

**CIS/AMVI****23 - EDITAL DE CREDENCIAMENTO 04-2018 - 21.09.2021**

Publicação Nº 3302978

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO  
Nº. 04/2018 - CHAMADA PÚBLICA**

O **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO MÉDIO VALE DO ITAJAÍ - CISAMVI**, com sede na Rua Alberto Stein, 466, bairro Velha, na cidade de Blumenau, em SC, inscrito no CNPJ sob n.º 03.269.695/0001-08, através da Comissão Permanente de Licitação, designada pela Resolução n.º 188/2018 do Diretor Executivo do CISAMVI, em conformidade com a Legislação Federal n.º 8.666/93, suas alterações, Lei n.º 8.080/90, Portaria n.º 1.286/93 e Portaria n.º 1.034/10 do Ministério da Saúde e demais legislações aplicáveis, torna pública a realização de **CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE**, nos termos das condições estabelecidas no presente Edital.

**1. DO OBJETO**

1.1. Credenciamento de entidades públicas, filantrópicas e/ou privadas prestadoras de serviços de saúde para:

1.1.1. realização de consultas e procedimentos com finalidade diagnóstica ou cirúrgica, ambulatorial, de média ou alta complexidade;

1.1.2. OPM em Odontologia

1.2. Os serviços serão prestados:

1.2.1 em instalações (consultórios, clínicas ou estabelecimentos particulares) de responsabilidade do credenciado;

1.2.2 EM TODOS os locais preestabelecidos pelos municípios consorciados ao CISAMVI que seguem:

1.2.2.1 Apiúna - Avenida Florianópolis, 107 - Centro.

1.2.2.2 Ascurra - Rua Caminho de Lurdes, 147.

1.2.2.3 Benedito Novo - Rua Hans Scheleiffer, 136 - Centro.

1.2.2.4 Blumenau - Rua Dois de Setembro, 1234 - Policlínica Lindolf Bell.

1.2.2.5 Botuverá - Rua João Morelli, 05 - Centro - Segundo Piso.

1.2.2.6 Brusque - Rua Pref. Germano Schaeffer, 66 - Centro I.

1.2.2.7 Gaspar - Rua Olga Wehmuth, 151 - Bairro Sete de Setembro.

1.2.2.8 Guabiruba - Rua Dez de Junho, 195 – Policlínica de Guabiruba.

1.2.2.9 Indaial - Rua Leoberto Leal, 155 - Tapajós.

1.2.2.10 Luiz Alves - Rua Erich Gielow, 35 - Centro - Fundos da secretaria de Saúde.

1.2.2.11 Pomerode - Rua Hermann Weege, 677 - Centro - Unidade Sanitária Pref Alwin Klotz.



1.2.2.12 Rodeio - Rua Giacomo Furlani, 450 - Unidade de Saúde do Centro.

1.2.2.13 Timbó - Rua Aracaju, 60.

1.3. O “Termo de Referência” (Anexo I), deste edital apresenta a descrição detalhadas dos serviços a serem prestados, bem como as demais condições para a sua execução, e o valor que o CISAMVI se compromete a pagar por serviço.

## **2. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO**

2.1. Poderão credenciar-se todos os interessados, pessoa jurídica, da área da saúde que estejam legalmente estabelecidos para os fins do objeto pleiteado, desde que atendidos os requisitos exigidos neste instrumento de credenciamento e seus anexos, bem como atendam as condições e os critérios mínimos exigidos pelo sistema único de saúde – SUS, visando o atendimento satisfatório.

2.2. Não poderão participar deste Credenciamento:

- a) Os interessados que estejam cumprindo as sanções previstas nos incisos III e IV, do art. 87, da Lei n.º 8.666/93;
- b) Empresas que se encontrem em processo de falência, dissolução, fusão, cisão ou de incorporação, bem como as que se apresentem na forma de empresas em Consórcios.
- c) As instituições cujos proprietários, diretores e sócios pertençam ao quadro de servidores do CISAMVI, ou façam parte da gestão da secretaria de saúde de Municípios Consorciados;
- d) É vedada a qualquer pessoa física ou jurídica a representação, no presente credenciamento, de mais de uma proponente;

## **3. DA FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO**

3.1. Os interessados poderão ter acesso ao edital através do site oficial do CISAMVI, qual seja: [www.cisamvi.sc.gov.br](http://www.cisamvi.sc.gov.br), ou diretamente no Setor de Licitações e Contratos na sede do Consórcio (endereço no preâmbulo do edital).

3.2. Os interessados poderão inscrever-se para o credenciamento a partir da publicação do presente Edital no Diário Oficial dos Municípios de Santa Catarina, disponível no endereço [www.diariomunicipal.sc.gov.br](http://www.diariomunicipal.sc.gov.br)

3.3. Os interessados poderão credenciar-se em mais de uma área desde que preenchidos os requisitos na respectiva especialidade.

3.4. O credenciamento poderá ser requerido durante todo o seu período de vigência, sempre no horário de expediente que é das 08h00min às 12h e das 13h às 17h, na sede da CISAMVI, endereço no preâmbulo do edital, mediante o cumprimento dos requisitos relacionados nos itens 04 e 05 deste edital;

3.5. Os mesmos deverão preencher a ficha de requerimento de credenciamento, conforme modelo constante no Anexo II deste Edital, que deverá ser entregue juntamente com os documentos listados no item 5 – Dos Documentos de Habilitação.



3.6. Somente será credenciado o prestador que estiver em conformidade com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES no site <http://cnes.datasus.gov.br> o qual deverá estar compatível com o endereço dos alvarás, contrato social e com os serviços a serem contratados e destacado o atendimento ao SUS.

3.7. **Somente serão CREDENCIADAS instituições que atendam às exigências deste Edital de Chamamento Público.**

#### 4. DA APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

4.1. Os interessados deverão apresentar toda a documentação exigida em envelope lacrado e devidamente identificado, conforme modelo a seguir, endereçado à Comissão de Licitação do CISAMVI.

##### **DADOS DA PARTE EXTERNA DO ENVELOPE:**

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO MÉDIO VALE DO ITAJAÍ - CISAMVI.**

**À COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO**

**HABILITAÇÃO PARA CREDENCIAMENTO**

**Processo nº. 04/2018**

Nome da empresa:

CNPJ:

Telefone:

Endereço:

4.2. O envelope HABILITAÇÃO PARA CREDENCIAMENTO – deverá conter os documentos relacionados para habilitação (item 5), em sua via original ou por qualquer processo de cópia autenticada por cartório competente ou publicação em órgão de imprensa oficial, preferencialmente rubricados e paginados (Exemplo: 1/5, 2/5,...5/5) em todas as folhas.

4.3. Quanto às autenticações:

4.3.1. Havendo mais de um documento reproduzido numa mesma folha, para cada documento procede-se à conferência com o original, portanto, a autenticação é individual, gerando a consequência de serem apostas tantas autenticações quantos forem os documentos reprografados. (Provimento nº. 12/92, item 8, da CGJ – Corregedoria-Geral da Justiça).

4.3.2. Serão aceitas somente cópias legíveis;

4.3.3. Quando o certificado/certidão for emitido por sistema eletrônico, poderá ser apresentado no original ou em fotocópia, mas sua aceitação fica condicionada à verificação da autenticidade pela Internet ou junto ao órgão emissor.



#### 4.3.4. Prazo de validade dos documentos:

4.3.4.1. A documentação exigida deverá ter validade, no mínimo, até a data do protocolo do envelope.

4.3.4.2. Os documentos que omitirem o prazo de validade serão considerados como válidos pelo período de 60 (sessenta) dias.

4.4. **Documentos matriz/filial:** Os documentos apresentados deverão estar em nome da proponente responsável pelo contrato com o número do CNPJ e endereço respectivo.

4.4.1. Se a proponente responsável pelo contrato for a matriz, todos os documentos deverão estar em nome desta.

4.4.2. Se a proponente responsável pelo contrato for filial, todos os documentos deverão estar em nome desta.

4.4.3. Os documentos que constarem expressamente que são válidos para todos os estabelecimentos, matriz e filiais, serão aceitos pela Comissão independentemente da inscrição do CNPJ da proponente, para efeito de julgamento.

## 5. DA HABILITAÇÃO

### 5.1. HABILITAÇÃO JURÍDICA

5.1.1. Registro Comercial, no caso de empresa individual, ou;

5.1.2. Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor (com suas devidas alterações), devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedade por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores, ou;

5.1.3. Inscrição do Ato Constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício, ou;

5.1.4. Decreto de Autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e Ato de Registro ou Autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir;

5.1.5. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ).

### 5.2. REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA

5.2.1. Certidão de Quitação de Tributos e Contribuições Federais e Certidão Quanto à Dívida Ativa da União - Conjunta; com data de emissão não superior a 180 (cento e oitenta) dias quando não constar expressamente no corpo da Certidão o seu prazo de validade.

5.2.2. Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual com data de emissão não superior a 60 (sessenta) dias, quando não constar expressamente no corpo da mesma o seu prazo de validade.

5.2.3. Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal, com data de emissão não superior a 60 (sessenta) dias, quando não constar expressamente no corpo da mesma o seu prazo de validade.



5.2.4. Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS, demonstrando a situação regular no cumprimento dos encargos instituídos por Lei.

5.2.5. Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), com data de emissão não superior a 180 (cento e oitenta) dias, quando não constar expressamente no corpo da Certidão o seu prazo de validade.

### 5.3. QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA

5.3.1. Certidão Negativa de Falência ou Recuperação Judicial, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, com data de pesquisa não anterior a 60 (sessenta) dias, contados da data fixada para a abertura dos envelopes de "HABILITAÇÃO", ou que até esta data esteja dentro da validade, conforme expressa na própria certidão.

5.4. Caso algum documento constante nos itens anteriores apresente sua validade expirada e possa ser emitido em via eletrônica, fica facultado a comissão a emissão de uma nova certidão.

### 5.5. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

5.5.1. Alvará de licença de funcionamento emitido pela Vigilância Sanitária; (dispensado para os serviços com execução nos locais preestabelecidos pelos municípios);

5.5.2. Alvará de localização e funcionamento regular emitido pela Fazenda Municipal; (dispensado para os serviços com execução nos locais preestabelecidos pelos municípios)

5.5.3. Certificado de Regularidade do Estabelecimento (Registro ou inscrição da pessoa jurídica) junto ao Conselho Regional de Classe (CREMESC, CRO-SC, COREN-SC, CREFITO-SC, etc);

5.5.4. Registro no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, emitido no site <http://cnes.datasus.gov.br>; (dispensado para os serviços de prótese odontológica)

5.5.5. Comprovação da inscrição do Responsável Técnico junto ao Conselho Regional de Classe; (Cópia do Registro Profissional);

5.5.6. Comprovante de Regularidade profissional junto ao órgão de classe emitido no prazo máximo de 90 dias;

5.5.7. Cópia do RQE – Registro de Qualificação de Especialista para cada especialidade médica, quando for o caso.

5.5.8. Apresentar, no mínimo, 1 (um) Atestado de Capacidade Técnica emitido por pessoa jurídica de direito público ou privado, comprovando a aptidão de atividade anterior, compatível com o objeto da presente chamada;

5.5.9. O item 5.5.7 é será dispensado caso o interessado no credenciamento já tenha prestado serviços ao CISAMVI nos últimos 12 meses. (NR - Incluído pela Resolução nº. 209, de 16/05/2018)

### 5.6. OUTROS DOCUMENTOS:

5.6.1. Ficha de Requerimento de Credenciamento (ANEXO II).



5.6.2. Declaração de capacidade instalada e disponibilidade para SUS, cfe. Modelo do Anexo IV;

5.6.3. Listagem de profissionais, atualizada, emitida no site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (<http://cnes.datasus.gov.br/>), quando for o caso;

5.7. Não havendo concorrência microrregional para algum procedimento descrito neste termo de referência, a Comissão Permanente de Licitações, fica autorizada pela Diretoria Executiva a iniciar procedimento administrativo, para avaliação da dispensa ou não, da documentação exigida nos itens 5.3 e 5.5, desde que comprovada a falta de interessados em prestar o mesmo serviço. Visando a garantia de atendimento, pela melhor relação custo benefício dos serviços aos municípios consorciados.

## 6. DA ABERTURA DO ENVELOPE DE HABILITAÇÃO

6.1. O CISAMVI receberá o envelope contendo os documentos e entregará protocolo do recebimento da documentação ao interessado.

Os envelopes serão encaminhados à Comissão Permanente de Licitação, que se reunirá para abertura e análise da documentação apresentada, conforme as exigências do item 5 deste edital.

6.2. Ao final da análise da documentação será lavrada Ata circunstanciada, na qual serão registradas as ocorrências relevantes e que, ao final, deverá obrigatoriamente ser assinada pela Comissão Permanente de Licitação.

6.3. Caso a documentação apresentada não esteja em conformidade com as exigências deste Credenciamento, a interessada será notificada, e terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis para regularização, complementação, substituição ou apresentação de nova documentação.

6.4. O prazo para regularização, complementação, substituição ou apresentação de nova documentação poderá ser prorrogado, mediante requerimento da interessada e aceitação do CISAMVI.

6.5. O fato de a interessada NÃO TER SUA DOCUMENTAÇÃO APROVADA, não impede que a mesma apresente a documentação exigida em outra oportunidade, podendo buscar o credenciamento a qualquer tempo, apresentando a documentação exigida neste Credenciamento e passará por nova análise.

6.6. O CISAMVI disponibilizará a relação dos credenciados junto ao site [www.cisamvi.sc.gov.br](http://www.cisamvi.sc.gov.br).

## 7. DAS CONDIÇÕES PARA CONTRATAÇÃO

7.1. Estando a documentação apresentada em conformidade com as exigências deste Chamamento a interessada será declarada HABILITADA ao Credenciamento.

7.2. O CISAMVI publicará em seu site oficial a habilitação e convocação da proponente para assinatura do termo de credenciamento, devendo a mesma comparecer em até 05 (cinco) dias após a publicação de sua convocação para firmar o termo de contrato.



7.3. O Contrato de Credenciamento, minuta constante no Anexo III será lavrado em três vias, que será assinado pelo responsável da interessada e pelo Diretor Executivo do CISAMVI.

- a) uma via fará parte do Processo de Credenciamento;
- b) uma via será arquivada em arquivo próprio para contratos; e
- c) uma via será entregue ao Credenciado.

## 8. DO CONTRATO DE CREDENCIAMENTO/VIGÊNCIA

8.1. O credenciamento será formalizado através de Contrato de Prestação de Serviços, conforme minuta do Anexo III.

8.2. O Contrato tem como quantidade uma estimativa mensal de oferta, que será indicada pelo CREDENCIADO, respeitando o limite financeiro máximo deste Edital. Portanto, trata-se apenas de uma quantidade estimada, não gerando direito ao CREDENCIADO exigir um número mínimo de procedimentos/mês do CISAMVI.

8.3. A demanda de consumo dependerá única e exclusivamente da procura dos municípios pelos procedimentos oferecidos.

8.4. Quanto a escolha do laboratório/clínica/profissional, cada município possui uma relação de todos os credenciados e suas especialidades, deixando a livre escolha dos municípios e/ou usuários da rede aquele que melhor lhe aprouver.

8.5. O prazo de vigência do Contrato de Credenciamento será de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado mediante assinatura de Termo Aditivo entre as partes, mantidos os direitos, obrigações e responsabilidades contratuais, sendo que qualquer prorrogação deverá ser solicitada no prazo de vigência do respectivo contrato, com justificativa por escrito, nos termos do art.57§§ 1º e 2º, da Lei 8.666/93.

## 9. DA FORMA DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

9.1. O Credenciado irá atender os usuários oriundos dos Municípios consorciados à Contratante.

9.2. Os serviços poderão ser prestados em instalações (consultórios ou clínicas particulares) de responsabilidade do credenciado, assim como nos locais preestabelecidos pelos municípios consorciados ao CISAMVI, conforme item 1.2.

9.3. Identificada à necessidade da realização de serviço de saúde constante neste Edital, será ofertado ao paciente ou representante legal a opção de escolha do credenciado para o respectivo serviço, conforme lista de credenciados mantida pelo CISAMVI;

9.4. A requisição do serviço de saúde deverá ser aprovada pelo órgão municipal responsável ou, ultrapassada a cota mensal de serviços a que tem direito o município consorciado, a requisição deverá ser aprovada pelo CISAMVI;

9.5. Após a aprovação da requisição, será agendada a execução do serviço diretamente com o credenciado;



9.6. A comprovação da execução dos serviços se dará mediante:

9.6.1. Faturamento da requisição, por parte do credenciado, executada em sistema “on-line”, disponibilizado pelo CISAMVI, por meio do código de barras impresso na requisição (substitui o preenchimento de informações da produção BPA, SAI/SUS e BPA-I).

