 | CALPROTECTINA FECAL                                       | R\$ 90,00    |
| 90.01.01.196-0 | CAPTURA HIBRIDA HPV                                       | R\$ 180,80   |
| 90.01.01.381-0 | CARIÓTIPO BANDA G - LIQUIDO AMNIÓTICO                     | R\$ 1.380,00 |
| 90.01.01.364-0 | CARIÓTIPO DE SANGUE PARA DOENÇAS HEMATOLÓGICAS            | R\$ 224,00   |
| 90.01.01.098-0 | CLOSTRIDIUM DIFFICILE - PESQUISA TOXINA A                 | R\$ 50,00    |
| 90.01.01.101-0 | CLOSTRIDIUM DIFFICILE - PESQUISA TOXINA B                 | R\$ 50,00    |
| 90.01.01.177-0 | COBRE URINARIO  | R\$ 14,00    |
| 90.01.01.188-0 | CONTROLE TOXICOLOGICO                                     | R\$ 140,00   |
| 90.01.01.200-0 | CROMATINA SEXUAL DA MUCOSA ORAL                           | R\$ 28,00    |
| 90.01.01.342-0 | CULTURA SWAB STREPTOCOCCUS AGALACTIAE (GRUPO B)           | R\$ 55,67    |
| 90.01.01.450-0 | DETECÇÃO MOLECULAR DO VÍRUS DA DENGUE - PCR               | R\$ 340,00   |
| 90.01.01.359-0 | DIMERO-D  | R\$ 95,00    |
| 90.01.01.193-0 | DOSAGEM DE CLORO  | R\$ 5,50     |
| 90.01.01.331-0 | DOSAGEM DE HOMOCISTEINA SERICA                            | R\$ 30,00    |
| 90.01.01.216-0 | DOSAGEM DE LEVETIRACETAM                                  | R\$ 329,00   |
| 90.01.01.201-0 | DOSAGEM DE METANEFRIAS                                    | R\$ 56,70    |
| 90.01.01.215-0 | DOSAGEM DE TOPIRAMATO                                     | R\$ 399,00   |
| 90.01.01.169-0 | DOSAGEM SERICA DE VALPROATO DE SODIO                      | R\$ 20,41    |
| 90.01.01.185-0 | ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA - PESQUISA DE ALBUMINA        | R\$ 21,78    |

|                |   |              |
|----------------|---|--------------|
| 90.01.01.206-0 | ERRO DE METABOLISMO SANGUE  | R\$ 98,00    |
| 90.01.01.254-0 | FATOR V DE LEIDEN   | R\$ 150,00   |
| 90.01.01.318-0 | FRAGILIDADE OSMÓTICA  | R\$ 8,40     |
| 90.01.01.124-0 | FRUTOSAMINA   | R\$ 11,00    |
| 90.01.01.159-0 | GH APOS EXERCICIO   | R\$ 16,81    |
| 90.01.01.197-0 | HBV DNA   | R\$ 466,34   |
| 90.01.01.456-0 | HEMOCRATOSE C282Y, H63D E S65C (3 MUTAÇÕES)                       | R\$ 336,50   |
| 90.01.01.320-0 | IGA (P/TOXOPLASMOSE)  | R\$ 35,00    |
| 90.01.01.158-0 | IGFBP3  | R\$ 58,73    |
| 90.01.01.172-0 | IGG (P/IMUNOGLOBULINA)  | R\$ 18,06    |
| 90.01.01.461-0 | NIPT - TESTE PRÉ NATAL NÃO INVASIVO (PANORAMA BÁSICO)             | R\$ 2.800,00 |
| 90.01.01.451-0 | PESQUISA ANTÍGENE NS1 (DENGUE) - METODO IMUNOCROMATOGRÁFICO       | R\$ 85,00    |
| 90.01.01.232-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLIADINA (GLUTEN) IGA                  | R\$ 25,00    |
| 90.01.01.230-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLIADINA (GLUTEN) IGG                  | R\$ 25,00    |
| 90.01.01.231-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLIADINA (GLUTEN) IGM                  | R\$ 28,00    |
| 90.01.01.146-0 | PESQUISA DE MUTAÇÃO V617F - GENE JANUS KINASE (JAK2)              | R\$ 272,00   |
| 90.01.01.176-0 | PSA LIVRE   | R\$ 28,00    |
| 90.01.01.118-0 | SELENIO   | R\$ 47,60    |
| 90.01.01.343-0 | SOROLOGIA P/ SARS-CoV-2 IGG (COVID-19)                            | R\$ 70,00    |
| 90.01.01.145-0 | SOROLOGIA P/ SARS-CoV-2 IGG E IGM (COVID-19)                      | R\$ 140,00   |
| 90.01.01.344-0 | SOROLOGIA P/ SARS-CoV-2 IGM (COVID-19)                            | R\$ 70,00    |
| 90.01.01.112-0 | SOROLOGIA P/CAXUMBA (IGG)   | R\$ 30,31    |
| 90.01.01.113-0 | SOROLOGIA P/CAXUMBA (IGM)   | R\$ 39,48    |
| 90.01.01.187-0 | SOROLOGIA P/TUBERCULOSE   | R\$ 24,08    |
| 90.01.01.203-0 | SOROLOGIA P/VARICELA (IGG)  | R\$ 70,00    |
| 90.01.01.202-0 | SOROLOGIA P/VARICELA (IGM)  | R\$ 56,00    |
| 90.01.01.455-0 | TAXA REFERENTE A EXAME LABORATORIAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA      | R\$ 49,50    |
| 90.01.01.253-0 | TESTE DE ESTÍMULO DE HGH COM CLONIDINA                            | R\$ 165,00   |
| 90.01.01.199-0 | TESTE DO PE PLUS  | R\$ 126,00   |
| 90.01.01.088-0 | TESTE GENETICO DE INTOLERANCIA A LACTOSE                          | R\$ 91,00    |
| 90.01.01.495-0 | TESTE DE ABSORÇÃO DA LACTOSE                                      | R\$ 90,30    |
| 90.01.01.099-0 | TESTE MOLECULAR (RT-PCR) PARA DETECÇÃO DO SARS-CoV-2 (COVID-19)   | R\$ 210,00   |
| 90.01.01.220-0 | TESTE RÁPIDO PARA VÍRUS SARS-CoV-2 DETECÇÃO DE ANTÍGENO (COVID19) | R\$ 180,00   |
| 04.90.01.044-0 | TESTE RÁPIDO PARA VÍRUS SARS-CoV-2 IGG/IGM (COVID-19)             | R\$ 100,00   |
| 90.01.01.117-0 | TRAB  | R\$ 39,20    |

|                |  |            |
|----------------|--|------------|
| 90.01.01.151-0 | TRIAGEM MÍNIMA PARA ERROS INATOS DO METABOLISMO (SANGUE E URINA) | R\$ 271,67 |
| 90.01.01.319-0 | TRIAGEM P/ERROS INATOS DO METABOLISMO-SANGUE                     | R\$ 210,00 |
| 90.01.01.122-0 | TRIIODOTIRONINA LIVRE (T3 LIVRE)                                 | R\$ 11,20  |

**ANEXO IV - MINUTA DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**



## MINUTA DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

**CONTRATANTE: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE**, pessoa jurídica de direito público, sem fins lucrativos, estabelecida à rua Afonso Pena, n.º 1902, Bairro Anchieta, inscrita no CNPJ sob n.º 00.136.858/0001-88, cidade de Pato Branco, PR, neste ato representada pelo Presidente, Sr. PAULO HORN.