9.6.2. Apresentação da Requisição emitida pelo município, a qual autoriza o seu atendimento devidamente assinada pelo paciente ou responsável devidamente identificado, e já faturada no sistema indicado pelo CISAMVI, juntamente com a prescrição médica dos procedimentos (encaminhada pelo município, junto com a autorização).

9.6.2.1. As requisições de autorização, deverão ser encaminhadas ao CISAMVI, após o período de produção (1º à 30 ou 31 de cada mês), agrupado por município, em ordem alfabética, sempre com a requisição do CISAMVI fixada na frente de todos os documentos adicionais.

9.7. O CISAMVI utilizará sistema informatizado para controle de requisições, autorizações e agendamentos dos serviços de saúde credenciados.

9.8. Os atendimentos realizados por encaminhamento dos municípios consorciados não poderão ser referenciados para atendimento de forma particular ou solicitação de complementação de valores para procedimentos e/ou cirurgias.

**9.9. Toda necessidade de serviços complementares e/ou procedimentos e/ou cirurgias deverá ser encaminhado a secretaria de saúde do município consorciado para posterior encaminhamento do município. Exceção das situações Justificadas, conforme item 9.10.**

9.10. Caso seja verificado pelo prestador, durante a realização do procedimento, a necessidade de execução de procedimento complementar, este será pago somente mediante apresentação de laudo ou relatório médico indicando a necessidade; E somente se, o procedimento complementar também esteja incluído no rol de procedimentos contratualizados com o prestador.

9.10.1. Deve ser encaminhado laudo médico, justificando a real necessidade do procedimento a ser executado. Uma vez que não possui autorização da Regulação Municipal que encaminhou o paciente. Cabendo esta situação apenas em casos onde o tramite normal causaria mais gastos ao Fundo Municipal de Saúde, ou submeteria o paciente à transtornos elevados (exemplo: aplicação de contraste, mapeamento de retina, etc).

9.11. A situação descrita no item anterior deverá ser VEDADA em caso de recusa expressa pelo município na Guia de Referência e Contra Referência, autorizada para o respectivo paciente.

9.12. A “requisição”, utilizada pelo município como documento de autorização do paciente para execução do serviço no Credenciado, terá validade de 60 dias após a data de sua emissão, sendo automaticamente cancelado após este prazo.

9.12.1. Após o atendimento do paciente, o Credenciado terá 30 dias para faturar a “requisição” do serviço executado, diretamente no sistema “on-line” disponibilizado pelo CISAMVI.





9.13. O não cumprimento dos prazos estipulados nos itens 9.12 e 9.12.1 ensejará no cancelamento da respectiva “requisição” e conseqüentemente na avaliação da responsabilidade sobre o corrido, para fins de pagamento ou não.

9.14. É vedada a cobrança de nova consulta nos casos de retorno médico, quando o mesmo paciente retornar ao consultório no prazo de 30 dias contados a partir da data da consulta anterior.

## **10. DAS OBRIGRAÇÕES DAS PARTES**

10.1. Ambas as partes devem cumprir as regras deste edital, e as cláusulas previstas no item 3 do Anexo I – Termo de Referência.

## **11. DOS VALORES E PAGAMENTO**

11.1. A remuneração pela prestação e/ou fornecimento de serviços será de acordo com a Tabela de Valores constate no Anexo I – Termo de Referência do edital, estando inclusos taxas de administração, taxas de sala, custos diretos e indiretos, mão-de-obra, impostos, tarifas, encargos e outros dispêndios necessários para a realização dos serviços.

11.1.1. A tabela de procedimentos e valores, constante no Anexo I, poderá ser revista, sempre por interesse dos Secretários Municipais de Saúde, dos municípios consorciados, à quem caberá a decisão sobre valores pagos e reajustes na tabela, com base em Deliberação Colegiada, registrando a fonte dos valores base.

11.1.2. As alterações na tabela de procedimentos e valores serão objeto de republicação deste edital, com destaque aos novos procedimentos ou valores, e na sequencia, serão notificados os credenciados regulares, sobre as alterações.

11.1.3. Havendo exclusão, inclusão ou alteração em valor de procedimento já contratado, caberá ao Credenciado a escolha da manutenção do contrato de Credenciamento, a partir da emissão de termo aditivo, registrando a alteração contratual, ou não, por meio de distrato do contrato vigente.

11.2. Os serviços de saúde prestados pelos credenciados serão remunerados por cada procedimento realizado.

11.3. Todos os Credenciados deverão manter atualizadas as informações no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

11.4. É vedado ao credenciado cobrar ou receber qualquer outra importância a título de honorários pelos serviços prestados, seja do CISAMVI, do usuário, paciente ou terceiro.

11.5. Ficam ao encargo do credenciado todas as despesas e custos relativas à aluguel, mão-de-obra, encargos sociais, fiscais e outros que porventura forem necessárias à prestação dos serviços. O credenciado deverá apresentar comprovação do recolhimento das obrigações trabalhistas, fiscais e securitárias decorrente da relação de emprego com seus profissionais, relativamente às competências em que prestar serviços.

11.6. O pagamento será realizado mensalmente, em até 30 (trinta) dias após a entrega da documentação necessária, relacionada no item 9.6, mediante apuração e comprovação dos



serviços que foram prestados, acompanhados da respectiva Nota Fiscal, solicitada após auditoria dos procedimentos faturados.

11.7. A comprovação da realização dos serviços será feita mediante:

11.7.1. Faturamento da requisição de autorização, por parte do credenciado, executada em sistema “on-line”, disponibilizado pelo CISAMVI, por meio do código de barras impresso na requisição (substituí o preenchimento de informações da produção BPA, SAI/SUS e BPA-I).

11.7.2. Apresentação das requisições de autorização emitidas pelos municípios, a qual autoriza o seu atendimento devidamente assinada pelo paciente ou responsável devidamente identificado, e já faturada no sistema indicado pelo CISAMVI, juntamente com a prescrição médica dos procedimentos (encaminhada pelo município, junto com a autorização).

11.7.2.1. As requisições de autorização, deverão ser encaminhadas ao CISAMVI, após o período de produção (1º à 30 ou 31 de cada mês), agrupado por município, em ordem alfabética, sempre com a requisição do CISAMVI fixada na frente de todos os documentos adicionais.

11.8. Após receber a aprovação do faturamento realizado no sistema “on-line” (item 11.7.1), o Credenciado poderá encaminhar a nota fiscal para cobrança.

11.9. Havendo divergência ou erros entre serviços contratados e os serviços prestados, fica assegurado ao CISAMVI a realização de auditoria para aferição correta dos serviços executados, devendo o credenciado emitir nota fiscal conforme o valor aferido.

11.10. Em caso de atraso na entrega das informações pelo credenciado, o pagamento feito pelo CISAMVI será retardado proporcionalmente.

11.11. O CISAMVI fará a retenção de tributos na fonte quando a lei assim o determinar.

## **12. DAS PENALIDADES**

12.1. Quando o Credenciado não cumprir com as obrigações assumidas ou com os preceitos legais serão aplicadas as seguintes penalidades, cumulativas ou não, conforme o caso:

12.1.1. Advertência.

12.1.2. Multa de 2 % (dois por cento) sobre o valor contratual quando.

a) Os serviços estiverem em desacordo com as especificações contidas no contrato ou em descumprimento com uma das cláusulas;

b) Se houver rescisão por culpa ou requerimento da Contratada sem causa justificada ou amparo legal;

c) Pela descontinuidade dos serviços, a ser cobrada por dia parado, até o limite de 10 (dez) dias.

12.2. Sem prejuízo da multa estabelecida pela Contratante, a Contratada responderá pelas perdas e danos causados, os quais serão mensurados caso a caso.



12.3. Caso a Contratada não venha a recolher a multa devida dentro do prazo determinado, a mesma será descontada do valor das parcelas de pagamento vincendas, garantindo a esta o pleno direito de defesa;

12.4. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a administração, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação, perante o CISAMVI, que ocorrerá sempre que o faltoso ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada.

12.5. Impedimento de participar de licitações e contratar com o CISAMVI e também nos municípios consorciados, por prazo não superior a 2 (dois) anos;

12.6. Além das penalidades citadas, a licitante vencedora ficará sujeita, ainda, ao cancelamento de sua inscrição no cadastro de fornecedores do CISAMVI e, no que couber às demais penalidades referida no Capítulo IV da Lei 8.666/93.

### **13. DO DESCREDENCIAMENTO**

13.1. As condições de descredenciamento estão descritas na cláusula sétima do Anexo III – Minuta do Contrato de Credenciamento.

### **14. DA SUBCONTRATAÇÃO**

14.1. 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 penalidades previstas no item 12 (dose - DAS PENALIDADES) do presente instrumento.

### **15. DAS PUBLICAÇÕES**

15.1. As publicações legais decorrentes deste credenciamento, inclusive o extrato do presente Edital, serão realizadas no Diário Oficial dos Municípios de Santa Catarina, disponível no endereço [www.diariomunicipal.sc.gov.br](http://www.diariomunicipal.sc.gov.br), bem como no site oficial do CISAMVI ([www.cisamvi.sc.gov.br](http://www.cisamvi.sc.gov.br)).

15.2. A íntegra do Edital, a relação dos serviços de saúde e a relação dos credenciados ficarão a disposição no site do CISAMVI, no endereço [www.cisamvi.sc.gov.br](http://www.cisamvi.sc.gov.br).

### **16. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

16.1. Estando os prestadores selecionados aptos a contratar com o município, será providenciado o processo de Inexigibilidade de Licitação, de acordo com o art. 25 da Lei 8.666/93, tendo em vista que a competição resta faticamente impossibilitada, já que é de interesse da coletividade que o maior número possível de empresas preste serviços de procedimentos clínicos, no intuito de ampliar e facilitar o acesso da população.

16.2. Fazem parte do presente Edital:



Anexo I - Termo de Referência;

Anexo II – Modelo de Ficha de Requerimento de Credenciamento;

Anexo III - Minuta do Contrato de Credenciamento;

Anexo IV – Declaração de capacidade instalada e disponibilidade ao SUS;

Anexo V – Relação de profissionais que compõe equipe técnica; e

16.3. O CISAMVI reserva-se ao direito de, justificadamente, anular ou revogar este Credenciamento, sem que caiba qualquer reclamação ou indenização de qualquer espécie.

16.4. O presente credenciamento não afeta a validade dos contratos firmados com base em Processo de Inexigibilidade anterior, e nem impede a prorrogação ou rescisão daqueles, na forma da lei.

16.5. A participação dos interessados mediante apresentação de habilitação para o credenciamento importará na declaração tácita da ciência e concordância com todos os termos do presente Edital.

16.6. As despesas decorrentes das contratações realizadas a partir deste Edital de credenciamento correrão por conta da dotação orçamentária própria do Orçamento-Programa Anual do CISAMVI (3390 – Manutenção das Atividades de Procedimento Médico Hospitalar).

16.7. O presente credenciamento entrará em vigor na data de sua assinatura e tem validade por 60 (sessenta) meses. Os contratos oriundos terão prazo de 12 meses e poderão ser prorrogados mediante assinatura de Termo Aditivo entre as partes, por até 60 (sessenta) meses.

16.8. Informações a respeito deste processo de credenciamento poderão ser obtidas pelo fone (47) 3331-5812, ou pessoalmente no endereço administrativo do Consórcio, sito a Rua Alberto Stein, 466, bairro da Velha, na cidade de Blumenau – SC, das 08h às 12h e das 13h às 17h, ou ainda, pelo endereço eletrônico: [gestao@cisamvi.sc.gov.br](mailto:gestao@cisamvi.sc.gov.br).

16.9. Os casos omissos neste Edital serão analisados sob os aspectos da Lei nº. 8.666/93.

Blumenau (SC), 26 de janeiro de 2018.

**Mathias Kohler**

Presidente do CISAMVI

**Cleones Hostins**

Diretor Executivo do CISAMVI



## ANEXO I

### TERMO DE REFERÊNCIA

#### 1. DO OBJETO:

1.1 Credenciamento de entidades públicas, filantrópicas e/ou privadas prestadoras de serviços de saúde para:

1.1.1. realização de consultas e procedimentos com finalidade diagnóstica ou cirúrgica, ambulatorial, de média ou alta complexidade;

1.1.2. elaboração, produção, embasamento e reembasamento de próteses odontológicas;

1.2 Os serviços serão prestados:

1.2.1 em instalações (consultórios, clínicas ou estabelecimentos particulares) de responsabilidade do credenciado;

1.2.2 em TODOS os locais preestabelecidos pelos municípios consorciados ao CISAMVI que seguem:

1.2.2.1 Apiúna - Avenida Florianópolis, 107 - Centro.

1.2.2.2 Ascurra - Rua Caminho de Lurdes, 147.

1.2.2.3 Benedito Novo - Rua Hans Scheleiffer, 136 - Centro.

1.2.2.4 Blumenau - Rua Dois de Setembro, 1234 - Policlínica Lindolf Bell.

1.2.2.5 Botuverá - Rua João Morelli, 05 - Centro - Segundo Piso.

1.2.2.6 Brusque - Rua Pref. Germano Schaeffer, 66 - Centro I.

1.2.2.7 Gaspar - Rua Olga Wehmuth, 151 - Bairro Sete de Setembro.

1.2.2.8 Guabiruba - Rua Dez de Junho, 195 – Policlínica de Guabiruba.

1.2.2.9 Indaial - Rua Leoberto Leal, 155 - Tapajós.

1.2.2.10 Luiz Alves - Rua Erich Gielow, 35 - Centro - Fundos da secretaria de Saúde.

1.2.2.11 Pomerode - Rua Hermann Weege, 677 - Centro - Unidade Sanitária Pref Alwin Klotz.

1.2.2.12 Rodeio - Rua Giacomo Furlani, 450 - Unidade de Saúde do Centro.

1.2.2.13 Timbó - Rua Aracaju, 60.

1.3 Os **SERVIÇOS A SEREM PRESTADOS EM INSTALAÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO CREDENCIADO** compreendem os itens descritos abaixo com o respectivo valor unitário:

| Classificação | Descrição                                  | Valor SUS | Complemento | Valor Pago pelo Procedimento |
|---------------|--|-----------|-------------|------------------------------|
| 02.02.01.078  | ACIDEZ TITULAVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)  | 3,04      | -           | 3,04                         |
| 02.02.09.001  | ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES | 1,89      | -           | 1,89                         |



|              |   |        |        |        |
|--------------|---|--------|--------|--------|
| 03.01.07.001 | ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE C/ IMPLANTE COCLEAR  | 58,62  | -      | 58,62  |
| 03.01.07.019 | ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE COM IMPLANTE COCLEAR   | 58,62  | -      | 58,62  |
| 03.01.07.018 | ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE COM PROTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO  | 58,62  | -      | 58,62  |
| 03.01.07.002 | ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO EM COMUNICACAO ALTERNATIVA   | 17,67  | -      | 17,67  |
| 03.01.07.003 | ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE P/ ADAPTACAO DE APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) UNI / BILATERAL          | 21,68  | -      | 21,68  |
| 02.02.09.002 | ADENOGRAMA  | 5,79   | -      | 5,79   |
| 02.01.01.001 | AMNIOCENTESE  | 2,20   | -      | 2,20   |
| 02.11.04.001 | AMNIOSCOPIA   | 1,69   | -      | 1,69   |
| 02.11.07.001 | ANALISE ACUSTICA DA VOZ POR MEIO DE LABORATORIO DE VOZ  | 4,11   | -      | 4,11   |
| 02.02.05.001 | ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA   | 3,70   | -      | 3,70   |
| 04.17.01.004 | ANESTESIA GERAL   | 84,00  | 149,42 | 233,42 |
| 90.01.01.100 | <del>ANESTESIA PARA ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA (removido pela resolução nº. 199/2018, de 28/03/2018).</del>               | -      | 130,15 | 130,15 |
| 90.01.01.101 | <del>ANESTESIA PARA EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (removido pela resolução nº. 199/2018, de 28/03/2018).</del> | -      | 130,15 | 130,15 |
| 90.01.01.102 | <del>ANESTESIA PARA EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA (removido pela resolução nº. 199/2018, de 28/03/2018).</del>           | -      | 130,15 | 130,15 |
| 90.01.01.017 | ANGIOFLUORESCEINOGRAMA RETINIANA - BINOCULAR  | -      | 220,00 | 220,00 |
| 02.10.01.001 | ANGIOGRAFIA CEREBRAL (4 VASOS)  | 179,46 | -      | 179,46 |
| 02.10.01.002 | ANGIOGRAFIA DE ARCO AORTICO   | 137,01 | -      | 137,01 |
| 02.10.01.003 | ANGIOGRAFIA DE ARCO AORTICO E TRONCOS SUPRA-AORTICOS  | 137,01 | -      | 137,01 |
| 90.01.01.103 | ANGIOGRAFIA POR RADIOISOTOPICA  | -      | 115,12 | 115,12 |
| 90.01.01.103 | ANGIOGRAFIA POR RADIOISOTOPICA  | -      | 115,12 | 115,12 |
| 4.11.01.51-0 | Angio-RM arterial de abdome superior  | -      | 499,00 | 499,00 |
| 4.11.01.53-7 | Angio-RM arterial de crânio   | -      | 499,00 | 499,00 |
| 4.11.01.55-3 | Angio-RM arterial de membro inferior (unilateral)   | -      | 499,00 | 499,00 |
| 4.11.01.57-0 | Angio-RM arterial de membro superior (unilateral)   | -      | 499,00 | 499,00 |
| 4.11.01.59-6 | Angio-RM arterial de pelve  | -      | 499,00 | 499,00 |
| 4.11.01.61-8 | Angio-RM arterial de pescoço  | -      | 499,00 | 499,00 |
| 4.11.01.49-9 | Angio-RM arterial pulmonar  | -      | 499,00 | 499,00 |
| 02.07.01.001 | Angio-RM cerebral   | 268,75 | -      | 268,75 |
| 4.11.01.34-0 | Angio-RM de aorta abdominal   | -      | 499,00 | 499,00 |
| 4.11.01.33-2 | Angio-RM de aorta torácica  | -      | 499,00 | 499,00 |
| 4.11.01.52-9 | Angio-RM venosa de abdome superior  | -      | 499,00 | 499,00 |
| 4.11.01.54-5 | Angio-RM venosa de crânio   | -      | 499,00 | 499,00 |
| 4.11.01.56-1 | Angio-RM venosa de membro inferior (unilateral)   | -      | 499,00 | 499,00 |
| 4.11.01.58-8 | Angio-RM venosa de membro superior (unilateral)   | -      | 499,00 | 499,00 |