**CONTRATADA:** *dados da pessoa jurídica contratada*

Pelo presente instrumento, oriundo do Processo nº \_\_\_\_\_, Inexigibilidade de Licitação n.º \_\_\_\_\_, devidamente justificada pelo Edital de Chamamento Público n.º 001/2023 para Credenciamento de Pessoa Jurídica em conformidade com o disposto na Lei nº 14.133 de 01 de abril de 2021 e demais legislações aplicáveis, pela Resolução CONIMS nº 59/2023 e as que a sucederem, a CONTRATANTE e a CONTRATADA, neste ato representado por seus representantes legais ao final subscritos, tem entre si justo e avençado o presente contrato, mediante as seguintes cláusulas e condições:

### CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

**1.1.** Credenciamento de pessoas jurídicas para a realização de consultas de especialidades, exames clínicos/imagem, exames laboratoriais, procedimentos, biópsias, terapias e serviços complementares especializados.

**1.2.** Os serviços inerentes ao objeto serão discriminados em anexo específico, contendo os respectivos valores e quantidades.

**1.3.** Vinculam esta contratação, independentemente de transcrição:

- a) O edital de chamamento público;
- b) O Termo de referência;
- c) O requerimento do credenciado;
- d) Eventuais anexos dos documentos supracitados.

### CLAUSULA SEGUNDA - FORMA DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

**2.1.** A Contratada executará os serviços no \_\_\_\_\_ (*local*), situado na \_\_\_\_\_ (*endereço*), no (s) seguinte (s) \_\_\_\_\_ (*Períodos por semana - dias e horários a serem acordados entre as partes*), sendo que a forma de abertura da agenda dever ser clara e ter prazo determinado.

**2.2.** A contratada disponibilizará o (s) seguintes (s) profissional (is) para a execução do serviço \_\_\_\_\_ (*nome do profissional*) inscrito no \_\_\_\_\_ (*nome e nº do conselho da respectiva categoria*).

**2.3.** A Contratada irá atender os usuários oriundos dos Municípios consorciados ao CONIMS.

**2.4.** A Contratada executará os serviços em local, dia e horário a serem acordados entre

as partes, sendo que a forma de abertura da agenda dever ser clara e ter prazo determinado.

**2.5.** A contratada fica responsável por informar datas e horários de atendimento do profissional.

**2.6.** A contratada poderá executar os atendimentos na Secretaria Municipal de Saúde dos Municípios consorciados, dependendo do interesse do município, o qual deve solicitar via ofício, respeitando ao cronograma a ser estabelecido pelo Setor de Controladoria de Execuções do Consórcio.

**2.7.** Para as consultas e demais atendimentos de SADT, os usuários serão previamente agendados pelo município e deverão ser atendidos mediante apresentação da guia de consulta/autorização gerada pelo município através do Sistema Web utilizado pelos municípios integrantes do CONIMS.

**2.8.** Deverá a Contratada exigir a apresentação de documento de identificação do paciente e da Guia de Encaminhamento gerada através do Sistema Web utilizado pelos municípios integrantes do CONIMS. *(Este conteúdo é apenas para os prestadores que venham atender em sede própria).*

**2.9.** Para prestação dos serviços, fora das estruturas próprias do consorcio, a contratada disponibilizará o (s) profissional (s) competente (s), medicamentos, material, acomodações e tudo o que for necessário para a realização do procedimento, consulta, exames, terapias.

**2.10.** O fornecimento de equipamentos, insumos, materiais e medicamentos, necessários à prestação dos serviços é de responsabilidade da Contratada quando o atendimento ocorre em seu estabelecimento.

**2.11.** Para efeito de faturamento, a competência inicia-se no dia 25 do mês anterior e vai até o dia 24 do mês relativo à competência.

**2.12.** O Contratado deve comunicar o CONIMS quando, por impedimento emergencial, não puder realizar o atendimento agendado, garantida a remarcação.

**2.13.** A prestação do serviço não constitui, em hipótese alguma, vínculo empregatício de qualquer espécie entre a Contratada e a Contratante.

**2.14.** Os atendimentos realizados por encaminhamento dos municípios consorciados não poderão ser referenciados para atendimento de forma particular ou solicitação de complementação de valores.

**2.15.** Toda necessidade de serviços complementares e/ou procedimentos e/ou exames, consultas e terapias deverão ser solicitados previamente em guias específicas disponibilizadas no sistema.

**2.16.** As guias de requisição de atendimento deverão estar autorizadas pela Secretaria da Saúde do Município, devidamente preenchidas, carimbadas e assinadas.

**2.17.** O custo com o encaminhamento do paciente até o Estabelecimento de Saúde

credenciado será de responsabilidade do município do paciente.

**2.18.** Deverão ser observadas integralmente as portarias e os protocolos técnicos e demais legislações vigentes, referentes ao atendimento e encaminhamento dos usuários do Sistema Único de Saúde.

**2.19.** Fica a cargo do profissional responsável credenciado a orientação quanto ao procedimento/atendimento ao paciente.

**2.20.** Em casos omissos ou não regulamentados no presente edital, as decisões quanto à postura e procedimento a serem adotados serão definidas pela administração do CONIMS ou pelo Conselho de Secretários Municipais, quando for necessário.

**2.21.** O Consórcio reserva-se no direito de fiscalizar a execução dos serviços através de auditor nomeado pelo Município/Consórcio através de carta/resposta ao usuário emitida pelo consórcio, contendo: procedimento, instituição, profissional, valores, satisfação do usuário e se houve cobranças complementares.

**2.22.** O descumprimento das condições indicadas neste Edital e respectivo Contrato, permite que o CONIMS adote medidas cautelares e imediatas, tais como a paralisação do serviço e a suspensão do Contrato, mediante pagamento daqueles já executados, sem prejuízo de ulterior processo administrativo apuratório de responsabilidade, assegurada a ampla defesa e o contraditório e descredenciamento.

**2.23.** O Contratado que realiza atendimentos nas unidades do CONIMS e dos Municípios Consorciados responde pelos danos decorrentes de má utilização de equipamentos, materiais e/ou insumos ambulatoriais, apurados em processo administrativo próprio

**2.24.** Conforme determina o Código de Ética Médica – CFM Art. 87 § 1º. o profissional médico está obrigado a utilizar o prontuário eletrônico disponibilizado através do sistema Web do Consórcio para controle e faturamento das consultas realizadas.

**2.25.** O sistema será disponibilizado única e exclusivamente para o atendimento aos usuários dos municípios consorciados ao CONIMS, sendo vedada a utilização que não seja para a função descrita, sob pena das sanções legais e contratuais cabíveis.

**2.26.** Em situações excepcionais e devidamente motivadas pelo CONIMS ou Município consorciado interessado, poderá ser credenciado e contratado atendimento médico por teleconsulta, conforme normativa do CFM 2.314/2022, que deverá ocorrer com a presença física do paciente na sede do CONIMS, em consultório com acompanhamento integral de profissional de enfermagem, responsável por informar o usuário das condições do atendimento, inclusive do tratamento e proteção de seus dados.

**2.26.1.** O médico vinculado à Contratada deverá registrar os dados colhidos no prontuário eletrônico do sistema de saúde e gerenciamento do CONIMS e observar as regras de segurança cibernética dos seus equipamentos que fizer uso.

### **CLÁUSULA TERCEIRA - GESTÃO E FISCALIZAÇÃO DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO**

**3.1.** O contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas e as normas da Lei nº 14.133, de 2021, e cada parte responderá pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

**3.2.** Sendo que a contratada fica obrigada a:

**3.2.1.** Comunicar, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias as impossibilidades de atendimento, salvo as motivadas por força maior, que serão justificadas.

**3.2.2.** Alimentar Sistema Web indicado pelo CONIMS, informando todos os dados necessários para processar o faturamento relativo à competência.