|              |   |        |        |        |
|--------------|---|--------|--------|--------|
| 4.11.01.60-0 | Angio-RM venosa de pelve  | -      | 499,00 | 499,00 |
| 4.11.01.62-6 | Angio-RM venosa de pescoço  | -      | 499,00 | 499,00 |
| 4.11.01.50-2 | Angio-RM venosa pulmonar  | -      | 499,00 | 499,00 |
| 90.01.01.033 | ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE ABDOME SUPERIOR   | -      | 482,08 | 482,08 |
| 90.01.01.034 | ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE CRÂNIO  | -      | 542,38 | 542,38 |
| 90.01.01.035 | ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR (BILATERAL)   | -      | 633,12 | 633,12 |
| 90.01.01.036 | ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR (BILATERAL)   | -      | 542,38 | 542,38 |
| 90.01.01.037 | ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PELVE   | -      | 413,33 | 413,33 |
| 90.01.01.038 | ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PESCOÇO   | -      | 413,33 | 413,33 |
| 90.01.01.039 | ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE TÓRAX   | -      | 440,83 | 440,83 |
| 90.01.01.040 | ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL PULMONAR   | -      | 413,33 | 413,33 |
| 90.01.01.104 | ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA   | -      | 558,79 | 558,79 |
| 90.01.01.041 | ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL  | -      | 542,38 | 542,38 |
| 90.01.01.042 | ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORÁCICA   | -      | 542,38 | 542,38 |
| 90.01.01.043 | ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE ABDOME SUPERIOR   | -      | 413,33 | 413,33 |
| 90.01.01.044 | ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE CRÂNIO  | -      | 413,33 | 413,33 |
| 90.01.01.045 | ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE MEMBRO INFERIOR (BILATERAL)   | -      | 633,12 | 633,12 |
| 90.01.01.046 | ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR (BILATERAL)   | -      | 633,12 | 633,12 |
| 90.01.01.047 | ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PELVE   | -      | 413,33 | 413,33 |
| 90.01.01.048 | ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PESCOÇO   | -      | 413,33 | 413,33 |
| 90.01.01.049 | ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE TÓRAX   | -      | 440,83 | 440,83 |
| 90.01.01.050 | ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA PULMONAR   | -      | 542,38 | 542,38 |
| 02.02.08.001 | ANTIBIOGRAMA  | 4,98   | -      | 4,98   |
| 02.02.08.002 | ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA  | 13,33  | -      | 13,33  |
| 02.02.08.003 | ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS   | 13,33  | -      | 13,33  |
| 02.10.01.004 | AORTOGRAFIA ABDOMINAL   | 189,73 | 62,88  | 252,61 |
| 02.10.01.005 | AORTOGRAFIA TORACICA  | 170,44 | -      | 170,44 |
| 90.01.01.020 | APLICACAO DE CONTRASTE EM PROCEDIMENTOS DE DIAGNOSTICO POR RESSONANCIA MAGNETICA OU TOMOGRAFIA (PRE-AUTORIZADO) | -      | 100,00 | 100,00 |
| 02.11.10.001 | APLICACAO DE TESTE P/ PSICODIAGNOSTICO  | 2,74   | -      | 2,74   |



|              |  |        |        |        |
|--------------|--|--------|--------|--------|
| 02.10.01.006 | ARTERIOGRAFIA CERVICO-TORACICA   | 201,01 | -      | 201,01 |
| 02.10.01.007 | ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO  | 179,46 | -      | 179,46 |
| 02.10.01.008 | ARTERIOGRAFIA DIGITAL (POR VIA VENOSA)   | 200,01 | -      | 200,01 |
| 02.10.01.009 | ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE DOENCA ARTERIOSCLEROTICA AORTO-ILIACA E DISTAL  | 504,33 | -      | 504,33 |
| 02.10.01.010 | ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE HEMORRAGIA CEREBRAL   | 504,43 | -      | 504,43 |
| 02.10.01.011 | ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE ISQUEMIA CEREBRAL   | 504,43 | -      | 504,43 |
| 02.10.01.012 | ARTERIOGRAFIA PELVICA  | 170,44 | -      | 170,44 |
| 02.10.01.013 | ARTERIOGRAFIA SELETIVA DE CAROTIDA   | 190,31 | -      | 190,31 |
| 02.10.01.014 | ARTERIOGRAFIA SELETIVA POR CATETER (POR VASO)  | 201,51 | -      | 201,51 |
| 02.10.01.015 | ARTERIOGRAFIA SELETIVA VERTEBRAL   | 201,01 | 0,38   | 201,39 |
| 02.04.06.001 | ARTROGRAFIA  | 45,34  | 50,48  | 95,82  |
| 90.01.01.052 | ARTRO-RM - POR ARTICULAÇÃO   | -      | 781,91 | 781,91 |
| 90.01.01.051 | ARTRO-TC (ESTERNOCLAVICULAR OU OMBRO OU COTOVELO OU PUNHO OU SACROILÍACAS OU COXO FEMORAL OU JOELHO OU TORNOZELO) - UNIL | -      | 456,23 | 456,23 |
| 03.02.06.004 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO  | 6,35   | 1,65   | 8,00   |
| 03.02.04.003 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLINICO CARDIOVASCULAR   | 4,67   | 3,33   | 8,00   |
| 03.02.04.001 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATORIO COM COMPLICACOES SISTEMICAS                         | 6,35   | 1,65   | 8,00   |
| 03.02.04.002 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATORIO SEM COMPLICACOES SISTEMICAS                         | 4,67   | 3,33   | 8,00   |
| 03.02.01.001 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE NO PRE/POS CIRURGIAS UROGINECOLOGICAS   | 6,35   | 1,65   | 8,00   |
| 03.02.06.005 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE NO PRE/POS-OPERATORIO DE NEUROCIRURGIA  | 6,35   | 1,65   | 8,00   |
| 03.02.04.004 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE PRE/POS CIRURGIA CARDIOVASCULAR   | 6,35   | 1,65   | 8,00   |
| 03.02.01.002 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNCOES UROGINECOLOGICAS   | 4,67   | 3,33   | 8,00   |
| 03.02.06.002 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTURBIOS NEURO-CINETICO-FUNCIONAIS COM COMPLICACOES SISTEMICAS           | 6,35   | 1,65   | 8,00   |
| 03.02.06.001 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTURBIOS NEURO-CINETICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICACOES SISTEMICAS           | 4,67   | 3,33   | 8,00   |
| 03.02.05.001 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES NO PRE E POS-OPERATORIO NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELETICAS                    | 6,35   | 1,65   | 8,00   |





|              |  |       |        |        |
|--------------|--|-------|--------|--------|
| 03.02.05.003 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES NO PRE E POS-OPERATORIO NAS DISFUNCOES MUSCULO- ESQUELETICAS C/ COMPLICACOES S | 6,35  | 1,65   | 8,00   |
| 03.02.05.002 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO NAS ALTERACOES MOTORAS  | 4,67  | 3,33   | 8,00   |
| 03.02.06.003 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR  | 4,67  | 3,33   | 8,00   |
| 03.02.04.005 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO NAS DISFUNCOES VASCULARES PERIFERICAS   | 4,67  | 3,33   | 8,00   |
| 02.11.07.002 | AUDIOMETRIA DE REFORCO VISUAL (VIA AEREA / OSSEA)  | 21,00 | -      | 21,00  |
| 02.11.07.003 | AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE   | 20,13 | -      | 20,13  |
| 90.01.01.099 | AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL  | -     | 80,00  | 80,00  |
| 02.11.07.004 | AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)   | 21,00 | -      | 21,00  |
| 02.11.07.005 | AVALIACAO AUDITIVA COMPORTAMENTAL  | 18,00 | 3,00   | 21,00  |
| 02.11.03.001 | AVALIACAO CINEMATICA E DE PARAMETROS LINEARES  | 1,26  | -      | 1,26   |
| 02.11.03.002 | AVALIACAO CINETICA, CINEMATICA E DE PARAMETROS LINEARES  | 1,26  | -      | 1,26   |
| 02.11.03.003 | AVALIACAO DE EQUILIBRIO ESTATICO EM PLACA DE FORCA   | 1,26  | -      | 1,26   |
| 02.11.03.004 | AVALIACAO DE FUNCAO E MECANICA RESPIRATORIA  | 10,00 | -      | 10,00  |
| 02.11.03.005 | AVALIACAO DE FUNCAO E MECANICA RESPIRATORIA COM TRANSDUTORES MICROPROCESSADOS  | 10,00 | -      | 10,00  |
| 02.11.07.006 | AVALIACAO DE LINGUAGEM ESCRITA / LEITURA   | 4,11  | -      | 4,11   |
| 02.11.07.007 | AVALIACAO DE LINGUAGEM ORAL  | 4,11  | -      | 4,11   |
| 02.11.03.006 | AVALIACAO DE MOVIMENTO (POR IMAGEM)  | 1,26  | -      | 1,26   |
| 02.11.07.037 | AVALIACAO E SELECAO PRE-CIRURGICA PARA IMPLANTE COCLEAR  | 46,56 | -      | 46,56  |
| 02.11.07.041 | AVALIACAO E SELECAO PRE-CIRURGICA PARA PROTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO   | 46,56 | -      | 46,56  |
| 02.11.03.007 | AVALIACAO FUNCIONAL MUSCULAR   | 1,26  | -      | 1,26   |
| 02.11.07.008 | AVALIACAO MIOFUNCIONAL DE SISTEMA ESTOMATOGNATICO  | 4,11  | -      | 4,11   |
| 02.11.07.009 | AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DE DEFICIENCIA AUDITIVA   | 24,75 | -      | 24,75  |
| 02.11.07.010 | AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE DEFICIENCIA AUDITIVA   | 46,56 | -      | 46,56  |
| 02.11.09.001 | AVALIACAO URODINAMICA COMPLETA   | 7,62  | 276,90 | 284,52 |
| 90.01.01.339 | AVIDEZ DE igG PARA TOXOPLASMOSE (Incluído pela resolução nº.68/2019, de 10/12/2019).                                     | -     | -      | 50,00  |
| 02.11.07.011 | AVALIACAO VOCAL  | 4,11  | -      | 4,11   |
| 02.02.08.005 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)   | 4,20  | -      | 4,20   |



|              |   |        |        |        |
|--------------|---|--------|--------|--------|
| 02.02.08.006 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)   | 4,20   | -      | 4,20   |
| 02.02.08.004 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNOSTICA)   | 4,20   | -      | 4,20   |
| 02.02.08.007 | BACTERIOSCOPIA (GRAM)   | 2,80   | -      | 2,80   |
| 02.11.06.001 | BIOMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR)  | 24,24  | -      | 24,24  |
| 02.11.06.002 | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO   | 12,34  | -      | 12,34  |
| 02.01.01.002 | BIOPSIA / PUNCAO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)   | 14,10  | 29,91  | 44,01  |
| 02.01.01.003 | BIOPSIA CIRURGICA DE TIREOIDE (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N) (Valor alterado pela resolução nº. 208/2018, de 15/05/2018)     | 200,56 | -      | 200,56 |
| 02.01.01.004 | BIOPSIA DE ANUS E CANAL ANAL (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)  | 18,46  | -      | 18,46  |
| 02.01.01.006 | BIOPSIA DE BEXIGA (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)   | 41,68  | -      | 41,68  |
| 02.01.01.007 | BIOPSIA DE BOLSA ESCROTAL (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)   | 18,33  | -      | 18,33  |
| 02.01.01.008 | BIOPSIA DE CONDUTO AUDITIVO ou POLIPECTOMIA (Valor alterado pela resolução nº. 310/2019, de 16/07/2019).                      | 19,06  | 60,94  | 80,00  |
| 02.01.01.009 | BIOPSIA DE CONJUNTIVA (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)   | 31,10  | 74,65  | 105,75 |
| 02.01.01.010 | BIOPSIA DE CORDAO ESPERMATICO (UNILATERAL)  | 46,19  | -      | 46,19  |
| 02.01.01.011 | BIOPSIA DE CORNEA (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)   | 68,62  | -      | 68,62  |
| 02.01.01.012 | BIOPSIA DE CORPO VERTEBRAL A CEU ABERTO (Valor alterado pela resolução nº. 208/2018, de 15/05/2018)                           | 812,46 | -      | 812,46 |
| 02.01.01.013 | BIOPSIA DE CORPO VERTEBRAL LAMINA E PEDICULO VERTEBRAL (POR DISPOSITIVO GUIADO)   | 278,61 | -      | 278,61 |
| 02.01.01.014 | BIOPSIA DE ENDOCARDIO / MIOCARDIO (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N) (Valor alterado pela resolução nº. 208/2018, de 15/05/2018) | 709,29 | -      | 709,29 |
| 02.01.01.015 | BIOPSIA DE ENDOMETRIO (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)   | 18,33  | 125,11 | 143,44 |
| 02.01.01.016 | BIOPSIA DE ENDOMETRIO POR ASPIRACAO MANUAL INTRA-UTERINA (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)                                      | 85,69  | -      | 85,69  |
| 02.01.01.017 | BIOPSIA DE EPIDIDIMO (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)  | 46,19  | 142,83 | 189,02 |
| 02.01.01.018 | BIOPSIA DE ESCLERA (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)  | 68,62  | 72,81  | 141,43 |
| 02.01.01.019 | BIOPSIA DE FARINGE/LARINGE/CAVUM/OROFARINGE OU HIPOFARINGE (Valor alterado pela resolução nº. 310/2019, de 16/07/2019).       | 19,06  | 80,94  | 100,00 |
| 02.01.01.020 | BIOPSIA DE FIGADO EM CUNHA / FRAGMENTO (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)  | 197,59 | -      | 197,59 |
| 02.01.01.021 | BIOPSIA DE FIGADO POR PUNCAO (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)  | 71,15  | 328,85 | 400,00 |
| 02.01.01.022 | BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)  | 46,19  | -      | 46,19  |