**3.2.3.** A contratada deverá executar os serviços constantes no ANEXO III – PROCEDIMENTOS/ EXAMES/ CONSULTAS/ TERAPIAS/ BIOPSIAS, conforme especialidades e credenciamento.

**3.2.4.** Responder por quaisquer prejuízos que seus empregados ou prepostos vierem a causar ao patrimônio do órgão ou entidade contratante ou a terceiros, decorrentes de ação ou omissão culposa ou dolosa, procedendo imediatamente aos reparos ou indenizações cabíveis e assumindo o ônus decorrente.

**3.2.5.** Se o CONIMS vier a ser demandado, em qualquer esfera, por atos praticados pelo Contratado, é obrigatória a ação de regresso em face do Contratado, caso ele não integre a demanda, ainda que já rescindido o Contrato.

**3.2.6.** Manter durante o período de vigência do credenciamento e do contrato de prestação de serviços, todas as condições editalícias, em especial no que tange à regularidade fiscal e capacidade técnico-operacional, comunicando qualquer alteração ao CONIMS.

**3.2.7.** Apresentar, quando solicitado pelo CONIMS, uma relação completa dos profissionais, indicando os cargos, funções e respectivos nomes completos, bem como, o demonstrativo do tempo alocado e cronograma respectivo.

**3.2.8.** Justificar ao paciente, ao CONIMS e ao gestor do município de origem do paciente, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato previsto no contrato.

**3.2.9.** Apresentar ao CONIMS, sempre que solicitado, comprovantes de regularidade para com as obrigações trabalhistas, sociais, previdenciárias e tributárias.

**3.2.10.** Permitir, a qualquer tempo e hora, o acesso dos supervisores e auditores em suas dependências, para supervisionar e acompanhar o correto cumprimento do que foi contratado, conveniado ou acordado.

**3.2.11.** Operar com uma organização completa, independente e sem vínculo empregatício com o Consórcio, realizando os serviços, objeto deste contrato, dentro dos mais altos conceitos do ramo.

**3.2.12.** Manter, por si, por seus prepostos, irrestrito sigilo de todas as atividades desempenhadas em relação aos serviços descritos no objeto deste contrato, bem como

não divulgar, sob qualquer meio, as informações que recebeu em virtude do contrato.

**3.2.13.** Responsabilizar-se por quaisquer ônus decorrentes de omissões ou erros na elaboração do seu faturamento, que redundem em aumento das despesas ou perda de descontos.

**3.2.14.** Centralizar todos os pedidos, subordinados para a Administração do CONIMS.

**3.2.15.** Ser rigoroso na pontualidade da execução do serviço.

**3.2.16.** Comunicar à contratante, quaisquer alterações durante e execução para as devidas averiguações.

**3.2.17.** O prestador de serviço somente poderá atender o paciente se este apresentar uma guia autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde do município de origem do paciente.

**3.2.18.** Realizar os procedimentos contratados, de acordo com a melhor técnica e com a observância de toda a legislação em vigor aplicável à prestação dos serviços, sem cobrança de qualquer valor adicional do paciente, sendo que o acesso deverá ser universal, igualitário e integral a saúde dos usuários com regulação pelos gestores do SUS.

**3.2.19.** Atender os pacientes com dignidade e respeito e de modo universal e igualitário.

**3.2.20.** Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar a prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação Legal.

**3.2.21.** Responder por todos e quaisquer danos e/ou prejuízos que vier a causar aos pacientes.

**3.2.22.** Manter-se em dia com todas as condições de habilitação, licenças, alvarás e, além disso, comunicar ao CONIMS qualquer alteração em seus dados cadastrais.

**3.2.23.** Cumprir, dentro dos prazos estabelecidos pelo CONIMS, as obrigações assumidas por força deste edital.

**3.2.24.** Realizar os procedimentos contratados, sem a cobrança de qualquer valor adicional ao usuário do SUS ou do consórcio, fora aqueles previstos no respectivo anexo.

**3.2.25.** Garantir ao paciente atendimento ambulatorial, o acesso a Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia.

**3.2.26.** Garantir os materiais necessários aos atendimentos, incluindo nesse caso, todo e qualquer medicamento imprescindível para a realização dos procedimentos.

**3.2.27.** Manter sempre atualizado, os prontuários dos pacientes, com utilização do Prontuário Eletrônico.

**3.2.28.** Garantir a porta de entrada de todos os profissionais que prestarão os serviços a todos os usuários encaminhados pelo CONIMS.

**3.2.29.** Ofertar aos usuários um espaço ou edificação acessível, ou seja, projetada e executada de acordo com as exigências legais e com o estabelecido nas Normas Brasileiras (NBRs) da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

**3.3.** A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada pelo (s) fiscal (ais) do contrato, ou pelos respectivos substitutos (Lei nº 14.133, de 2021, art. 117, caput).

**3.4.** O fiscal técnico do contrato acompanhará a execução do contrato, para que sejam cumpridas todas as condições estabelecidas, de modo a assegurar os melhores resultados para a Administração.

**3.5.** As comunicações entre CONIMS e a contratada devem ser realizadas por escrito sempre que o ato exigir tal formalidade, admitindo-se o uso de mensagem eletrônica, através de e-mail.

**3.6.** O CONIMS poderá convocar representante da empresa para adoção de providências que devam ser cumpridas de imediato.

**3.7.** O gestor e fiscal do contrato serão respectivamente \_\_\_\_\_, tendo como substitutos \_\_\_\_\_.

#### **CLÁUSULA QUARTA - ATENDIMENTOS-CONSULTAS/ EXAMES/ PROCEDIMENTOS/ TERAPIAS/ BIOPSIAS**

**4.1.** O usuário será encaminhado com guia de referência/contra referência por profissional médico indicado e guia de agendamento/autorização do CONIMS para consultas e/ou exames ao serviço médico/diagnóstico indicado pelo contratante.

**4.2.** O tempo mínimo preconizado para cada consulta é de 15 (quinze) minutos, conforme determinação da Organização Mundial de Saúde (OMS). Porém, poderá o profissional atender em tempo menor desde que não afete a qualidade do atendimento.

**4.2.1.** Se houver perda de qualidade e constatado atendimento em tempo inferior ao preconizado, fica a contratada sujeita a aplicação de sanções conforme este edital, seus anexos e a legislação.

**4.3.** O prestador de serviço deverá emitir a contra referência ou solicitação de SADT, ou laudo informando ao paciente sobre a sua condição clínica com ou sem retorno a atenção primária a saúde.

**4.4.** Todo esse processo será acompanhado pelo CONIMS e MUNICÍPIO, que terão poderes para:

**4.4.1.** Autorizar ou não o procedimento requisitado;

**4.4.2.** Realizar, "havendo necessidade" auditoria "in loco", agendada ou não;

**4.4.3.** Glosar procedimentos realizados que tenham insuficiência de informações ou apresentem indício de irregularidade;

**4.5.** Os prestadores credenciados deverão encaminhar os documentos necessários para análise do Setor de Controle e Execução, devidamente preenchidos.

#### **CLAUSULA QUINTA - SISTEMA**

**5.1.** Para agendamento das consultas/atendimentos independentemente do local de atendimento:

**5.1.1.** Compete ao CONIMS programar a disponibilidade de agenda das consultas dos

prestadores credenciados.

**5.1.2.** O sistema de agendamentos será disponibilizado no período de 01 (um) a 30 (trinta) de cada mês.

**5.1.3.** O prestador deverá informar a agenda com 30 (trinta) dias de antecedência.

**5.1.4.** A emissão de Solicitação de Procedimento/Retornos/Exames deve ser realizada através do sistema, não sendo aceitável a forma manuscrita independentemente de o procedimento ser regulamentado pelo SUS.