|              |  |        |        |        |
|--------------|--|--------|--------|--------|
| 02.01.01.023 | BIOPSIA DE GLANDULA SALIVAR(INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)   | 31,27  | 87,33  | 118,60 |
| 02.01.01.024 | BIOPSIA DE IRIS, CORPO CILIAR, RETINA, COROIDE, VITREO E TUMOR INTRA OCULAR (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)            | 199,21 | -      | 199,21 |
| 02.01.01.025 | BIOPSIA DE LAMINA PEDICULO E PROCESSOS VERTEBRAIS (A CEU ABERTO)   | 287,48 | -      | 287,48 |
| 02.01.01.026 | BIOPSIA DE LESAO DE PARTES MOLES (POR AGULHA / CEU ABERTO)   | 114,36 | -      | 114,36 |
| 02.01.01.027 | BIOPSIA DE MEDULA OSSEA (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)  | 200,00 | 184,34 | 384,34 |
| 02.01.01.028 | BIOPSIA DE MUSCULO (A CEU ABERTO)  | 18,33  | 150,56 | 168,89 |
| 02.01.01.029 | BIOPSIA DE NERVO (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)   | 30,06  | 171,05 | 201,11 |
| 02.01.01.030 | BIOPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DA CINTURA ESCAPULAR (POR AGULHA / CEU ABERTO)  | 182,75 | -      | 182,75 |
| 02.01.01.031 | BIOPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DA CINTURA PELVICA (POR AGULHA / CEU ABERTO)  | 183,39 | -      | 183,39 |
| 02.01.01.032 | BIOPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DE MEMBRO INFERIOR (POR AGULHA / CEU ABERTO)  | 188,78 | -      | 188,78 |
| 02.01.01.033 | BIOPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DE MEMBRO SUPERIOR (POR AGULHA / CEU ABERTO)  | 188,26 | -      | 188,26 |
| 02.01.01.034 | BIOPSIA DE OSSO DO CRANIO E DA FACE (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)  | 23,99  | -      | 23,99  |
| 02.01.01.035 | BIOPSIA DE PALPEBRA (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)  | 18,33  | 27,50  | 45,83  |
| 02.01.01.036 | BIOPSIA DE PAVILHAO AURICULAR (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)  | 14,66  | 30,25  | 44,91  |
| 02.01.01.037 | BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)   | 25,83  | -      | 25,83  |
| 02.01.01.038 | BIOPSIA DE PENIS (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)   | 18,33  | 138,16 | 156,49 |
| 02.01.01.039 | BIOPSIA DE PIRAMIDE NASAL (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N) (Valor alterado pela resolução nº. 310/2019, de 16/07/2019). | 18,33  | 81,67  | 100,00 |
| 02.01.01.040 | BIOPSIA DE PLEURA (POR ASPIRACAO/AGULHA / PLEUROSCOPIA) (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)                                | 113,68 | 202,30 | 315,98 |
| 02.01.01.041 | BIOPSIA DE PROSTATA (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)  | 92,38  | 298,02 | 390,40 |
| 02.01.01.043 | BIOPSIA DE RIM POR PUNCAO (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)  | 46,19  | 81,53  | 127,72 |
| 02.01.01.044 | BIOPSIA DE SEIO PARANASAL (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)  | 18,33  | -      | 18,33  |
| 02.01.01.045 | BIOPSIA DE SINOVIA (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)   | 30,06  | -      | 30,06  |
| 02.01.01.046 | BIOPSIA DE TESTICULO (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)   | 46,19  | -      | 46,19  |
| 02.01.01.047 | BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - PAAF (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)   | 23,73  | 279,47 | 303,20 |
| 02.01.01.048 | BIOPSIA DE URETER (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)  | 46,19  | 283,16 | 329,35 |
| 02.01.01.049 | BIOPSIA DE URETRA (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)  | 46,19  | 171,06 | 217,25 |
| 02.01.01.066 | BIOPSIA DO COLO UTERINO (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)  | 18,33  | 94,19  | 112,52 |



|               |   |          |        |          |
|---------------|---|----------|--------|----------|
| 02.01.01.052  | BIOPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)   | 21,56    | -      | 21,56    |
| 03.11.03.03-0 | BIÓPSIA ENDOSCÓPICA DE BEXIGA (INCLUI CISTOSCOPIA)  | -        | 348,37 | 348,37   |
| 02.01.01.053  | BIOPSIA ESTEREOTAXICA (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N) (Valor alterado pela resolução nº. 208/2018, de 15/05/2018) | 1.744,53 | -      | 1.332,34 |
| 02.01.01.054  | BIOPSIA PERCUTANEA ORIENTADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA / ULTRASSONOGRAFIA / RESSONANCIA MAGNETICA / RAO X    | 97,00    | 177,25 | 274,25   |
| 02.01.01.055  | BIOPSIA PRE-ESCALENICA (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)  | -        | 178,23 | 178,23   |
| 02.01.01.056  | BIOPSIA/EXERESE DE NODULO DE MAMA (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)   | 35,00    | 273,75 | 308,75   |
| 02.01.01.050  | BIOPSIA/PUNCAO DE VAGINA (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)  | 18,33    | 94,19  | 112,52   |
| 02.01.01.051  | BIOPSIA/PUNCAO DE VULVA (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)   | 18,33    | 94,19  | 112,52   |
| 04.14.01.10-7 | BRONCOPROVOCAÇÃO C/ CARBACOL  | -        | 165,57 | 165,57   |
| 02.11.06.003  | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRAFICO (Monocular)   | 40,00    | -      | 40,00    |
| 02.11.01.001  | CAPILAROSCOPIA  | 28,42    | -      | 28,42    |
| 04.05.05.001  | CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRURGICA   | 249,85   | -      | 161,19   |
| 04.05.05.002  | CAPSULOTOMIA A YAG LASER (MONOCULAR)  | 45,00    | 60,60  | 105,60   |
| 02.11.02.001  | CATETERISMO CARDIACO  | 614,72   | -      | 614,72   |
| 02.11.02.002  | CATETERISMO CARDIACO EM PEDIATRIA   | 653,72   | -      | 653,72   |
| 02.11.09.002  | CATETERISMO DE URETRA   | 8,82     | -      | 8,82     |
| 02.11.06.005  | CERATOMETRIA (Binocular)  | 3,37     | -      | 3,37     |
| 02.08.05.001  | CINTILOGRAFIA DE ARTICULACOES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO   | 180,32   | -      | 180,32   |
| 02.08.01.001  | CINTILOGRAFIA DE CORACAO C/ GALIO 67  | 457,55   | -      | 457,55   |
| 02.08.09.001  | CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS  | 906,80   | -      | 906,80   |
| 02.08.02.001  | CINTILOGRAFIA DE FIGADO E BACO (MINIMO 5 IMAGENS)   | 133,26   | -      | 133,26   |
| 02.08.02.002  | CINTILOGRAFIA DE FIGADO E VIAS BILIARES   | 187,93   | -      | 187,93   |
| 02.08.09.002  | CINTILOGRAFIA DE GLANDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)  | 66,23    | -      | 66,23    |
| 02.08.02.003  | CINTILOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTIMULO  | 87,89    | -      | 87,89    |
| 02.08.09.003  | CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)   | 289,43   | -      | 289,43   |
| 02.08.01.002  | CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECOES)                  | 408,52   | -      | 408,52   |



|              |   |        |   |        |
|--------------|---|--------|---|--------|
| 02.08.01.003 | CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECOES) | 383,07 | - | 383,07 |
| 02.08.01.004 | CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ LOCALIZACAO DE NECROSE (MINIMO 3 PROJECOES )                      | 166,47 | - | 166,47 |
| 02.08.05.003 | CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUINEO (CORPO INTEIRO)                                 | 190,99 | - | 190,99 |
| 02.08.03.001 | CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES  | 324,54 | - | 324,54 |
| 02.08.06.001 | CINTILOGRAFIA DE PERFUSAO CEREBRAL C/ TALIO (SPCTO)   | 438,01 | - | 438,01 |
| 02.08.07.001 | CINTILOGRAFIA DE PULMAO C/ GALIO 67   | 457,55 | - | 457,55 |
| 02.08.07.002 | CINTILOGRAFIA DE PULMAO P/ PESQUISA DE ASPIRACAO  | 127,51 | - | 127,51 |
| 02.08.07.003 | CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR INALACAO (MINIMO 2 PROJECOES)                                       | 128,12 | - | 128,12 |
| 02.08.07.004 | CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECOES)                                       | 130,50 | - | 130,50 |
| 02.08.04.002 | CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GALIO 67  | 457,55 | - | 457,55 |
| 02.08.05.004 | CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO C/ GALIO 67   | 457,55 | - | 457,55 |
| 02.08.08.001 | CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA OSSEA)                                     | 112,61 | - | 112,61 |
| 02.08.04.003 | CINTILOGRAFIA DE TESTICULO E BOLSA ESCROTAL   | 108,94 | - | 108,94 |
| 02.08.03.002 | CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ OU S/ CAPTACAO   | 77,28  | - | 77,28  |
| 02.08.03.003 | CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ TESTE DE SUPRESSAO / ESTIMULO                                      | 107,30 | - | 107,30 |
| 02.08.01.005 | CINTILOGRAFIA P/ AVALIACAO DE FLUXO SANGUINEO DE EXTREMIDADES                                   | 114,02 | - | 114,02 |
| 02.08.02.005 | CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (LIQUIDO)   | 135,38 | - | 135,38 |
| 02.08.02.006 | CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (SEMI-SOLIDO)                                     | 135,38 | - | 135,38 |
| 02.08.02.007 | CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO GASTRICO  | 144,22 | - | 144,22 |
| 02.08.02.008 | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL  | 114,86 | - | 114,86 |
| 02.08.02.009 | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA   | 157,23 | - | 157,23 |
| 02.08.02.010 | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NAO ATIVA                                     | 310,82 | - | 310,82 |
| 02.08.02.011 | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO   | 135,38 | - | 135,38 |
| 02.08.03.004 | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO  | 338,70 | - | 338,70 |
| 02.08.01.006 | CINTILOGRAFIA P/ QUANTIFICACAO DE SHUNT EXTRACARDIACO   | 142,57 | - | 142,57 |
| 02.08.04.005 | CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)                                   | 133,03 | - | 133,03 |
| 02.08.01.007 | CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE ESFORCO                          | 214,85 | - | 214,85 |



|              |   |        |          |          |
|--------------|---|--------|----------|----------|
| 02.08.01.008 | CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)             | 176,72 | -        | 176,72   |
| 04.05.05.038 | CIRURGIA DE CATARATA CONGENITA (Valor alterado pela resolução nº. 208/2018, de 15/05/2018)            | 895,16 | -        | 895,16   |
| 02.08.06.002 | CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIAÇÃO DO TRANSITO LIQUORICO)                       | 205,34 | -        | 205,34   |
| 02.08.04.006 | CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA   | 122,97 | -        | 122,97   |
| 02.08.04.007 | CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA   | 144,50 | -        | 144,50   |
| 02.11.09.003 | CISTOMETRIA C/ CISTOMETRO   | 8,82   | -        | 8,82     |
| 02.11.09.004 | CISTOMETRIA SIMPLES   | 8,82   | -        | 8,82     |
| 02.09.02.001 | CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA  | 18,00  | 182,00   | 200,00   |
| 02.02.09.003 | CITOLOGIA P/ CLAMIDIA   | 4,33   | -        | 4,33     |
| 02.02.09.004 | CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS  | 4,33   | -        | 4,33     |
| 02.02.02.001 | CITOQUIMICA HEMATOLOGICA  | 6,48   | -        | 6,48     |
| 02.02.05.002 | CLEARANCE DE CREATININA   | 3,51   | -        | 3,51     |
| 02.02.05.003 | CLEARANCE DE FOSFATO  | 3,51   | -        | 3,51     |
| 02.02.05.004 | CLEARANCE DE UREIA  | 3,51   | -        | 3,51     |
| 02.02.01.001 | CLEARANCE OSMOLAR   | 3,51   | -        | 3,51     |
| 02.04.05.001 | CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE  | 47,76  | 189,18   | 236,94   |
| 02.04.05.002 | COLANGIOGRAFIA PER-OPERATORIA   | 32,61  | 200,54   | 233,15   |
| 02.04.05.003 | COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA   | 32,61  | 200,54   | 233,15   |
| 02.09.01.001 | COLANGIOPANCREATOLOGRAFIA RETROGRADA (VIA ENDOSCOPICA)  | 90,68  | 2.838,77 | 2.929,45 |
| 03.07.04.001 | COLOCACAO DE PLACA DE MORDIDA   | 1,59   | -        | 1,59     |
| 02.09.01.002 | COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)   | 112,66 | 155,34   | 268,00   |
| 02.11.04.002 | COLPOSCOPIA   | 3,38   | 10,48    | 13,86    |
| 03.01.01.004 | CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) - FISIOTERAPIA   | 6,30   | 18,70    | 25,00    |
| 03.01.01.004 | CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) - FONOAUDIOLOGIA | 6,30   | 18,70    | 25,00    |
| 03.01.01.004 | CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) - NUTRIÇÃO       | 6,30   | 18,70    | 25,00    |
| 03.01.01.004 | CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) - PSICOLOGIA     | 6,30   | 18,70    | 25,00    |



|              |  |       |        |        |
|--------------|--|-------|--------|--------|
| 03.01.01.007 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018)                               | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.01.095 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - OFTALMO RETINA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018)              | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.01.096 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA (Valor alterado pela resolução nº. 316/2019, de 02/08/2019).   | 10,00 | 110,00 | 120,00 |
| 90.01.01.072 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ANESTESIOLOGIA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018)              | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.01.060 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ANGIOLOGIA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018)                  | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.01.078 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - BUCO MAXILO FACIAL (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018)          | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.01.061 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CARDIOLOGIA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018)                 | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.01.062 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CARDIOPEDIATRIA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018)             | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.01.079 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CIRURGIA BUCO MAXILO FACIAL (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018) | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.01.063 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CIRURGIA GERAL (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018)              | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.01.093 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CIRURGIA ONCOLÓGICA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018)         | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.01.087 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CIRURGIA TORACICA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018)           | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.01.080 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CIRURGIA VASCULAR (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018)           | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.01.071 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CLINICA MEDICA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018)              | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.01.064 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - DERMATOLOGIA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018)                | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.01.065 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ENDOCRINOLOGIA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018)              | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.01.066 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018)   | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.01.085 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - FISIATRIA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018)                   | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.01.067 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - GASTROENTEROLOGIA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018)           | 10,00 | 50,00  | 60,00  |



|              |   |       |        |        |
|--------------|---|-------|--------|--------|
| 90.01.01.094 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018)   | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.01.090 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - GENÉTICA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018)   | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.01.091 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - GERIATRIA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018)  | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.01.081 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - GINECOLOGIA/OBSTETRICIA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018)  | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.01.073 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - HEMATOLOGIA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018)  | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.01.092 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - HEMATOLOGIA PEDIÁTRICA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018)   | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.01.082 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - MASTOLOGIA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018)   | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.01.089 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - MEDICINA DO TRABALHO (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018)   | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.01.068 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - NEUROCIRURGIA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018)  | 10,00 | 74,00  | 84,00  |
| 90.01.01.056 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA - NEUROLOGIA (Valor alterado pela resolução nº. 316/2019, de 02/08/2019).  | 10,00 | 110,00 | 120,00 |
| 90.01.01.057 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA - NEUROPEDIATRIA (valor alterado pela resolução nº 488, de 14 de outubro de 2020)  | 10,00 | 110,00 | 120,00 |
| 90.01.01.069 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA – OFTALMOLOGIA. Este procedimento inclui a realização de 2 (dois) Mapeamentos de Retina e 1 (uma) Tonometria Binocular. (Alterado pela resolução 654, de 21 de setembro de 2021)   | 10,00 | 91,85  | 101,85 |
| 02.11.06.011 | GONIOSCOPIA (Binocular). Quando este procedimento for solicitado por profissional ou prestador não contratado no âmbito deste edital (não credenciado) para a sua realização, deverá ser autorizado em conjunto um procedimento do código: “90.01.01.069” - Consulta Médica em Atenção Especializada – Oftalmologia. (Alterado pela resolução 654, de 21 de setembro de 2021) | 6,74  | -      | 6,74   |
| 90.01.01.098 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ORTODONTIA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018)   | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.01.083 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ORTOPIEDIA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018)   | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.01.084 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ORTOPIEDIA/TRAUMATOLOGIA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018)   | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.01.076 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - OTORRINOLARINGOLOGIA (Valor alterado pela resolução nº. 310/2019, de 16/07/2019).  | 10,00 | 74,00  | 84,00  |