**5.1.5.** As guias de solicitação de procedimento /solicitação de autorização deverão ser entregues ao usuário.

## **5.2. Para agendamento dos exames/procedimentos:**

**5.2.1.** Compete ao CONIMS programar a disponibilidade de agenda dos serviços dos prestadores credenciados em que o local de atendimento ocorra na sede do CONIMS em Pato Branco, nas unidades descentralizadas em Chopinzinho e São Lourenço e nas demais unidades de saúde dos municípios consorciados.

**5.2.2.** Para liberação dos serviços deverão seguir as regras dos itens 5.1.1 e 5.1.2.

**5.2.3.** Para os atendimentos realizados em sede própria da contratada os agendamentos dos serviços deverão ser realizados diretamente pelo prestador.

**5.2.4.** Os casos omissos serão analisados e resolvidos pela contratante.

**5.2.5.** O sistema será disponibilizado única e exclusivamente para o atendimento aos usuários dos municípios consorciados ao CONIMS, sendo vedada a utilização para outros fins, sob pena das sanções contratuais e legais.

**5.3.** Os interessados em prestar os serviços elencados devem alimentar o Sistema Web disponibilizado pelo CONIMS e realizar nesse o lançamento da produção de atendimentos no período do faturamento, sendo que só serão pagos se estiverem registrados no sistema.

**5.4.** O CONIMS disponibilizará treinamento para utilização do sistema de acordo com a necessidade.

**5.5.** A emissão de Solicitação de Procedimento/Retornos/Exames, deverá ser impreterivelmente através do sistema, não sendo aceitável a forma manuscrita.

## **CLÁUSULA SEXTA - DA FORMA E PRAZO DAS ALTERAÇÕES**

**6.1.** As alterações contratuais serão formalizadas por meio de termos aditivos e ou apostilamento, conforme o caso mediante requerimento escrito, devidamente instruído, enviado ao e-mail [credenciamento@conims.com.br](mailto:credenciamento@conims.com.br), das seguintes formas:

### **6.2. Para inclusão/exclusão de profissionais especialistas:**

**6.2.1.** Apresentação de Requerimento de Inclusão/Exclusão de Profissional (Anexo II), acompanhado dos documentos elencados no item 8 (Dos Documentos de Habilitação), sob pena de indeferimento.

### **6.3. Para inclusão/exclusão de exames Laboratoriais:**

**6.3.1.** Apresentação do Requerimento de Inclusão/Exclusão de Exames Laboratoriais (Anexo II), sob pena de indeferimento.

### **6.4. Para inclusão/exclusão dos demais exames e procedimentos:**

**6.4.1.** Apresentação de Requerimento de Inclusão/Exclusão dos demais Exames e Procedimentos (Anexo II), acompanhado dos documentos elencados no item 8 (Dos Documentos de Habilitação), sob pena de indeferimento. sob pena de indeferimento.

### **6.5. Para as demais alterações contratuais:**

**6.5.1.** Apresentação do Requerimento de Demais Alterações Contratuais (Anexo II), acompanhado de documentos comprobatórios, sob pena de indeferimento.

### **6.6. Para autorização de auxiliares**

**6.6.1.** Os profissionais credenciados no atendimento nos Ambulatórios Médicos de Especialidades do consórcio que necessitarem de serviço auxiliar que pertença à sua própria equipe técnica deverá solicitar autorização, cuja anuência constitui ato discricionário do Consórcio.

**6.6.2.** Em qualquer caso a análise da solicitação fica condicionada a apresentação de requerimento, acompanhado de cópia autenticada dos seguintes documentos: CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social) ou contrato de prestação de serviço, no caso de profissional da saúde deverão apresentar também certificado de formação na área e carteira de registro no órgão de classe.

**6.6.3.** A autorização de auxiliar não implica vínculo direto entre o auxiliar da empresa prestadora do serviço e o CONIMS, sendo que as obrigações sociais (registro em CTPS, pagamento de salários, 13º salário, férias, FGTS, recolhimento dos encargos sociais sobre a remuneração e outros inerentes do vínculo empregatício) decorrentes da contratação de referida pessoa trata-se de obrigação exclusiva da prestadora do serviço.

**6.7.** O **CONIMS tem o prazo de até 60 (sessenta) dias corridos**, contados do recebimento de **TODOS** os documentos necessários, para a elaboração do respectivo termo aditivo e ou apostilamento, ficando o prestador ciente que, em caso de exclusão de profissional/ exame/ procedimentos previstos neste edital, o mesmo deverá continuar a executar o serviço até formalização do respectivo termo aditivo e ou apostilamento.

**6.8.** O contratado é obrigado a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato.

## **CLAÚSULA SÉTIMA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

**7.1.** Efetuar o pagamento a Contratada do valor correspondente à execução do objeto, no prazo, forma e condições estabelecidos no presente Contrato e no Termo de Referência.

**7.2.** Comunicar a contratada qualquer irregularidade constatada na execução dos serviços,



exigindo que a mesma tome as providências necessárias para sanar os problemas.

**7.3.** Acompanhar e fiscalizar a execução do contrato e o cumprimento das obrigações pelo Contratado;

**7.4.** Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pelo Contratado, de acordo com o contrato e seus anexos.

**7.5.** Prestar as informações e os esclarecimentos a contratada necessária ao cumprimento dos serviços.

**7.6.** A Administração não responderá por quaisquer compromissos assumidos pelo Contratado com terceiros, ainda que vinculados à execução do contrato, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato do Contratado, de seus empregados, prepostos ou subordinados.

#### **CLÁUSULA OITAVA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

**8.1.** O Contratado deve cumprir todas as obrigações constantes deste Contrato, do edital e seus anexos, assumindo como exclusivamente seus os riscos e as despesas decorrentes da boa e perfeita execução do objeto.

**8.2.** Prestar os serviços na forma ajustada, atendendo às diretrizes emanadas do responsável competente da contratante, no tocante à organização e realização dos serviços em causa, cumprindo as normas e protocolos de atendimento do CONIMS, principalmente o que tange o cumprimento dos horários.

**8.3.** Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo a qualidade na prestação de serviços.

**8.4.** Permitir fiscalização pelo CONTRATANTE, nos serviços contratados, independente de agendamento prévio.

**8.5.** Providenciar a imediata correção das divergências apontadas pela CONTRATANTE quanto à execução dos serviços contratados.

**8.6.** Atender aos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais decorrentes da execução do presente Contrato.

**8.7.** Prestar todo esclarecimento ou informação solicitada pelo Contratante ou por seus prepostos, garantindo-lhes o acesso, a qualquer tempo, ao local dos trabalhos, bem como aos documentos relativos à execução do empreendimento.

#### **CLÁUSULA NONA - OBRIGAÇÕES PERTINENTES À LGPD**

**9.1.** As partes deverão cumprir a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (LGPD), quanto a todos os dados pessoais a que tenham acesso em razão do certame ou do contrato administrativo que eventualmente venha a ser firmado, a partir da apresentação da proposta no procedimento de contratação, independentemente de declaração ou de aceitação expressa.

**9.2.** Os dados obtidos somente poderão ser utilizados para as finalidades que justificaram seu acesso e de acordo com a boa-fé e com os princípios do art. 6º da LGPD.

**9.3.** É dever do contratado orientar e treinar seus empregados sobre os deveres, requisitos e responsabilidades decorrentes da LGPD.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA – DA SUBCONTRATAÇÃO**

**10.1.** O Contrato de prestação de serviços não poderá ser objeto de cessão, transferência, subcontratação no todo ou em parte, não podendo a Contratada se valer deste para vincular terceiros à presente contratação, sob pena de imediata rescisão/descredenciamento e aplicação das sanções previstas no presente instrumento.