|              |   |        |        |        |
|--------------|---|--------|--------|--------|
| 90.01.01.086 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PEDIATRIA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018)  | 10,00  | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.01.070 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PNEUMOLOGIA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018)  | 10,00  | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.01.077 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PNEUMOLOGIA INFANTIL (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018)   | 10,00  | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.01.074 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PROCTOLOGIA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018)  | 10,00  | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.01.088 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PSIQUIATRIA (Valor alterado pela resolução nº. 316/2019, de 02/08/2019).   | 10,00  | 110,00 | 120,00 |
| 90.01.01.097 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - REUMATOLOGIA (Valor alterado pela resolução nº. 316/2019, de 02/08/2019).  | 10,00  | 110,00 | 120,00 |
| 90.01.01.075 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - UROLOGIA GERAL (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018)   | 10,00  | 50,00  | 60,00  |
| 90131        | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - NEFROLOGIA (incluído pela resolução nº. 214/2018, de 21/05/2018) - (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018) | 10,00  | 50,00  | 60,00  |
| 02.02.05.005 | CONTAGEM DE ADDIS   | 2,04   | -      | 2,04   |
| 02.02.03.001 | CONTAGEM DE LINFOCITOS B  | 15,00  | -      | 15,00  |
| 02.02.03.002 | CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8  | 15,00  | -      | 15,00  |
| 02.02.03.003 | CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS   | 15,00  | -      | 15,00  |
| 02.02.02.002 | CONTAGEM DE PLAQUETAS   | 2,73   | -      | 2,73   |
| 02.02.02.003 | CONTAGEM DE RETICULOCITOS   | 2,73   | -      | 2,73   |
| 02.02.09.005 | CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR  | 1,89   | -      | 1,89   |
| 02.02.09.006 | CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR  | 1,89   | -      | 1,89   |
| 02.03.01.007 | CONTROLE DE QUALIDADE DO EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO VAGINAL   | 8,96   | -      | 8,96   |
| 04.05.02.001 | CORRECAO CIRURGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MUSCULOS)  | 694,88 | -      | 694,88 |
| 04.05.02.002 | CORRECAO CIRURGICA DO ESTRABISMO (ATE 2 MUSCULOS) (Valor alterado pela resolução nº. 208/2018, de 15/05/2018)   | 815,42 | -      | 815,42 |
| 02.02.08.008 | CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO   | 5,62   | -      | 5,62   |
| 02.02.08.009 | CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZACAO)   | 5,62   | -      | 5,62   |
| 02.02.08.010 | CULTURA P/ HERPESVIRUS  | 4,33   | -      | 4,33   |
| 02.02.08.011 | CULTURA PARA BAAR   | 5,63   | -      | 5,63   |



|              |   |        |        |        |
|--------------|---|--------|--------|--------|
| 02.02.08.012 | CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS  | 10,25  | -      | 10,25  |
| 02.02.08.013 | CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS  | 4,19   | -      | 4,19   |
| 02.11.06.006 | CURVA DIARIA DE PRESSAO OCULAR CDPO (MINIMO 3 MEDIDAS)  | 10,11  | 57,89  | 68,00  |
| 02.04.01.001 | DACRIOCISTOGRAFIA   | 48,85  | 188,36 | 237,21 |
| 02.12.02.001 | DELEUCOCITACAO DE CONCENTRADO DE HEMACIAS   | 45,00  | -      | 45,00  |
| 02.12.02.002 | DELEUCOCITACAO DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS  | 70,00  | -      | 70,00  |
| 02.08.08.002 | DEMONSTRACAO DE SEQUESTRO DE HEMACIAS PELO BACO (C/ RADIOISOTOPOS)  | 97,37  | -      | 97,37  |
| 02.04.06.002 | DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES E/OU FEMUR)  | 55,10  | -      | 55,10  |
| 02.02.03.004 | DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)  | 65,00  | -      | 65,00  |
| 02.02.03.125 | DETECCAO DE RNA DO HTLV-1   | 65,00  | -      | 65,00  |
| 02.02.03.005 | DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)  | 96,00  | -      | 96,00  |
| 02.02.11.001 | DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)   | 8,80   | -      | 8,80   |
| 02.02.11.013 | DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM DEFICIENCIA DE BIOTINIDASE   | 66,00  | -      | 66,00  |
| 02.02.11.002 | DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)  | 66,00  | -      | 66,00  |
| 02.02.11.012 | DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGENITA  | 66,00  | -      | 66,00  |
| 02.02.11.003 | DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)   | 66,00  | -      | 66,00  |
| 02.02.12.001 | DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS   | 10,65  | -      | 10,65  |
| 02.02.01.002 | DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO  | 2,01   | -      | 2,01   |
| 02.02.10.001 | DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS) (Valor alterado pela resolução nº. 208/2018, de 15/05/2018)              | 180,00 | -      | 180,00 |
| 02.02.10.002 | DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS) (Valor alterado pela resolução nº. 208/2018, de 15/05/2018) | 160,00 | -      | 160,00 |
| 02.02.10.003 | DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS) (Valor alterado pela resolução nº. 208/2018, de 15/05/2018)                     | 160,00 | -      | 160,00 |
| 02.02.03.006 | DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)  | 9,25   | -      | 9,25   |
| 02.02.01.077 | DETERMINACAO DE CREMATOCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO  | 1,53   | -      | 1,53   |
| 02.02.01.003 | DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS  | 15,65  | -      | 15,65  |
| 02.02.02.004 | DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR   | 2,73   | -      | 2,73   |
| 02.02.01.004 | DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)  | 3,63   | -      | 3,63   |



|              |  |        |   |        |
|--------------|--|--------|---|--------|
| 02.02.01.005 | DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/INDUCAO POR CORTISONA ( 5 DOSAGENS)                | 6,55   | - | 6,55   |
| 02.02.01.006 | DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)                 | 3,68   | - | 3,68   |
| 02.02.01.007 | DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)                                | 10,00  | - | 10,00  |
| 02.02.02.005 | DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)  | 2,73   | - | 2,73   |
| 02.02.03.007 | DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE   | 2,83   | - | 2,83   |
| 02.08.04.008 | DETERMINACAO DE FILTRACAO GLOMERULAR   | 63,22  | - | 63,22  |
| 02.08.04.009 | DETERMINACAO DE FLUXO PLASMATICO RENAL   | 63,22  | - | 63,22  |
| 02.08.01.009 | DETERMINACAO DE FLUXO SANGUINEO REGIONAL   | 123,93 | - | 123,93 |
| 02.02.09.007 | DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO | 6,56   | - | 6,56   |
| 02.02.06.001 | DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE   | 12,54  | - | 12,54  |
| 02.02.05.006 | DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE   | 3,70   | - | 3,70   |
| 02.02.01.008 | DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE   | 3,51   | - | 3,51   |
| 02.11.09.005 | DETERMINACAO DE PRESSAO INTRA-ABDOMINAL  | 8,82   | - | 8,82   |
| 02.03.02.001 | DETERMINACAO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIIS                                       | 65,55  | - | 65,55  |
| 02.02.06.002 | DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3   | 12,54  | - | 12,54  |
| 02.08.08.003 | DETERMINACAO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS (C/RADIOSOTOPOS)                               | 54,36  | - | 54,36  |
| 02.02.02.006 | DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA  | 2,73   | - | 2,73   |
| 02.02.06.003 | DETERMINACAO DE T3 REVERSO   | 14,69  | - | 14,69  |
| 02.02.02.007 | DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO  | 2,73   | - | 2,73   |
| 02.02.02.008 | DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA   | 2,73   | - | 2,73   |
| 02.02.02.010 | DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY  | 9,00   | - | 9,00   |
| 02.02.02.009 | DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO - DUKE  | 2,73   | - | 2,73   |
| 02.02.02.011 | DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS                                       | 5,79   | - | 5,79   |
| 02.02.02.012 | DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA  | 2,85   | - | 2,85   |
| 02.02.02.013 | DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)                | 5,77   | - | 5,77   |
| 02.02.02.014 | DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)                               | 2,73   | - | 2,73   |
| 02.02.02.015 | DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)                                | 2,73   | - | 2,73   |
| 02.02.12.002 | DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO   | 1,37   | - | 1,37   |



|               |  |       |        |        |
|---------------|--|-------|--------|--------|
| 90.01.01.105  | DETERMINAÇÃO DOS VOLUMES PULMONARES POR DILUIÇÃO DE GASES                                  | -     | 81,89  | 81,89  |
| 02.02.03.008  | DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA  | 9,25  | -      | 9,25   |
| 90.01.01.010  | DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL                                  | -     | 130,00 | 130,00 |
| 90.01.01.009  | DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL                                  | -     | 130,00 | 130,00 |
| 90.01.01.021  | DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTERIAS RENAS   | -     | 150,48 | 150,48 |
| 90.01.01.012  | DOPPLER COLORIDO DE AORTA E VASOS ILIACOS  | -     | 130,00 | 130,00 |
| 90.01.01.013  | DOPPLER COLORIDO DE ARTERIA RENAL  | -     | 130,00 | 130,00 |
| 90.01.01.023  | DOPPLER COLORIDO DE ARTERIAS PENIANAS (SEM FARMACO INDUCAO)                                | -     | 130,15 | 130,15 |
| 90.01.01.024  | DOPPLER COLORIDO DE ARTERIAS VISCERAIS (MESENTERICAS SUPERIOR E INFERIOR E TRONCO CELIACO) | -     | 130,15 | 130,15 |
| 90.01.01.011  | DOPPLER COLORIDO DE CAROTIDAS  | -     | 100,00 | 100,00 |
| 90.01.01.058  | DOPPLER COLORIDO DE HEMANGIOMA   | -     | 130,15 | 130,15 |
| 90.01.01.025  | DOPPLER COLORIDO DE ORGAO OU ESTRUTURA ISOLADA   | -     | 113,62 | 113,62 |
| 02.05.01.004  | DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATE 3 VASOS)  | 39,60 | 90,40  | 130,00 |
| 90.01.01.026  | DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS BILATERAL (CAROTIDAS E VERTEBRAIS)           | -     | 130,00 | 130,00 |
| 90.01.01.027  | DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS VENOSOS BILATERAL (SUBCLAVIAS E JUGULARES)             | -     | 130,00 | 130,00 |
| 90.01.01.028  | DOPPLER COLORIDO DE VEIA CAVA SUPERIOR OU INFERIOR   | -     | 130,16 | 130,16 |
| 04.09.01.44-0 | DOPPLER COLORIDO PENIANO COM FÁRMACO-INDUÇÃO   | -     | 191,56 | 191,56 |
| 90.01.01.059  | DOPPLER COLORIDO TRANSFONTANELA  | -     | 113,62 | 113,62 |
| 90.01.01.029  | DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL                                    | -     | 130,00 | 130,00 |
| 90.01.01.030  | DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL                                    | -     | 130,00 | 130,00 |
| 90.01.01.031  | DOPPLER TRANSCRANIANO  | -     | 145,42 | 145,42 |
| 02.02.03.119  | DOSAGEM DA FRACAO CIQ DO COMPLEMENTO   | 17,16 | -      | 17,16  |
| 02.02.06.004  | DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA   | 10,20 | -      | 10,20  |
| 02.02.06.005  | DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS   | 6,72  | -      | 6,72   |
| 02.02.06.006  | DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES  | 6,72  | -      | 6,72   |
| 02.02.01.076  | DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D  | 15,24 | -      | 15,24  |
| 02.02.01.009  | DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE  | 3,51  | -      | 3,51   |



|              |  |       |      |       |
|--------------|--|-------|------|-------|
| 02.02.01.010 | DOSAGEM DE ACETONA   | 1,85  | -    | 1,85  |
| 02.02.06.007 | DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)              | 6,72  | -    | 6,72  |
| 02.02.01.011 | DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO   | 2,01  | -    | 2,01  |
| 02.02.07.001 | DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO                             | 2,06  | -    | 2,06  |
| 02.02.07.002 | DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO  | 2,23  | -    | 2,23  |
| 02.02.07.003 | DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO   | 3,68  | -    | 3,68  |
| 02.02.07.004 | DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO                                    | 2,04  | -    | 2,04  |
| 02.02.01.012 | DOSAGEM DE ACIDO URICO   | 1,85  | -    | 1,85  |
| 02.02.07.005 | DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO   | 15,65 | -    | 15,65 |
| 02.02.01.013 | DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO                                    | 9,00  | -    | 9,00  |
| 02.02.06.008 | DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)                             | 14,12 | -    | 14,12 |
| 02.02.07.006 | DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE   | 3,51  | -    | 3,51  |
| 02.02.07.007 | DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO  | 2,01  | -    | 2,01  |
| 02.02.01.014 | DOSAGEM DE ALDOLASE  | 3,68  | -    | 3,68  |
| 02.02.06.009 | DOSAGEM DE ALDOSTERONA   | 11,89 | 0,12 | 12,01 |
| 02.02.01.015 | DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA                                     | 3,68  | -    | 3,68  |
| 02.02.01.016 | DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA                              | 3,68  | -    | 3,68  |
| 02.02.01.017 | DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA                                   | 3,68  | -    | 3,68  |
| 02.02.03.009 | DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA                                       | 15,06 | -    | 15,06 |
| 02.02.07.008 | DOSAGEM DE ALUMINIO  | 27,50 | -    | 27,50 |
| 02.02.01.018 | DOSAGEM DE AMILASE   | 2,25  | -    | 2,25  |
| 02.02.07.009 | DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS  | 10,00 | -    | 10,00 |
| 02.02.01.019 | DOSAGEM DE AMONIA  | 3,51  | -    | 3,51  |
| 02.02.06.010 | DOSAGEM DE AMP CICLICO   | 12,01 | -    | 12,01 |
| 02.02.06.011 | DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA   | 11,53 | -    | 11,53 |
| 02.02.07.010 | DOSAGEM DE ANFETAMINAS   | 10,00 | -    | 10,00 |
| 02.02.02.016 | DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE                               | 4,11  | -    | 4,11  |
| 02.02.03.118 | DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE HUMANO IGA RECOMBINANTE | 18,55 | -    | 18,55 |



|              |   |        |   |        |
|--------------|---|--------|---|--------|
| 02.02.07.011 | DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS          | 10,00  | - | 10,00  |
| 02.02.03.010 | DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA) | 16,42  | - | 16,42  |
| 02.02.02.017 | DOSAGEM DE ANTITROMBINA III                     | 6,48   | - | 6,48   |
| 02.02.07.012 | DOSAGEM DE BARBITURATOS                         | 13,13  | - | 13,13  |
| 02.02.07.013 | DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS                    | 13,48  | - | 13,48  |
| 02.02.03.011 | DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA                | 13,55  | - | 13,55  |
| 02.02.01.020 | DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES          | 2,01   | - | 2,01   |
| 02.02.07.014 | DOSAGEM DE CADMIO                               | 6,55   | - | 6,55   |
| 02.02.01.021 | DOSAGEM DE CALCIO                               | 1,85   | - | 1,85   |
| 02.02.01.022 | DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL                     | 3,51   | - | 3,51   |
| 02.02.06.012 | DOSAGEM DE CALCITONINA                          | 14,38  | - | 14,38  |
| 02.02.07.015 | DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA                        | 17,53  | - | 17,53  |
| 02.02.07.016 | DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA                  | 4,11   | - | 4,11   |
| 02.02.01.023 | DOSAGEM DE CAROTENO                             | 2,01   | - | 2,01   |
| 02.02.01.025 | DOSAGEM DE CERULOPLASMINA                       | 3,68   | - | 3,68   |
| 02.02.07.017 | DOSAGEM DE CHUMBO                               | 8,83   | - | 8,83   |
| 02.02.07.018 | DOSAGEM DE CICLOSPORINA                         | 58,61  | - | 58,61  |
| 02.02.05.008 | DOSAGEM DE CITRATO                              | 2,01   | - | 2,01   |
| 02.02.01.026 | DOSAGEM DE CLORETO                              | 1,85   | - | 1,85   |
| 02.02.11.014 | DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR                      | 150,00 | - | 150,00 |
| 02.02.07.019 | DOSAGEM DE COBRE                                | 3,51   | - | 3,51   |
| 02.02.01.027 | DOSAGEM DE COLESTEROL HDL                       | 3,51   | - | 3,51   |
| 02.02.01.028 | DOSAGEM DE COLESTEROL LDL                       | 3,51   | - | 3,51   |
| 02.02.01.029 | DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL                     | 1,85   | - | 1,85   |
| 02.02.01.030 | DOSAGEM DE COLINESTERASE                        | 3,68   | - | 3,68   |
| 02.02.03.012 | DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3                       | 17,16  | - | 17,16  |
| 02.02.03.013 | DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4                       | 17,16  | - | 17,16  |
| 02.02.06.013 | DOSAGEM DE CORTISOL                             | 9,86   | - | 9,86   |