#### **CLAUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DOTAÇÃO ORÇAMENTARIA**

**11.1.** As despesas geradas em função do objeto ocorrerão por conta da dotação orçamentária 02.001.10.302.0002.2.002.3.3.90.39.00.00.00.00 – fonte 076.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – FATURAMENTO**

**12.1.** Para efeito de faturamento e pagamento, a competência inicia-se no dia 25 do mês anterior e vai até o dia 24 do mês relativo à competência.

**12.2.** As Guias de produção de exames realizados deverão ser protocolizadas no Setor de Protocolo do CONIMS no prazo da respectiva competência, sob pena de serem processadas e pagas na fatura da competência seguinte.

**12.2.1.** As Guias deverão ser apresentadas semanalmente, respeitando a data limite do fechamento protocolado no dia 25 (vinte e cinco) ou próximo dia útil do mês relativo a produção.

**12.3.** Os serviços de consulta efetivamente prestados pela Contratada, corresponderá ao fechamento da produção no Sistema que estiver com lançamento concluídos no prontuário eletrônico.

**12.4.** Constatados erros ou divergências nos lançamentos, o Contratante deverá notificar, de forma escrita e fundamentada o contratado, para fins de análise e verificação, e, sendo o caso, inclusão para pagamento na fatura seguinte, ou rejeitado mediante comunicação escrita à Contratada.

**12.5.** Após o recebimento das guias, o Setor de Controladoria e Execução fará a análise da produção e encaminhará para pagamento.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - EMISSÃO DA NOTA FISCAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**

**13.1.** A Nota Fiscal deverá ser emitida conforme o relatório de fechamento do faturamento disponibilizado pelo CONIMS, através da ÁREA DO PRESTADOR no site do consórcio

[www.conims.com.br](http://www.conims.com.br), detalhando a quantidade, os itens/procedimentos e os valores executados em conformidade com o objeto contratado.

**13.2.** Deverá ser cadastrado o e-mail: [contabilidade@conims.com.br](mailto:contabilidade@conims.com.br) para envio automático da NFS-e no ato de sua emissão.

**13.3.** Havendo erro no documento de cobrança ou outra circunstância que impeça a liquidação da despesa, o pagamento ficará sobrestado até que à Contratada providencie as medidas saneadoras necessárias, o que não acarretará, neste caso, quaisquer ônus à Contratante.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - VENCIMENTO E PAGAMENTO**

**14.1.** O vencimento se dará até o dia 30 do mês posterior à data do aceite definitivo da Nota Fiscal, o pagamento será realizado em moeda corrente nacional, através de crédito, DOC ou TED na conta corrente pessoa jurídica no mesmo CNPJ contratado.

**14.1.1. No decorrer do processo, caso seja necessária alteração de banco, agência e/ou conta corrente deverá ser solicitado através de Ofício ao Setor de Tesouraria deste CONIMS.**

**14.2.** O pagamento não será realizado através de boleto bancário.

**14.3.** Não poderá ser cobrado qualquer tipo de despesa senão única e exclusivamente o valor dos serviços prestados e faturados.

**14.4.** Quando inadimplente o CONIMS, o pagamento será monetariamente atualizado, a partir do seu vencimento e até o de sua liquidação, segundo os mesmos critérios adotados para a atualização de obrigações tributárias da entidade, de acordo com o IPCA acumulado no período, e juros moratórios, à razão de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculados "pro rata tempore" em relação ao atraso verificado vigente na data de seu pagamento. Mediante aplicação das seguintes fórmulas:

$$I = (TX / 100) / 365$$

$$EM = I \times N \times VP$$

Onde:

*I = Índice de atualização financeira;*

*TX = Percentual da taxa de juros de mora anual;*

*EM = Encargos moratórios;*

*N = N. de dias entre a data prevista para pagamento e a do efetivo pagamento;*

*VP = Valor da parcela em atraso.*

**14.5.** Em caso de Processo Administrativo de apuração de Responsabilidade, o CONIMS poderá deduzir o valor de multas impostas ao Contratado do saldo a pagar.

**14.6.** O contratado que deixar de apresentar ou apresentar Certidão de Regularidade do FGTS - CRF, de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União e Negativa de Débitos Trabalhistas - CNDT, indicativa de pendência, será notificado para

regularização, sob pena de bloqueio de serviços, ressalvado o direito ao pagamento dos já prestados.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA VIGÊNCIA E PRORROGAÇÃO**

**15.1.** O prazo de vigência da contratação é de até 12 (doze) meses contados da assinatura ou início da vigência do respectivo contrato, prorrogável por até 10 anos, na forma dos artigos 106 e 107 da Lei nº 14.133, de 2021.

**15.2.** A prorrogação de que trata este item é condicionada ao ateste, pela autoridade competente, de que as condições e os preços permanecem vantajosos para a Administração, permitida a negociação com o contratado.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – REAJUSTE**

**16.1.** Os valores dos serviços do referido credenciamento poderão ser revisados a qualquer tempo, mediante prévia aprovação na Assembleia Geral deste Consórcio.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – INFRAÇÕES E SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

**17.1.** Comete infração administrativa, nos termos da [Lei nº 14.133, de 2021](#), o contratado que:

- a) Der causa à inexecução parcial do contrato;
- b) Der causa à inexecução parcial do contrato que cause grave dano à Administração ou ao funcionamento dos serviços públicos ou ao interesse coletivo;
- c) Der causa à inexecução total do contrato;
- d) Ensejar o retardamento da execução ou da entrega do objeto da contratação sem motivo justificado;
- e) Apresentar documentação falsa ou prestar declaração falsa durante a execução do contrato;
- f) Praticar ato fraudulento na execução do contrato;
- g) Comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude de qualquer natureza;
- h) Praticar ato lesivo previsto no art. 5º da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013.

**17.2.** Serão aplicadas ao contratado que incorrer nas infrações acima descritas as seguintes sanções:

- a) **Advertência**, quando o contratado der causa à inexecução parcial do contrato, sempre que não se justificar a imposição de penalidade mais grave
- b) **Impedimento de licitar e contratar**, quando praticadas as condutas descritas nas alíneas “b”, “c” e “d” do subitem acima deste Contrato, sempre que não se justificar a imposição de penalidade mais grave;
- c) **Declaração de inidoneidade para licitar e contratar**, quando praticadas as condutas descritas nas alíneas “e”, “f”, “g” e “h” do subitem acima deste Contrato, bem como nas

alíneas "b", "c" e "d", que justifiquem a imposição de penalidade mais grave;

**d) Multa:**

(1) Moratória de 0,5% (cinco décimos por cento) por dia de atraso injustificado sobre o valor da parcela inadimplida, até o limite de 30 (trinta) dias;

*a. O atraso superior a 31 dias autoriza a Administração a promover a extinção do contrato por descumprimento ou cumprimento irregular de suas cláusulas.*

(2) Compensatória de 10 % (dez por cento) sobre o valor total do contrato, no caso de inexecução total do objeto.

**17.3.** A aplicação das sanções previstas neste Contrato não exclui, em hipótese alguma, a obrigação de reparação integral do dano causado ao Contratante.

**17.4.** Todas as sanções previstas neste Contrato poderão ser aplicadas cumulativamente com a multa.

**17.5.** Antes da aplicação da multa, será facultada a defesa do interessado no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data de sua intimação, em processo administrativo próprio.

**17.6.** Se a multa aplicada e as indenizações cabíveis forem superiores ao valor do pagamento eventualmente devido pelo Contratante ao Contratado, além da perda desse valor, a diferença será cobrada judicialmente, se inerte o Contratado no seu recolhimento administrativo, no prazo máximo de 30 (trinta) a contar da data do recebimento da comunicação enviada pelo CONIMS.

**17.7.** A aplicação das sanções realizar-se-á em processo administrativo que assegure o contraditório e a ampla defesa ao Contratado, observando-se o procedimento previsto em Resolução própria desse CONIMS.

**17.8.** Na aplicação das sanções serão considerados:

- a) a natureza e a gravidade da infração cometida;
- b) as peculiaridades do caso concreto;
- c) as circunstâncias agravantes ou atenuantes;
- d) os danos que dela provierem para o Contratante;
- e) a implantação ou o aperfeiçoamento de programa de integridade, conforme normas e orientações dos órgãos de controle.

**17.9.** A personalidade jurídica do Contratado poderá ser desconsiderada sempre que utilizada com abuso do direito para facilitar, encobrir ou dissimular a prática dos atos ilícitos previstos neste Contrato ou para provocar confusão patrimonial, e, nesse caso, todos os efeitos das sanções aplicadas à pessoa jurídica serão estendidos aos seus administradores e sócios com poderes de administração, à pessoa jurídica sucessora ou à empresa do mesmo ramo com relação de coligação ou controle, de fato ou de direito, com o Contratado, observados, em todos os casos, o contraditório, a ampla defesa e a obrigatoriedade de análise jurídica prévia.

**17.10.** O CONIMS deverá, no prazo máximo 15 (quinze) dias úteis, contado da data de aplicação da sanção, informar e manter atualizados os dados relativos às sanções por ela aplicadas, para fins de publicidade no Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas (Ceis) e no Cadastro Nacional de Empresas Punidas (Cnep), instituídos no âmbito do Poder Executivo Federal.

**17.11.** As sanções de impedimento de licitar e contratar e declaração de inidoneidade para licitar ou contratar são passíveis de reabilitação na forma do Regulamento.

### **CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – RESCISÃO/EXTINÇÃO CONTRATUAL**

**18.1.** O contrato se extingue quando vencido o prazo nele estipulado, independentemente de terem sido cumpridas ou não as obrigações de ambas as partes contraentes.

**18.2.** O contrato pode ser extinto antes do prazo nele fixado, sem ônus para o contratante, quando esta não dispuser de créditos orçamentários para sua continuidade ou quando entender que o contrato não mais lhe oferece vantagem.

**18.2.1.** A extinção nesta hipótese ocorrerá na próxima data de aniversário do contrato, desde que haja a notificação do contratado pelo contratante nesse sentido com pelo menos 2 (dois) meses de antecedência desse dia.

**18.2.2.** Caso a notificação da não-continuidade do contrato de que trata este subitem ocorra com menos de 2 (dois) meses da data de aniversário, a extinção contratual ocorrerá após 2 (dois) meses da data da comunicação.

**18.2.3.** Para efetuar a rescisão/descredenciamento a contratada deverá enviar solicitação formal de descredenciamento via e-mail, com um prazo de antecedência de 60 (sessenta) dias.

**18.3.** O contrato pode ser extinto antes de cumpridas as obrigações nele estipuladas, ou antes do prazo nele fixado, por algum dos seguintes motivos, assegurados o contraditório e a ampla defesa:

**18.3.1.** Por iniciativa do CONIMS:

- a) não cumprimento ou cumprimento irregular de normas editalícias ou de cláusulas contratuais, de especificações ou de prazos;
- b) desatendimento das determinações regulares emitidas pela autoridade designada para acompanhar e fiscalizar sua execução ou por autoridade superior;
- c) alteração social ou modificação da finalidade ou da estrutura da empresa que restrinja sua capacidade de concluir o contrato;
- d) decretação de falência ou dissolução da sociedade;
- e) caso fortuito ou força maior, regularmente comprovados, impeditivos da execução do contrato;
- f) razões de interesse público, justificadas pelo Presidente do CONIMS;

g) não cumprimento das obrigações relativas à reserva de cargos prevista em lei, bem como em outras normas específicas, para pessoa com deficiência, para reabilitado da Previdência Social ou para aprendiz.

**18.3.2.** Por iniciativa do Contratado:

a) suspensão de execução do contrato, por ordem escrita do CONIMS, por prazo superior a 3 (três) meses e para o qual o Contratado não tenha dado causa;

b) repetidas suspensões que totalizem 90 (noventa) dias úteis, para as quais o Contratado não tenha dado causa;

c) atraso superior a 2 (dois) meses, contado da emissão da nota fiscal, dos pagamentos ou de parcelas de pagamentos devidos pelo CONIMS;

**18.3.3.** Por acordo entre as partes, precedida de autorização escrita e fundamentada do Presidente do CONIMS e reduzidas a termo no respectivo processo.

### **CLÁUSULA DÉCIMA NONA – AÇÕES JUDICIAIS**

**19.1.** Qualquer ação judicial contra a Contratante oriunda de serviços prestados pela Contratada, ou mesmo que venha a Contratante compor a lide, será de exclusiva responsabilidade da Contratada, a qual arcará com todas as despesas de qualquer natureza que do ato resultar, ressarcindo à Contratante todo e qualquer valor que for obrigada a desembolsar em razão dessas ações judiciais, extrajudiciais ou reclamações administrativas.

### **CLÁUSULA VIGÉSIMA – FORO**

**20.1.** Para resolver os conflitos e dirimir dúvidas oriundas do presente instrumento, as partes elegem o Foro privilegiado da Comarca de Pato Branco - PR.

E por assim estarem justos e acordados, assinam o presente instrumento as partes e duas testemunhas, para que surtam seus efeitos legais.

Pato Branco/PR, 01 de março de 2024.

(Representante da contratada)

Contratada

(Representante da contratante)

Contratante

Testemunhas: \_\_\_\_\_





## ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR (ETP)

### 1. APRESENTAÇÃO

O presente Estudo Técnico Preliminar tem como objetivo coletar subsídios necessários a elaboração de Termo de Referência para o CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA A REALIZAÇÃO DE CONSULTAS DE ESPECIALIDADES, EXAMES CLÍNICOS/IMAGEM, EXAMES LABORATORIAIS, PROCEDIMENTOS, BIÓPSIAS, TERAPIAS E SERVIÇOS COMPLEMENTARES ESPECIALIZADOS, devidamente previstos na Tabela do CONIMS ou sucessivamente, na Tabela SIGTAP, a serem prestados nos consultórios particulares, laboratórios, clínicas/hospitais, nos Ambulatórios Médicos de Especialidades, ofertados à população dos Municípios consorciados ao Consórcio Intermunicipal de Saúde – CONIMS. Considerando a necessidade de serviços de saúde complementares na 2ª linha de atenção à saúde pública, Rede de Especialidades e implementação da Rede Básica, quando não houver serviço próprio ou com capacidade instalada suficiente para atender a Atenção Básica dentro dos territórios, com melhoria do acesso de pacientes que necessitam dessa assistência ambulatorial, procedimentos, consultas, exames laboratoriais e de imagem, incluindo toda a gama de SADT – Serviços de Assistência Diagnose e Terapias, conforme normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais da cidadania asseguradas na Constituição Federal/1988, pretende-se com o presente estudo justificar e analisar a viabilidade técnica do credenciamento de pessoas jurídicas para a realização de consultas de especialidades, exames clínicos/imagem, exames laboratoriais, procedimentos, biópsias e terapia serviços complementares especializados.

Neste sentido, tem-se como propósito atender com eficiência, qualidade, agilidade e, principalmente não deixar nenhuma pessoa desassistida em relação as necessidades dos usuários dos Municípios consorciados do CONIMS.

### 2. DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

Compreende-se que as necessidades em saúde são sempre prementes e eventuais demoras podem comprometer gravemente a saúde dos usuários, sendo extremamente importante e necessário a oferta de toda a gama do SADT: Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico como apoio de diagnósticos assertivos, eficientes e rápidos.