|              |  |       |   |       |
|--------------|--|-------|---|-------|
| 02.02.01.031 | DOSAGEM DE CREATININA                                    | 1,85  | - | 1,85  |
| 02.02.09.008 | DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO               | 1,89  | - | 1,89  |
| 02.02.01.032 | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)                    | 3,68  | - | 3,68  |
| 02.02.01.033 | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB                | 4,12  | - | 4,12  |
| 02.02.03.014 | DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA                                | 2,83  | - | 2,83  |
| 02.02.06.014 | DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)                 | 11,25 | - | 11,25 |
| 02.02.01.034 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA            | 3,51  | - | 3,51  |
| 02.02.01.035 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA                       | 3,51  | - | 3,51  |
| 02.02.01.036 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA                          | 3,68  | - | 3,68  |
| 02.02.01.037 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS) | 3,68  | - | 3,68  |
| 02.02.07.020 | DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)            | 8,97  | - | 8,97  |
| 02.02.06.015 | DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)                      | 11,71 | - | 11,71 |
| 02.02.04.001 | DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL                      | 1,65  | - | 1,65  |
| 02.02.06.016 | DOSAGEM DE ESTRADIOL                                     | 10,15 | - | 10,15 |
| 02.02.06.017 | DOSAGEM DE ESTRIOL                                       | 11,55 | - | 11,55 |
| 02.02.06.018 | DOSAGEM DE ESTRONA                                       | 11,12 | - | 11,12 |
| 02.02.07.021 | DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA                                  | 15,65 | - | 15,65 |
| 02.02.02.018 | DOSAGEM DE FATOR II                                      | 5,31  | - | 5,31  |
| 02.02.02.019 | DOSAGEM DE FATOR IX                                      | 7,61  | - | 7,61  |
| 02.02.02.020 | DOSAGEM DE FATOR V                                       | 4,73  | - | 4,73  |
| 02.02.02.021 | DOSAGEM DE FATOR VII                                     | 8,09  | - | 8,09  |
| 02.02.02.022 | DOSAGEM DE FATOR VIII                                    | 6,63  | - | 6,63  |
| 02.02.02.023 | DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)                         | 15,00 | - | 15,00 |
| 02.02.02.024 | DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)               | 18,91 | - | 18,91 |
| 02.02.02.025 | DOSAGEM DE FATOR X                                       | 6,66  | - | 6,66  |
| 02.02.02.026 | DOSAGEM DE FATOR XI                                      | 9,11  | - | 9,11  |
| 02.02.02.027 | DOSAGEM DE FATOR XII                                     | 10,51 | - | 10,51 |
| 02.02.02.028 | DOSAGEM DE FATOR XIII                                    | 6,66  | - | 6,66  |



|              |   |       |      |       |
|--------------|---|-------|------|-------|
| 02.02.11.004 | DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)   | 5,50  | -    | 5,50  |
| 02.02.11.005 | DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4                       | 12,10 | -    | 12,10 |
| 02.02.07.022 | DOSAGEM DE FENITOINA                                      | 35,22 | -    | 35,22 |
| 02.02.07.023 | DOSAGEM DE FENOL  | 2,05  | -    | 2,05  |
| 02.02.01.038 | DOSAGEM DE FERRITINA                                      | 15,59 | 0,40 | 15,99 |
| 02.02.01.039 | DOSAGEM DE FERRO SERICO                                   | 3,51  | -    | 3,51  |
| 02.02.02.029 | DOSAGEM DE FIBRINOGENIO                                   | 4,60  | -    | 4,60  |
| 02.02.01.040 | DOSAGEM DE FOLATO   | 15,65 | -    | 15,65 |
| 02.02.07.024 | DOSAGEM DE FORMALDEIDO                                    | 3,51  | -    | 3,51  |
| 02.02.09.022 | DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA NO ESPERMA                     | 2,01  | -    | 2,01  |
| 02.02.01.041 | DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL                          | 2,01  | -    | 2,01  |
| 02.02.01.042 | DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA                             | 2,01  | -    | 2,01  |
| 02.02.09.009 | DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA                  | 2,01  | -    | 2,01  |
| 02.02.01.043 | DOSAGEM DE FOSFORO  | 1,85  | -    | 1,85  |
| 02.02.01.044 | DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA           | 2,01  | -    | 2,01  |
| 02.02.09.010 | DOSAGEM DE FRUTOSE  | 2,01  | -    | 2,01  |
| 02.02.09.011 | DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA                             | 2,01  | -    | 2,01  |
| 02.02.01.045 | DOSAGEM DE GALACTOSE                                      | 3,51  | -    | 3,51  |
| 02.02.01.046 | DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)            | 3,51  | -    | 3,51  |
| 02.02.06.019 | DOSAGEM DE GASTRINA                                       | 14,15 | -    | 14,15 |
| 02.02.01.047 | DOSAGEM DE GLICOSE  | 1,85  | -    | 1,85  |
| 02.02.09.012 | DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES         | 1,89  | -    | 1,89  |
| 02.02.01.048 | DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE                | 3,68  | -    | 3,68  |
| 02.02.06.020 | DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA           | 15,35 | -    | 15,35 |
| 02.02.06.021 | DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG) | 7,85  | -    | 7,85  |
| 02.02.04.002 | DOSAGEM DE GORDURA FECAL                                  | 3,04  | -    | 3,04  |
| 02.02.01.049 | DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA                                   | 3,68  | -    | 3,68  |
| 02.02.02.030 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA                                    | 1,53  | -    | 1,53  |





|              |  |       |   |       |
|--------------|--|-------|---|-------|
| 02.02.02.031 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC  | 2,73  | - | 2,73  |
| 02.02.02.032 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL                   | 2,73  | - | 2,73  |
| 02.02.01.050 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA             | 7,86  | - | 7,86  |
| 02.02.02.033 | DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA                       | 2,73  | - | 2,73  |
| 02.02.01.051 | DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA                      | 3,68  | - | 3,68  |
| 02.02.06.022 | DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)       | 10,21 | - | 10,21 |
| 02.02.06.023 | DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH) | 7,89  | - | 7,89  |
| 02.02.06.024 | DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)          | 8,97  | - | 8,97  |
| 02.02.06.025 | DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)     | 8,96  | - | 8,96  |
| 02.02.03.015 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)              | 17,16 | - | 17,16 |
| 02.02.03.016 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)              | 9,25  | - | 9,25  |
| 02.02.03.018 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)              | 17,16 | - | 17,16 |
| 02.02.03.019 | DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE             | 9,25  | - | 9,25  |
| 02.02.06.026 | DOSAGEM DE INSULINA                            | 10,17 | - | 10,17 |
| 02.02.01.052 | DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE               | 3,51  | - | 3,51  |
| 02.02.01.053 | DOSAGEM DE LACTATO                             | 3,68  | - | 3,68  |
| 02.02.01.054 | DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE              | 3,51  | - | 3,51  |
| 02.02.01.055 | DOSAGEM DE LIPASE                              | 2,25  | - | 2,25  |
| 02.02.07.025 | DOSAGEM DE LITIO                               | 2,25  | - | 2,25  |
| 02.02.01.056 | DOSAGEM DE MAGNESIO                            | 2,01  | - | 2,01  |
| 02.02.07.026 | DOSAGEM DE MERCURIO                            | 2,04  | - | 2,04  |
| 02.02.07.028 | DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA              | 10,00 | - | 10,00 |
| 02.02.07.027 | DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA                    | 4,11  | - | 4,11  |
| 02.02.07.029 | DOSAGEM DE METOTREXATO                         | 10,00 | - | 10,00 |
| 02.02.05.009 | DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA              | 8,12  | - | 8,12  |
| 02.02.01.057 | DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS                      | 2,01  | - | 2,01  |
| 02.02.05.010 | DOSAGEM DE OXALATO                             | 3,68  | - | 3,68  |
| 02.02.06.027 | DOSAGEM DE PARATORMONIO                        | 43,13 | - | 43,13 |



|              |   |       |   |       |
|--------------|---|-------|---|-------|
| 02.02.06.028 | DOSAGEM DE PEPTIDEO C                               | 15,35 | - | 15,35 |
| 02.02.01.058 | DOSAGEM DE PIRUVATO                                 | 3,68  | - | 3,68  |
| 02.02.02.034 | DOSAGEM DE PLASMINOGENIO                            | 4,11  | - | 4,11  |
| 02.02.01.059 | DOSAGEM DE PORFIRINAS                               | 3,51  | - | 3,51  |
| 02.02.01.060 | DOSAGEM DE POTASSIO                                 | 1,85  | - | 1,85  |
| 02.02.06.029 | DOSAGEM DE PROGESTERONA                             | 10,22 | - | 10,22 |
| 02.02.06.030 | DOSAGEM DE PROLACTINA                               | 10,15 | - | 10,15 |
| 02.02.03.020 | DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA                       | 2,83  | - | 2,83  |
| 02.02.05.011 | DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)            | 2,04  | - | 2,04  |
| 02.02.09.013 | DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES | 1,89  | - | 1,89  |
| 02.02.01.061 | DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS                         | 1,40  | - | 1,40  |
| 02.02.01.062 | DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES               | 1,85  | - | 1,85  |
| 02.02.07.030 | DOSAGEM DE QUINIDINA                                | 10,00 | - | 10,00 |
| 02.02.06.031 | DOSAGEM DE RENINA                                   | 13,19 | - | 13,19 |
| 02.02.07.031 | DOSAGEM DE SALICILATOS                              | 2,01  | - | 2,01  |
| 02.02.01.063 | DOSAGEM DE SODIO                                    | 1,85  | - | 1,85  |
| 02.02.06.032 | DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)                    | 15,35 | - | 15,35 |
| 02.02.06.033 | DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)  | 13,11 | - | 13,11 |
| 02.02.07.032 | DOSAGEM DE SULFATOS                                 | 3,51  | - | 3,51  |
| 02.02.07.033 | DOSAGEM DE TEOFILINA                                | 15,65 | - | 15,65 |
| 02.02.06.034 | DOSAGEM DE TESTOSTERONA                             | 10,43 | - | 10,43 |
| 02.02.06.035 | DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE                       | 13,11 | - | 13,11 |
| 02.02.07.034 | DOSAGEM DE TIOCIANATO                               | 3,68  | - | 3,68  |
| 02.02.06.036 | DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA                           | 15,35 | - | 15,35 |
| 02.02.06.037 | DOSAGEM DE TIROXINA (T4)                            | 8,76  | - | 8,76  |
| 02.02.06.038 | DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)                | 11,60 | - | 11,60 |
| 02.02.01.064 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO) | 2,01  | - | 2,01  |
| 02.02.01.065 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)    | 2,01  | - | 2,01  |



|              |   |        |        |        |
|--------------|---|--------|--------|--------|
| 02.02.01.066 | DOSAGEM DE TRANSFERRINA   | 4,12   | -      | 4,12   |
| 02.02.01.067 | DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS   | 3,51   | -      | 3,51   |
| 02.02.06.039 | DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)   | 8,71   | -      | 8,71   |
| 02.02.01.068 | DOSAGEM DE TRIPTOFANO   | 3,51   | -      | 3,51   |
| 02.02.03.120 | DOSAGEM DE TROPONINA  | 9,00   | -      | 9,00   |
| 02.02.11.008 | DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)               | 13,20  | -      | 13,20  |
| 02.02.01.069 | DOSAGEM DE UREIA  | 1,85   | -      | 1,85   |
| 02.02.01.070 | DOSAGEM DE VITAMINA B12   | 15,24  | -      | 15,24  |
| 02.02.07.035 | DOSAGEM DE ZINCO  | 15,65  | -      | 15,65  |
| 02.02.03.121 | DOSAGEM DO ANTIGENO CA 125  | 13,35  | -      | 13,35  |
| 02.02.05.012 | DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS                          | 3,04   | -      | 3,04   |
| 02.02.11.011 | DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO    | 137,00 | -      | 137,00 |
| 02.04.05.004 | DUODENOGRAMIA HIPOTONICA  | 34,52  | 199,11 | 233,63 |
| 02.05.01.001 | ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE   | 165,00 | 88,00  | 253,00 |
| 02.05.01.002 | ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA  | 165,00 | 132,00 | 297,00 |
| 02.05.01.003 | ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA   | 39,94  | 90,05  | 129,99 |
| 02.05.02.001 | ECODOPPLER TRANSCRANIANO  | 117,00 | 2,25   | 119,25 |
| 90.01.01.107 | ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM AVALIACAO DO SINCRONISMO CARDIACO             | -      | 549,29 | 549,29 |
| 90.01.01.108 | ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM CONTRASTE INTRACAVITARIO                      | -      | 250,96 | 250,96 |
| 90.01.01.109 | ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM CONTRASTE PARA PERFUSÃO MIOCÁRDICA EM REPOUSO | -      | 589,95 | 589,95 |
| 90.01.01.110 | ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM ESTRESSE FARMACOLÓGICO                        | -      | 444,13 | 444,13 |
| 90.01.01.111 | ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM ESTRESSE FÍSICO                               | -      | 444,13 | 444,13 |
| 90.01.01.112 | ECODOPPLERCARDIOGRAMA FETAL COM MAPEAMENTO DE FLUXO EM CORES - POR FETO | -      | 233,57 | 233,57 |
| 02.11.02.003 | ELETROCARDIOGRAMA   | 5,15   | 19,85  | 25,00  |
| 02.11.07.012 | ELETROCOCLEOGRAFIA  | 4,25   | -      | 4,25   |
| 02.11.03.008 | ELETRODIAGNOSTICO CINETICO FUNCIONAL                                    | 1,26   | -      | 1,26   |
| 02.11.05.002 | ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO-ESTIMULO                  | 11,34  | 78,66  | 90,00  |
| 02.11.05.003 | ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG)         | 25,00  | 55,00  | 80,00  |



|              |   |        |        |        |
|--------------|---|--------|--------|--------|
| 02.11.05.004 | ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG) (Valor alterado pela resolução nº. 310/2019, de 16/07/2019). | 25,00  | 98,00  | 123,00 |
| 02.11.05.005 | ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG)  | 25,00  | 55,00  | 80,00  |
| 02.02.02.035 | ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA   | 5,41   | -      | 5,41   |
| 02.02.01.071 | ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS   | 3,68   | -      | 3,68   |
| 02.02.01.072 | ELETROFORESE DE PROTEINAS   | 4,42   | -      | 4,42   |
| 02.02.09.015 | ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR   | 5,23   | -      | 5,23   |
| 02.11.07.013 | ELETROGUSTOMETRIA   | 1,37   | -      | 1,37   |
| 02.11.03.009 | ELETROMIOGRAFIA DINAMICA, AVALIACAO CINETICA, CINEMATICA E DE PARAMETROS LINEARES   | 1,26   | 71,24  | 72,50  |
| 02.11.05.006 | ELETROMIOGRAMA (EMG)  | 27,00  | 355,89 | 382,89 |
| 02.11.05.007 | ELETROMIOGRAMA C/ ESTUDO DE FIBRA UNICA   | 27,00  | 355,89 | 382,89 |
| 02.11.05.008 | ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) Por segmento   | 27,00  | 73,00  | 100,00 |
| 02.11.06.007 | ELETRO-OCULOGRAFIA  | 24,24  | -      | 24,24  |
| 02.11.06.008 | ELETRORETINOGRAFIA  | 24,24  | -      | 24,24  |
| 02.11.07.014 | EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS P/ TRIAGEM AUDITIVA  | 13,51  | -      | 13,51  |
| 02.02.02.036 | ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)   | 2,73   | -      | 2,73   |
| 02.04.06.003 | ESCANOMETRIA  | 7,77   | 11,48  | 19,25  |
| 02.09.01.003 | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA  | 48,16  | 109,91 | 158,07 |
| 02.02.09.016 | ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO   | 6,56   | -      | 6,56   |
| 02.11.08.001 | ESPIROGRAFIA C/ DETERMINACAO DO VOLUME RESIDUAL   | 2,78   | -      | 2,78   |
| 02.11.08.005 | ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR   | 6,36   | 71,64  | 78,00  |
| 02.02.09.017 | ESPLENOGRAMA  | 5,79   | -      | 5,79   |
| 02.10.01.016 | ESPLENOPORTOGRAFIA  | 182,45 | 177,89 | 360,34 |
| 02.11.06.009 | ESTESIOMETRIA   | 3,37   | -      | 3,37   |
| 02.11.07.015 | ESTUDO DE EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANSITORIAS E PRODUTOS DE DISTORCAO (EOA)   | 46,88  | -      | 46,88  |
| 02.08.06.003 | ESTUDO DE FLUXO SANGUINEO CEREBRAL  | 119,16 | -      | 119,16 |
| 02.08.04.010 | ESTUDO RENAL DINAMICO C/ OU S/ DIURETICO  | 165,24 | -      | 165,24 |
| 02.11.07.016 | ESTUDO TOPODIAGNOSTICO DA PARALISIA FACIAL  | 8,10   | -      | 8,10   |