Entende-se, ainda, a necessidade de descentralizar os atendimentos, situação claramente pontuada durante a pandemia, levando a saúde mais próxima à população, com qualidade, economicidade e resolutividade. Sendo que, a prestação de serviços em saúde em caráter suplementar e complementar à população dos Municípios consorciados ao CONIMS são essenciais para assegurar o atendimento aos usuários de forma eficaz, fomentando o fortalecimento dos serviços em saúde já existentes.

Assim, para atender a grande demanda reprimida por insuficiência na oferta de serviços próprios, reduzindo o tempo de espera para a assistência ao usuário considera-se a necessidade de contratar, em caráter complementar, os serviços médico/laboratoriais/imagem/terapias dos estabelecimentos de saúde, clínicas médicas e demais prestadores de serviço com a disponibilização de profissionais técnicos, visando atender às demandas do Município consorciados ao CONIMS de maneira apropriada, evitando o agravamento dos quadros de saúde dos pacientes e garantindo a assistência necessária à recuperação da saúde destes.

O caráter complementar das contratações decorre do fato de o CONIMS não contar com estrutura apta a realizar todos os procedimentos e serviços indicados no Edital, bem como as limitações à realização de concurso público para as especialidades médicas, também considerando que se previu a possibilidade de atendimento descentralizado dos profissionais.

Dessa forma, se faz necessário o credenciamento de pessoas jurídicas para a realização DE CONSULTAS DE ESPECIALIDADES, EXAMES CLÍNICOS/IMAGEM, EXAMES LABORATORIAIS, PROCEDIMENTOS, BIÓPSIAS E TERAPIA, como forma de melhorar o atendimento de forma mais ampla atendendo às necessidades de todos os usuários.

### **3. DESCRIÇÃO DOS REQUISITOS DA SOLUÇÃO**

Visando dar continuidade no atendimento à população dos Municípios consorciados ao CONIMS, apresenta-se os requisitos necessários para o credenciamento de pessoas jurídicas referente a realização DE CONSULTAS DE ESPECIALIDADES, EXAMES CLÍNICOS/IMAGEM, EXAMES LABORATORIAIS, PROCEDIMENTOS, BIÓPSIAS, TERAPIA E SERVIÇOS COMPLEMENTARES ESPECIALIZADOS.

#### **Requisitos necessários ao atendimento da necessidade:**

- a) Ao aderir ao credenciamento, os participantes se declaram cientes que, por exigência dos órgãos de controle externo, da Lei nº 12.527/2018 – Lei de Acesso à Informação – e da Resolução CONIMS nº 155/2021, a íntegra do processo licitatório será disponibilizada no Portal de Transparência do CONIMS, que realiza o tratamento de dados pessoais pertinentes à qualificação jurídica, econômico-financeira, tributária e técnica descritas no Edital, para uso exclusivo às finalidades legais e institucionais, conforme disposto na Lei nº 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e no Decreto nº 10.046/2019, assim como se compromete a exigir de seus funcionários o mesmo grau de responsabilidade com o manuseio e tratamento de dados sensíveis que porventura tenha acesso no cumprimento de suas obrigações contratuais;

- b) Poderão participar deste credenciamento as PESSOAS JURÍDICAS que satisfaçam as condições de habilitação e disposições contidas no edital, bem como atenderem as condições procedimentais reguladas por este CONIMS e, também atendam as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório;
- c) A participação neste Credenciamento está vinculada à prestação de serviços para todos os municípios pertencentes a este Consórcio;
- d) A inscrição no processo implica na manifestação de interesse do prestador de serviços em participar do processo de credenciamento junto ao CONIMS, na data de entrega da documentação, e a mesma estando de acordo com os requisitos do edital, e na aceitação e submissão, independentemente de declaração expressa, a todas as normas e condições estabelecidas no Edital, seus anexos, bem como aos atos normativos pertinentes expedidos pelo CONIMS.

**Não poderão participar do credenciamento:**

- e) Os interessados que estejam cumprindo as sanções previstas nos incisos III e IV, do art. 156, da Lei n.º 14.133/2021 e nas hipóteses do artigo 16 da Lei Estadual n.º 15.608/2007;
- f) A entidade que tiver proprietários, administradores e dirigentes que exerçam cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde;
- g) Concorratárias ou em processo de falência, sob concurso de credores, em dissolução ou em liquidação;
- h) Que tenham sido declaradas inidôneas por órgão da Administração Pública, Direta ou Indireta, Federal, Estadual, Municipal ou do Distrito Federal, por meio de ato publicado no Diário Oficial da União, do Estado ou do Município, pelo órgão que o praticou, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição;
- i) Que estejam reunidas em consórcio, que sejam controladoras, coligadas ou subsidiárias entre si;
- i) Os profissionais de saúde integrantes do quadro de pessoal e que mantenham vínculo de emprego com o CONIMS;
- K) Os anteriormente descredenciados pelo CONIMS por descumprimento de cláusulas contratuais ou irregularidades na execução dos serviços prestados.

#### **4. LEVANTAMENTO DE MERCADO**

Atualmente o CONIMS conta com 26 Municípios consorciados, tendo em média um total de 327.529 usuários que se beneficiam deste Consórcio referente ao atendimento complementar da demanda retraída por insuficiência na oferta de serviços próprios.

Assim, a solução para a redução do tempo de espera para a assistência ao usuário de forma efetiva e eficaz, evitando o agravamento dos quadros de saúde dos pacientes, torna-se imprescindível e justificável a contratação, em caráter complementar, dos serviços médico/laboratoriais/imagem/terapias dos estabelecimentos de saúde, clínicas médicas e demais prestadores de serviço com a disponibilização de profissionais técnicos, para o atendimento às demandas do Município consorciados ao CONIMS de maneira apropriada. Além, do levantamento dessa necessidade, a pesquisa dos valores aplicáveis terá como base de referência a Tabela SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, sendo atualizados quando:

- a) Prestadores não atendem mais pelos valores de algum procedimento da tabela SIGTAP;
- b) Procedimentos que não são ofertados e dessa forma não constam valores na tabela SIGTAP.

Nestes casos justifica-se a aplicação de valores complementares pelo próprio CONIMS devido às necessidades de cada Município consorciado e as vicissitudes e limitações da realidade local, de acordo com os tipos de diagnósticos e tratamentos necessários para o cuidado com a saúde da população. Quando isso for necessário, serão realizadas 03 (três) pesquisas de mercado na região sudoeste do Paraná, sendo a média do valor apresentada e aprovada em Assembleia pelo CONIMS.

## **5. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO**

A partir dos estudos e análises realizados, optou-se pelo Credenciamento de pessoas jurídicas visando a realização de consultas de especialidades, exames clínicos/imagem, exames laboratoriais, procedimentos, biópsias e terapia serviços complementares especializados, devidamente previstos na Tabela do CONIMS e/ou sucessivamente, na Tabela SIGTAP, a serem prestados nos consultórios particulares, laboratórios, clínicas nos Ambulatórios Médicos de Especialidades, entende-se que as contratações contribuirão com a ampliação do atendimento à saúde da população dos Municípios consorciados ao CONIMS.

Através da modalidade de Credenciamento, assegurando tratamento isonômico aos interessados na prestação dos serviços e negociando-se as condições de atendimento, obtém-se uma melhor qualidade dos serviços além do menor preço, a administração consegue fixar os valores que se dispõe a pagar, os possíveis licitantes não competirão, no estrito sentido da palavra, inviabilizando a competição, uma vez que a todos é assegurada a contratação.

Portanto, essa sistemática pressupõe a pluralidade de interessados e a indeterminação do número de prestadores suficientes para a adequada prestação do serviço e adequado atendimento do interesse público, de forma que quanto mais particulares tiverem interesse na execução do objeto, melhor será atendido o interesse público.

## 6. ESTIMATIVA DAS QUANTIDADES A SEREM CONTRATADAS

Para a estimativa de quantidades, utilizou-se como referência os procedimentos realizados no ano de 2022 pelo CONIMS, conforme tabelas (a) e (b), descritas abaixo:

a) Municípios consorciados e população atendida:

| MUNICÍPIO              | ESTADO         | POPULAÇÃO ATENDIDA |
|------------------------|----------------|--------------------|
| Bom Sucesso do Sul     | Paraná         | 3.244              |
| Chopinzinho            | Paraná         | 19.083             |
| Clevelândia            | Paraná         | 16.344             |
| Coronel Domingo Soares | Paraná         | 7.538              |
| Coronel Vivida         | Paraná         | 20.430             |
| Honório Serpa          | Paraná         | 5.030              |
| Itapejara D'Oeste      | Paraná         | 12.220             |
| Mangueirinha           | Paraná         | 16.572             |
| Mariópolis             | Paraná         | 6.655              |
| Palmas*                | Paraná         | 52.503             |
| Pato Branco*           | Paraná         | 84.779             |
| São João               | Paraná         | 10.122             |
| Saudade do Iguaçu      | Paraná         | 5.578              |
| Sulina                 | Paraná         | 2.880              |
| Vitorino               | Paraná         | 6.879              |
| Campo Erê              | Santa Catarina | 8.312              |
| Coronel Martins        | Santa Catarina | 2.560              |
| Formosa do Sul         | Santa Catarina | 2.481              |
| Galvão                 | Santa Catarina | 2.711              |
| Irati                  | Santa Catarina | 1.887              |
| Jupirá                 | Santa Catarina | 2.083              |
| Novo Horizonte         | Santa Catarina | 2.366              |
| Palma Sola             | Santa Catarina | 7.321              |
| Santiago do Sul        | Santa Catarina | 1.211              |
| São Bernardino         | Santa Catarina | 2.239              |
| São Lourenço do Oeste  | Santa Catarina | 24.501             |
|                        | <b>TOTAL</b>   | <b>327.529</b>     |

\*Os Municípios de Palmas e Pato Branco não aderem aos serviços de atendimento ao usuário ofertados pelo CONIMS, apenas a aquisição de materiais.

b) Procedimentos e quantidades realizadas:

| ITEM | DESCRIÇÃO                   | QUANTIDADE (2022) |
|------|-----------------------------|-------------------|
| 1    | Exames Laboratoriais        | 940.079           |
| 2    | Consultas                   | 116.451           |
| 3    | Procedimentos ambulatoriais | 329.401           |
|      | TOTAL                       | 1.385.931         |

Fonte: Sistema CONIMS (Ano de 2022)

## 7. ESTIMATIVA DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

Com base na pesquisa realizada e na análise destes dados, o valor total estimado para um período de 12 (doze) meses será de R\$ R\$ 55.865.676,77 (Cinquenta e cinco milhões, oitocentos e sessenta e cinco mil, seiscentos e setenta e seis reais e setenta e sete centavos), seguindo valores previstos na Tabela do CONIMS e/ou sucessivamente, na Tabela SIGTAP, tendo como base de referência o ano de 2022, conforme quadro abaixo, acrescido do percentual de crescimento conforme previsão orçamentaria de 34 % para ano/2023, conforme quadro abaixo:

| ITEM | DESCRIÇÃO                   | VALOR (2022)      |
|------|-----------------------------|-------------------|
| 1    | Exames Laboratoriais        | R\$ 6.483.823,83  |
| 2    | Consultas                   | R\$ 8.835.144,73  |
| 3    | Procedimentos ambulatoriais | R\$26.371.835     |
|      | TOTAL                       | R\$ 41.690.803,56 |

Fonte: Sistema CONIMS (Ano de 2022)

## 8. JUSTIFICATIVAS PARA O PARCELAMENTO OU NÃO DA SOLUÇÃO

Considerando tratar-se de prestação de atendimento contínuo, entende-se que a solução é passível de parcelamento com execução mensal, e contratação global, por período de 12 meses.

## 9. DEMONSTRAÇÃO DO ALINHAMENTO ENTRE A CONTRATAÇÃO E O PLANEJAMENTO

Embora o CONIMS ainda não conte com Plano Anual de Contratação, na formado do artigo 12 da Lei Federal 14.133/2021, o lançamento do presente Edital de Credenciamento está alinhado com a proposta de gestão adotada pelo CONIMS, já consolidada, de ações de interesse comum dos Municípios consorciados, com os seguintes objetivos:

- I) Delimitar as necessidades de serviços em saúde a partir da série histórica de contratações dos exercícios anteriores;
- II) Delimitar as necessidades de serviços relatadas pelos Municípios Consorciados, a partir da análise de seus respectivos históricos de contratações; quantificar numericamente a

dimensão dos itens/serviços necessários, de forma condizente com as definições a que se referem as alíneas anteriores;

III) Identificar oportunidades de melhorar a economia de escala e aprimorar os processos de trabalho;

IV) Otimizar e racionalizar a aplicação dos recursos públicos, atendendo ao princípio da transparência e possibilitando o melhor conhecimento das necessidades anuais e melhorar a prestação de contas,

V) Contribuir para o escalonamento dos objetos em níveis de prioridade.

VI) Servir como parâmetro de controle e avaliação da atuação do CONIMS visando à eficácia no cumprimento de seus objetivos e finalidades.

## **10. RESULTADOS PRETENDIDOS**

A administração pública busca, através das contratações públicas, e principalmente através de consórcio público, a parametrização dos atendimentos de especialidades, a equidade, economicidade, eficiência e resolutividade.

Estima-se que, com o credenciamento de profissionais/técnicos para o atendimento dos 26 Municípios consorciados ao CONIMS, em média 327.529 pessoas que serão assistidas dentro dos preceitos anteriormente destacados, com assistência integral nas áreas:

- a) Consultas de Especialidades;
- b) Exames clínicos e de imagem;
- c) Exames Laboratoriais;
- d) Procedimentos;
- e) Biópsias e Terapias;
- f) Serviços Complementares Especializados.

A realização de ações que visem a melhor qualidade de vida, com a diminuição de doenças, e a prevenção dos agravos, os resultados pretendidos serão alcançados.

## **11. PROVIDÊNCIAS PRÉVIAS À CELEBRAÇÃO DO CONTRATO**

O Consórcio Intermunicipal de Saúde – CONIMS será responsável pela orientação dos contratados em relação aos procedimentos, desde o uso do sistema, o agendamento, faturamento até a emissão de Nota Fiscal para pagamento.

Também, o CONIMS tem a responsabilidade de regula a execução dos contratos, realizando a supervisão dos prestadores quanto às regras e normas exigidas.

## 12. CONTRATAÇÕES CORRELATAS OU INTERDEPENDENTES

Não há contratações correlatas nem interdependentes para a viabilidade desta demanda.

## 13. CONCLUSIVO SOBRE A VIABILIDADE E RAZOABILIDADE DA CONTRATAÇÃO

Conforme resultado do presente estudo técnico preliminar, conclui-se pela viabilidade do credenciamento de pessoas jurídicas visando a realização de consultas de especialidades, exames clínicos/imagem, exames laboratoriais, procedimentos, biópsias e terapia serviços complementares especializados.

## 14. ASSINATURA EQUIPE DE CONTRATAÇÃO

Subscvem o presente Termo de Referência os membros da Equipe de Planejamento da Contratação.

Pato Branco, 01 de março de 2024.

**Geslani Cristina Grzyb Pinheiro**

Encarregado de Pesquisa e Desenvolvimento

**João Berthier Brasil Neto**

Coordenador de Controladoria e Execução

**Oswaldo de Alencar Passos Guimarães**

Coordenador de Atendimento