|              |  |       |        |        |
|--------------|--|-------|--------|--------|
| 02.03.02.006 | EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA (Valor alterado pela resolução nº. 208/2018, de 15/05/2018)                        | 45,83 | -      | 45,83  |
| 02.03.02.007 | EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - PEÇA CIRURGICA   | 43,21 | -      | 43,21  |
| 02.03.02.008 | EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - BIOPSIA   | 24,00 | -      | 24,00  |
| 02.03.02.002 | EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - PEÇA CIRURGICA  | 43,21 | -      | 43,21  |
| 02.03.02.003 | EXAME ANATOMO-PATOLOGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)         | 24,00 | -      | 24,00  |
| 02.03.01.008 | EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA-RASTREAMENTO   | 7,30  | -      | 7,30   |
| 02.03.01.001 | EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA  | 6,64  | 0,33   | 6,97   |
| 02.03.01.004 | EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA (Valor alterado pela resolução nº. 208/2018, de 15/05/2018)                                     | 35,34 | -      | 35,34  |
| 02.03.01.002 | EXAME CITOPATOLOGICO HORMONAL SERIADO (MINIMO 3 COLETAS)   | 10,65 | -      | 10,65  |
| 02.02.04.003 | EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL  | 3,04  | -      | 3,04   |
| 02.02.09.018 | EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS  | 1,89  | -      | 1,89   |
| 02.03.01.003 | EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)  | 10,65 | -      | 10,65  |
| 02.11.07.017 | EXAME DE ORGANIZACAO PERCEPTIVA  | 4,11  | -      | 4,11   |
| 90.01.01.113 | EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER I  | -     | 80,00  | 80,00  |
| 90.01.01.114 | EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER II   | -     | 120,00 | 120,00 |
| 02.02.08.014 | EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)   | 2,80  | -      | 2,80   |
| 02.11.04.003 | EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO DO CONTEUDO CERVICO-VAGINAL  | 2,80  | -      | 2,80   |
| 02.11.07.018 | EXAME NEUROPSICOMOTOR EVOLUTIVO  | 4,11  | -      | 4,11   |
| 02.02.05.013 | EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS  | 3,70  | -      | 3,70   |
| 02.12.01.001 | EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS EM DOADOR DE SANGUE  | 15,00 | -      | 15,00  |
| 02.12.01.002 | EXAMES PRE-TRANSFUSIONAIS I  | 17,04 | -      | 17,04  |
| 02.12.01.003 | EXAMES PRE-TRANSFUSIONAIS II   | 17,04 | -      | 17,04  |
| 04.05.01.007 | EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESOES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS (incluído pela resolução nº. 207/2018, de 09/05/2018). | 78,75 | -      | 78,75  |
| 04.05.05.008 | EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA   | 82,28 | -      | 82,28  |
| 04.05.05.008 | EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA (incluído pela resolução nº. 207/2018, de 09/05/2018).  | 82,28 | -      | 82,28  |
| 04.01.01.007 | EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA   | 12,46 | -      | 12,46  |



|              |  |          |        |          |
|--------------|--|----------|--------|----------|
| 02.11.05.009 | EXPLORACAO DIAGNOSTICA PELO VIDEO-ELETROENCEFALOGRAMA COM OU SEM USO DE ELETRODO DE PROFUNDIDADE                         | 1.707,05 | -      | 1.707,05 |
| 04.05.05.037 | FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL (Valor alterado pela resolução nº. 208/2018, de 15/05/2018) | 771,60   | -      | 771,60   |
| 02.02.12.003 | FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR   | 10,65    | -      | 10,65    |
| 02.12.01.004 | FENOTIPAGEM K, FYA, FYB, JKA, JKB EM GEL   | 10,00    | -      | 10,00    |
| 02.04.05.005 | FISTULOGRAFIA  | 45,34    | 191,00 | 236,34   |
| 02.10.01.018 | FLEBOGRAFIA DE CAVA INFERIOR E/OU SUPERIOR   | 200,01   | -      | 200,01   |
| 02.10.01.017 | FLEBOGRAFIA DE MEMBRO (POR PUNÇÃO VENOSA UNILATERAL)   | 145,94   | 67,86  | 213,80   |
| 04.05.03.004 | FOTOCOAGULACAO (LASER) – POR SESSÃO – MONOCULAR (Valor alterado pela resolução nº. 208/2018, de 15/05/2018)              | 75,15    | -      | 75,15    |
| 02.11.06.010 | FUNDOSCOPIA (Binocular)  | 3,37     | -      | 3,37     |
| 02.11.08.002 | GASOMETRIA   | 2,78     | 14,07  | 16,85    |
| 02.11.08.003 | GASOMETRIA (APOS EXERCICIO CICLO-ERGOMETRICO)  | 2,78     | 29,20  | 31,98    |
| 02.11.08.004 | GASOMETRIA (APOS OXIGENIO A 100 DURANTE A DIFUSAO ALVEOLO-CAPILAR)   | 2,78     | -      | 2,78     |
| 02.02.01.073 | GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE )   | 15,65    | -      | 15,65    |
| 02.02.03.021 | GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C   | 298,48   | -      | 298,48   |
| 02.11.06.011 | GONIOSCOPIA (Binocular)  | 6,74     | -      | 6,74     |
| 02.11.07.019 | GUSTOMETRIA  | 1,92     | -      | 1,92     |
| 02.02.02.037 | HEMATOCRITO  | 1,53     | -      | 1,53     |
| 02.02.08.015 | HEMOCULTURA  | 11,49    | -      | 11,49    |
| 02.02.02.038 | HEMOGRAMA COMPLETO   | 4,11     | -      | 4,11     |
| 02.11.04.004 | HISTEROSCOPIA (DIAGNOSTICA)  | 25,00    | 79,43  | 104,43   |
| 02.04.05.006 | HISTEROSSALPINGOGRAFIA   | 45,34    | -      | 45,34    |
| 02.02.08.016 | IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS  | 5,63     | -      | 5,63     |
| 02.02.12.004 | IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS  | 10,65    | -      | 10,65    |
| 02.02.04.004 | IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS   | 1,65     | -      | 1,65     |
| 02.02.05.007 | IDENTIFICACAO DE GLICIDIOS URINARIOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA)  | 3,70     | -      | 3,70     |
| 02.11.07.020 | IMITANCIOMETRIA  | 23,00    | -      | 23,00    |
| 04.05.05.013 | IMPLANTE DE PROTESE ANTI-GLAUCOMATOSA  | -        | 499,20 | 499,20   |



|              |  |          |        |          |
|--------------|--|----------|--------|----------|
| 02.08.02.012 | IMUNO-CINTILOGRAFIA (ANTICORPO MONOCLONAL)   | 1.103,26 | -      | 1.103,26 |
| 02.02.03.022 | IMUNOELETRÓFORESE DE PROTEÍNAS   | 17,16    | -      | 17,16    |
| 02.02.03.023 | IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)   | 80,00    | -      | 80,00    |
| 02.03.02.004 | IMUNOHISTOQUÍMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)  | 92,00    | -      | 92,00    |
| 03.07.04.010 | INSTALAÇÃO DE PROTESE EM PACIENTES COM ANOMALIAS CRANIO E BUCOMAXILOFACIAL                             | 22,33    | -      | 22,33    |
| 02.11.01.002 | INVESTIGAÇÃO ULTRASSÔNICA (PLETISMOGRAFIA)   | 1,31     | -      | 1,31     |
| 04.05.05.017 | IRIDECTOMIA CIRÚRGICA  | 297,46   | -      | 297,46   |
| 04.05.05.019 | IRIDOTOMIA A LASER   | 45,00    | -      | 45,00    |
| 02.12.02.003 | IRRADIAÇÃO DE SANGUE E COMPONENTES DESTINADOS A TRANSFUSSÃO  | 13,61    | -      | 13,61    |
| 02.09.01.004 | LAPAROSCOPIA   | 40,37    | 643,26 | 683,63   |
| 02.02.02.039 | LEUCOGRAMA   | 2,73     | -      | 2,73     |
| 02.10.01.019 | LINFANGIOADENOGRAMA  | 199,40   | 87,35  | 286,75   |
| 02.08.08.004 | LINFOCINTILOGRAFIA   | 141,33   | -      | 141,33   |
| 04.09.01.018 | LITOTRIPSIA (CIRÚRGICA)  | 386,67   | -      | 386,67   |
| 03.09.03.010 | LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA (ONDA DE CHOQUE - TRATAMENTO SUBSEQUENTE EM 1 REGIÃO RENAL)                  | 172,00   | -      | 172,00   |
| 03.09.03.011 | LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA (ONDA DE CHOQUE - TRATAMENTO SUBSEQUENTE EM 2 REGIÕES RENAIAS)               | 150,50   | -      | 150,50   |
| 03.09.03.012 | LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA (ONDA DE CHOQUE PARCIAL / COMPLETA EM 1 REGIÃO RENAL)                        | 172,00   | -      | 172,00   |
| 03.09.03.013 | LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA (ONDA DE CHOQUE PARCIAL / COMPLETA EM 2 REGIÕES RENAIAS)                     | 150,50   | -      | 150,50   |
| 02.11.07.021 | LOGOaudiometria (LDV-IRF-LRF)  | 26,25    | -      | 26,25    |
| 02.04.03.003 | MAMOGRAFIA   | 22,50    | -      | 22,50    |
| 02.04.03.018 | MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO   | 45,00    | -      | 45,00    |
| 03.07.04.006 | MANUTENÇÃO PERIÓDICA DE PROTESE BUCO-MAXILO-FACIAL   | 1,16     | -      | 1,16     |
| 02.11.06.012 | MAPEAMENTO DE RETINA (Monocular)   | 24,24    | -      | 24,24    |
| 02.11.07.038 | MAPEAMENTO E BALANCEAMENTO DOS ELETRODOS   | 33,91    | -      | 33,91    |
| 02.05.02.019 | MARCAÇÃO DE LESÃO PRE-CIRÚRGICA DE LESÃO NÃO PALPÁVEL DE MAMA ASSOCIADA A ULTRASSONOGRAMA (Inclui USG) | 25,43    | 243,43 | 268,86   |
| 02.04.03.004 | MARCAÇÃO PRE-CIRÚRGICA DE LESÃO NÃO PALPÁVEL DE MAMA ASSOCIADA A MAMOGRAFIA                            | 62,50    | -      | 62,50    |



|              |   |        |        |        |
|--------------|---|--------|--------|--------|
| 02.11.06.013 | MEDIDA DE OFUSCAMENTO E CONTRASTE                     | 3,37   | -      | 3,37   |
| 02.11.06.014 | MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA (Monocular)           | 24,24  | -      | 24,24  |
| 02.04.02.001 | MIELOGRAFIA   | 121,63 | 64,40  | 186,03 |
| 02.02.09.019 | MIELOGRAMA  | 5,79   | -      | 5,79   |
| 02.11.02.004 | MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)    | 30,00  | 68,00  | 98,00  |
| 02.11.02.005 | MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (MAPA) | 10,07  | 126,02 | 136,09 |
| 03.07.02.003 | OBTURACAO DE DENTE DECIDUO                            | 5,59   | -      | 5,59   |
| 03.07.02.004 | OBTURACAO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR            | 5,71   | -      | 5,71   |
| 03.07.02.005 | OBTURACAO EM DENTE PERMANENTE COM TRES OU MAIS RAIZES | 6,95   | -      | 6,95   |
| 03.07.02.006 | OBTURACAO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR           | 4,41   | -      | 4,41   |
| 02.11.07.022 | OLFATOMETRIA  | 1,37   | -      | 1,37   |
| 02.11.01.003 | OSCILOMETRIA  | 1,31   | -      | 1,31   |
| 90.01.01.117 | OXIMETRIA (NÃO INVASIVA)                              | -      | 24,75  | 24,75  |
| 04.05.03.019 | PAN-FOTOCOAGULACAO DE RETINA A LASER (300,60 SIGTAP)  | 300,60 | -      | 300,60 |
| 90.01.01.007 | PAQUIMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR)                  | 14,81  | -      | 14,81  |
| 02.02.08.017 | PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI                         | 4,33   | -      | 4,33   |
| 02.11.09.006 | PERFIL DE PRESSAO URETRAL                             | 8,82   | -      | 8,82   |
| 02.11.04.005 | PERSUFLACAO TUBARIA (DIAGNOSTICA)                     | 1,69   | -      | 1,69   |
| 02.02.05.014 | PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA) | 3,70   | -      | 3,70   |
| 02.02.05.015 | PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA                        | 2,04   | -      | 2,04   |
| 02.02.05.016 | PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA                      | 3,70   | -      | 3,70   |
| 02.02.03.025 | PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA            | 10,00  | -      | 10,00  |
| 02.02.03.026 | PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA            | 10,00  | -      | 10,00  |
| 02.02.03.037 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS                 | 9,25   | -      | 9,25   |
| 02.02.03.038 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS                     | 10,00  | -      | 10,00  |
| 02.02.03.039 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS                | 9,25   | -      | 9,25   |
| 02.02.03.040 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS                   | 3,70   | -      | 3,70   |
| 02.02.03.041 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO                 | 5,83   | -      | 5,83   |





|              |  |       |   |       |
|--------------|--|-------|---|-------|
| 02.02.03.042 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLOURESCENCIA) | 10,00 | - | 10,00 |
| 02.02.03.126 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 (WESTERN-BLOT) | 85,00 | - | 85,00 |
| 02.02.03.043 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL                 | 17,16 | - | 17,16 |
| 02.02.03.027 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA                              | 8,67  | - | 8,67  |
| 02.02.03.044 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS                       | 9,25  | - | 9,25  |
| 02.02.03.045 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)             | 10,00 | - | 10,00 |
| 02.02.03.046 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES                   | 9,70  | - | 9,70  |
| 02.02.09.021 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES ( ELISA )         | 9,70  | - | 9,70  |
| 02.02.03.047 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTISTREPTOLISINA O (ASLO)            | 2,83  | - | 2,83  |
| 02.02.03.048 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO                            | 10,00 | - | 10,00 |
| 02.02.03.050 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO                         | 10,00 | - | 10,00 |
| 02.02.03.028 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI              | 17,16 | - | 17,16 |
| 02.02.03.029 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)             | 85,00 | - | 85,00 |
| 02.02.03.030 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)            | 10,00 | - | 10,00 |
| 02.02.03.031 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2                  | 18,55 | - | 18,55 |
| 02.02.03.051 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS              | 10,00 | - | 10,00 |
| 02.02.03.052 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA                          | 17,16 | - | 17,16 |
| 02.02.03.053 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS                       | 4,10  | - | 4,10  |
| 02.02.03.054 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA                          | 5,50  | - | 5,50  |
| 02.02.03.055 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS                       | 17,16 | - | 17,16 |
| 02.02.03.056 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA                       | 17,16 | - | 17,16 |
| 02.02.03.057 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO                  | 17,16 | - | 17,16 |
| 02.02.03.058 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO                      | 17,16 | - | 17,16 |
| 02.02.03.059 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO                            | 17,16 | - | 17,16 |
| 02.02.03.060 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS                         | 17,16 | - | 17,16 |
| 02.02.03.061 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS                        | 10,00 | - | 10,00 |
| 02.02.03.032 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)         | 17,16 | - | 17,16 |
| 02.02.03.033 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS                     | 5,74  | - | 5,74  |



|              |  |       |   |       |
|--------------|--|-------|---|-------|
| 02.02.03.034 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM   | 17,16 | - | 17,16 |
| 02.02.03.035 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)  | 18,55 | - | 18,55 |
| 02.02.03.036 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)  | 18,55 | - | 18,55 |
| 02.02.03.062 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA  | 17,16 | - | 17,16 |
| 02.02.03.063 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)           | 18,55 | - | 18,55 |
| 02.02.03.064 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)                       | 18,55 | - | 18,55 |
| 02.02.03.065 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA  | 7,78  | - | 7,78  |
| 02.02.03.066 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII   | 9,71  | - | 9,71  |
| 02.02.03.067 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)                                   | 18,55 | - | 18,55 |
| 02.02.03.068 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)                                   | 18,55 | - | 18,55 |
| 02.02.03.069 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO   | 9,25  | - | 9,25  |
| 02.02.03.070 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS                                      | 4,10  | - | 4,10  |
| 02.02.03.071 | PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO                             | 18,55 | - | 18,55 |
| 02.02.03.072 | PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA  | 17,16 | - | 17,16 |
| 02.02.03.073 | PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR                                   | 2,83  | - | 2,83  |
| 02.02.03.074 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS   | 11,00 | - | 11,00 |
| 02.02.03.075 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS   | 9,25  | - | 9,25  |
| 02.02.03.076 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA  | 16,97 | - | 16,97 |
| 02.02.03.077 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI   | 9,25  | - | 9,25  |
| 02.02.03.079 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS  | 30,00 | - | 30,00 |
| 02.02.03.080 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)                                | 18,55 | - | 18,55 |
| 02.02.03.081 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA   | 17,16 | - | 17,16 |
| 02.02.03.082 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER                              | 17,16 | - | 17,16 |
| 02.02.03.083 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR   | 17,16 | - | 17,16 |
| 02.02.03.084 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES   | 17,16 | - | 17,16 |
| 02.02.03.078 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL) | 18,55 | - | 18,55 |
| 02.02.03.085 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS   | 11,61 | - | 11,61 |
| 02.02.03.086 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS   | 10,00 | - | 10,00 |



|              |  |       |   |       |
|--------------|--|-------|---|-------|
| 02.02.03.087 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM DE ANTITOXOPLASMA   | 18,55 | - | 18,55 |
| 02.02.03.088 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM DE ANTITRYPANOSOMA CRUZI                                      | 9,25  | - | 9,25  |
| 02.02.03.089 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM) | 18,55 | - | 18,55 |
| 02.02.03.090 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS  | 20,00 | - | 20,00 |
| 02.02.03.091 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)                        | 18,55 | - | 18,55 |
| 02.02.03.092 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA                                     | 17,16 | - | 17,16 |
| 02.02.03.093 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER                      | 17,16 | - | 17,16 |
| 02.02.03.094 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR                                   | 17,16 | - | 17,16 |
| 02.02.03.095 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS                                 | 17,16 | - | 17,16 |
| 02.02.12.005 | PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO                                | 5,79  | - | 5,79  |
| 02.02.12.006 | PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC  | 5,79  | - | 5,79  |
| 02.02.12.007 | PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO  | 5,79  | - | 5,79  |
| 02.02.03.096 | PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)  | 13,35 | - | 13,35 |
| 02.02.03.097 | PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)                        | 18,55 | - | 18,55 |
| 02.02.03.098 | PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)                                    | 18,55 | - | 18,55 |
| 02.02.02.040 | PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA  | 25,00 | - | 25,00 |
| 02.02.08.018 | PESQUISA DE BACILO DIFTERICO   | 2,80  | - | 2,80  |
| 02.02.05.017 | PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA  | 2,04  | - | 2,04  |
| 02.02.05.018 | PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA   | 2,40  | - | 2,40  |
| 02.02.09.023 | PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR   | 1,89  | - | 1,89  |
| 02.02.02.041 | PESQUISA DE CELULAS LE   | 4,11  | - | 4,11  |
| 02.02.09.024 | PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS   | 1,89  | - | 1,89  |
| 02.02.05.019 | PESQUISA DE CISTINA NA URINA   | 2,04  | - | 2,04  |
| 02.02.03.099 | PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)   | 60,00 | - | 60,00 |
| 02.02.05.020 | PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA  | 2,04  | - | 2,04  |
| 02.02.02.042 | PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ   | 2,73  | - | 2,73  |
| 02.02.03.100 | PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS   | 2,83  | - | 2,83  |
| 02.02.09.025 | PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA   | 1,89  | - | 1,89  |



|              |   |       |   |       |
|--------------|---|-------|---|-------|
| 02.02.04.005 | PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)      | 1,65  | - | 1,65  |
| 02.02.04.006 | PESQUISA DE EOSINOFILOS                                   | 1,65  | - | 1,65  |
| 02.02.05.021 | PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA          | 3,70  | - | 3,70  |
| 02.02.09.026 | PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)             | 4,80  | - | 4,80  |
| 02.02.08.019 | PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A     | 4,33  | - | 4,33  |
| 02.02.03.101 | PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)                | 4,10  | - | 4,10  |
| 02.02.12.008 | PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)                     | 1,37  | - | 1,37  |
| 02.02.05.022 | PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA                         | 2,04  | - | 2,04  |
| 02.02.02.043 | PESQUISA DE FILARIA                                       | 2,73  | - | 2,73  |
| 02.11.07.023 | PESQUISA DE FISTULA PERILINFATICA                         | 4,80  | - | 4,80  |
| 02.02.05.023 | PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA                              | 2,04  | - | 2,04  |
| 02.02.05.024 | PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA                            | 3,36  | - | 3,36  |
| 02.11.07.024 | PESQUISA DE GANHO DE INSERCAO                             | 12,00 | - | 12,00 |
| 02.02.04.007 | PESQUISA DE GORDURA FECAL                                 | 1,65  | - | 1,65  |
| 02.02.08.020 | PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY                            | 2,80  | - | 2,80  |
| 02.02.08.021 | PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI                           | 4,33  | - | 4,33  |
| 02.02.02.044 | PESQUISA DE HEMOGLOBINA S                                 | 2,73  | - | 2,73  |
| 02.02.03.102 | PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLOURESCENCIA                  | 10,00 | - | 10,00 |
| 02.02.05.026 | PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA                          | 2,04  | - | 2,04  |
| 02.02.03.103 | PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA    | 9,25  | - | 9,25  |
| 02.02.05.027 | PESQUISA DE LACTOSE NA URINA                              | 2,04  | - | 2,04  |
| 02.02.04.008 | PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES                              | 1,65  | - | 1,65  |
| 02.02.08.022 | PESQUISA DE LEPTOSPIRAS                                   | 2,80  | - | 2,80  |
| 02.02.04.009 | PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES                          | 1,65  | - | 1,65  |
| 02.02.04.010 | PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES                           | 1,65  | - | 1,65  |
| 02.02.06.047 | PESQUISA DE MACROPROLACTINA                               | 12,15 | - | 12,15 |
| 02.02.05.028 | PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA                  | 3,70  | - | 3,70  |
| 02.02.04.011 | PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA) | 1,65  | - | 1,65  |



|              |   |        |        |        |
|--------------|---|--------|--------|--------|
| 02.02.04.012 | PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS  | 1,65   | -      | 1,65   |
| 02.11.07.025 | PESQUISA DE PARES CRANIANOS   | 1,37   | -      | 1,37   |
| 02.02.05.029 | PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA   | 2,04   | -      | 2,04   |
| 02.02.05.030 | PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)  | 4,44   | -      | 4,44   |
| 02.02.09.027 | PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES  | 1,89   | -      | 1,89   |
| 02.02.04.013 | PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES   | 10,25  | -      | 10,25  |
| 02.02.04.014 | PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES   | 1,65   | -      | 1,65   |
| 02.02.04.015 | PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES   | 1,65   | -      | 1,65   |
| 02.02.05.031 | PESQUISA DE TIROSINA NA URINA   | 2,04   | -      | 2,04   |
| 02.02.08.023 | PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM  | 5,04   | -      | 5,04   |
| 02.02.02.046 | PESQUISA DE TRIPANOSSOMA  | 2,73   | -      | 2,73   |
| 02.02.04.016 | PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES  | 1,65   | -      | 1,65   |
| 02.02.04.017 | PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES   | 1,65   | -      | 1,65   |
| 02.02.03.104 | PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)  | 10,00  | -      | 10,00  |
| 90.01.01.119 | PHMETRIA (COM INSUMOS)  | -      | 315,73 | 315,73 |
| 02.04.05.007 | PIELOGRAFIA ANTEROGRADA PERCUTANEA  | 73,15  | 170,14 | 243,29 |
| 02.04.05.008 | PIELOGRAFIA ASCENDENTE  | 52,11  | 185,95 | 238,06 |
| 02.04.02.002 | PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL   | 19,60  | 0,30   | 19,90  |
| 02.04.01.002 | PLANIGRAFIA DE LARINGE (Valor alterado pela resolução nº. 208/2018, de 15/05/2018)                                    | 27,32  | -      | 27,32  |
| 02.04.06.004 | PLANIGRAFIA DE OSSO - SUBSIDIARIA A OUTROS EXAMES (POR PLANO)   | 18,68  | -      | 18,68  |
| 02.04.06.005 | PLANIGRAFIA DE OSSO EM 2 PLANOS   | 18,68  | 0,99   | 19,67  |
| 02.04.05.010 | PLANIGRAFIA DE RIM S/ CONTRASTE   | 14,48  | -      | 14,48  |
| 02.11.01.004 | PLETISMOGRAFIA (POR LATERALIDADE / TERRITORIO)  | 1,31   | -      | 1,31   |
| 90.01.01.003 | POLIPECTOMIA DO ESOFAGO, ESTOMAGO OU DUODENO (INDEPENDENTE DO NÚMERO DE POLIPOS) - UTILIZACAO DE ALCA DE POLIPECTOMIA | -      | 120,00 | 120,00 |
| 02.11.05.010 | POLISSONOGRAMA (Valor alterado pela resolução nº. 310/2019, de 16/07/2019).   | 170,00 | 71,84  | 241,84 |
| 02.10.01.020 | PORTOGRAFIA TRANS-HEPATICA  | 201,01 | 218,51 | 419,52 |
| 02.11.06.015 | POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL (Binocular)  | 3,37   | -      | 3,37   |



|              |   |       |        |        |
|--------------|---|-------|--------|--------|
| 02.11.05.011 | POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO  | 4,06  | -      | 4,06   |
| 02.11.07.026 | POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA MEDIA E LONGA LATENCIA  | 46,88 | -      | 46,88  |
| 02.11.07.027 | POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO P/ TRIAGEM AUDITIVA  | 13,51 | -      | 13,51  |
| 02.11.07.039 | POTENCIAL EVOCADO ELETRICAMENTE NO SISTEMA AUDITIVO   | 93,73 | 0,03   | 93,76  |
| 02.11.05.012 | POTENCIAL EVOCADO VISUAL / OCCIPTO  | 4,06  | -      | 4,06   |
| 02.11.05.013 | POTENCIAL SOSMATO-SENSITIVO   | 4,06  | -      | 4,06   |
| 02.11.06.016 | POTENCIAL VISUAL EVOCADO ( Monocular)   | 24,24 | -      | 24,24  |
| 02.12.02.004 | PREPARO DE COMPONENTES ALIQUOTADOS  | 5,00  | -      | 5,00   |
| 02.12.02.005 | PREPARO DE COMPONENTES LAVADOS  | 5,00  | -      | 5,00   |
| 02.12.02.006 | PROCESSAMENTO DE SANGUE   | 10,15 | -      | 10,15  |
| 02.02.08.024 | PROVA CONFIRMATORIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES  | 5,62  | -      | 5,62   |
| 02.02.01.074 | PROVA DA D-XILOSE   | 3,68  | -      | 3,68   |
| 02.02.02.048 | PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA   | 4,11  | -      | 4,11   |
| 02.02.05.032 | PROVA DE DILUICAO (URINA)   | 2,04  | -      | 2,04   |
| 02.11.08.006 | PROVA DE FUNCAO PULMONAR SIMPLES (Espirometria)   | 4,28  | 35,30  | 39,58  |
| 02.11.07.028 | PROVA DE FUNCAO TUBARIA   | 4,80  | -      | 4,80   |
| 02.02.09.028 | PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)  | 9,70  | -      | 9,70   |
| 02.02.02.049 | PROVA DE RETRACAO DO COAGULO  | 2,73  | 9,27   | 12,00  |
| 02.02.02.050 | PROVA DO LACO   | 2,73  | -      | 2,73   |
| 02.02.09.029 | PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C) | 1,89  | -      | 1,89   |
| 02.02.09.030 | PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE  | 1,89  | -      | 1,89   |
| 02.11.08.007 | PROVA FARMACODINAMICA   | 2,78  | -      | 2,78   |
| 02.02.03.105 | PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)  | 1,77  | -      | 1,77   |
| 02.02.03.106 | PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS  | 1,77  | -      | 1,77   |
| 02.01.01.058 | PUNCAO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)                                       | 33,24 | 366,76 | 400,00 |
| 02.01.01.059 | PUNCAO DE CISTERNA SUB-OCCIPITAL (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)  | 7,04  | -      | 7,04   |
| 02.01.01.060 | PUNCAO DE MAMA POR AGULHA GROSSA/ CORE BIOPSY (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)                                   | 68,43 | 181,57 | 250,00 |
| 02.01.01.061 | PUNCAO DE VAGINA (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)  | 14,10 | -      | 14,10  |



|              |   |        |       |        |
|--------------|---|--------|-------|--------|
| 02.01.01.062 | PUNCAO EXPLORADORA DO DEFERENTE (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)   | 14,10  | -     | 14,10  |
| 02.01.01.063 | PUNCAO LOMBAR (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)                     | 7,04   | -     | 7,04   |
| 02.01.01.064 | PUNCAO P/ ESVAZIAMENTO  | 13,25  | -     | 13,25  |
| 02.01.01.065 | PUNCAO VENTRICULAR TRANSFONTANELA (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N) | 7,04   | -     | 7,04   |
| 02.02.03.107 | QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1                                     | 18,00  | -     | 18,00  |
| 02.02.03.108 | QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C                       | 168,48 | -     | 168,48 |
| 02.02.10.004 | QUANTIFICACAO/AMPLIFICACAO DO HER-2                               | 120,00 | -     | 120,00 |
| 02.04.01.003 | RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)          | 8,38   | 8,72  | 17,10  |
| 02.04.05.011 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)                | 10,73  | 6,95  | 17,68  |
| 02.04.05.012 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)            | 15,30  | 3,53  | 18,83  |
| 02.04.05.013 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)                               | 7,17   | 9,62  | 16,79  |
| 02.04.04.001 | RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO  | 6,42   | 10,19 | 16,61  |
| 02.04.01.004 | RADIOGRAFIA DE ARCADEA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)            | 6,96   | 9,78  | 16,74  |
| 02.04.04.002 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR                     | 7,40   | 9,45  | 16,85  |
| 02.04.06.006 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL                           | 7,77   | 9,17  | 16,94  |
| 02.04.04.003 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL                        | 7,40   | 9,45  | 16,85  |
| 02.04.04.004 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR                     | 7,40   | 9,45  | 16,85  |
| 02.04.06.007 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA                           | 7,77   | 9,17  | 16,94  |
| 02.04.01.005 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL           | 8,38   | 8,72  | 17,10  |
| 02.04.06.008 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA                          | 6,50   | 10,13 | 16,63  |
| 02.04.06.009 | RADIOGRAFIA DE BACIA  | 7,77   | 9,17  | 16,94  |
| 02.04.04.005 | RADIOGRAFIA DE BRACO  | 7,77   | 9,17  | 16,94  |
| 02.04.06.010 | RADIOGRAFIA DE CALCANEIO  | 6,50   | 10,13 | 16,63  |
| 02.04.01.006 | RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)                            | 6,88   | 9,84  | 16,72  |
| 02.04.04.006 | RADIOGRAFIA DE CLAVICULA  | 7,40   | 9,45  | 16,85  |
| 02.04.02.004 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)       | 8,19   | 8,86  | 17,05  |
| 02.04.02.003 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)     | 8,33   | 8,75  | 17,08  |
| 02.04.02.005 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA               | 10,29  | 7,28  | 17,57  |



|              |   |       |        |        |
|--------------|---|-------|--------|--------|
| 02.04.02.006 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA   | 10,96 | 6,78   | 17,74  |
| 02.04.02.007 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/OBLIQUAS)  | 14,90 | 3,83   | 18,73  |
| 02.04.02.008 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA  | 16,88 | 2,34   | 19,22  |
| 02.04.02.009 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)   | 9,16  | 8,13   | 17,29  |
| 02.04.02.010 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR   | 9,73  | 7,70   | 17,43  |
| 02.04.02.011 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA  | 15,58 | 3,32   | 18,90  |
| 02.04.04.007 | RADIOGRAFIA DE COTOVELO   | 5,90  | 10,58  | 16,48  |
| 02.04.06.011 | RADIOGRAFIA DE COXA   | 8,94  | 8,30   | 17,24  |
| 02.04.01.007 | RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ)                              | 9,15  | 8,14   | 17,29  |
| 02.04.01.008 | RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)  | 7,52  | 9,36   | 16,88  |
| 02.04.04.008 | RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO   | 5,62  | 10,79  | 16,41  |
| 02.04.04.011 | RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)   | 7,98  | 9,02   | 17,00  |
| 02.04.05.014 | RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO (Valor alterado pela resolução nº. 208/2018, de 15/05/2018) | 35,22 | -      | 35,22  |
| 02.04.05.015 | RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)   | 47,59 | 114,31 | 161,90 |
| 02.04.06.012 | RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)  | 6,78  | 9,92   | 16,70  |
| 02.04.06.013 | RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)  | 7,16  | 9,63   | 16,79  |
| 02.04.06.014 | RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)                           | 9,29  | 8,03   | 17,32  |
| 02.04.01.009 | RADIOGRAFIA DE LARINGE  | 5,74  | 10,70  | 16,44  |
| 02.04.04.009 | RADIOGRAFIA DE MAO  | 6,30  | 10,28  | 16,58  |
| 02.04.04.010 | RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)                                   | 6,00  | 10,50  | 16,50  |
| 02.04.01.010 | RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)  | 9,03  | 8,23   | 17,26  |
| 02.04.01.011 | RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)   | 7,20  | 9,60   | 16,80  |
| 02.04.01.012 | RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)   | 8,38  | 8,72   | 17,10  |
| 02.04.06.015 | RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE   | 6,78  | 9,92   | 16,70  |
| 02.04.06.016 | RADIOGRAFIA DE PERNA  | 8,94  | 8,30   | 17,24  |
| 02.04.03.011 | RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO   | 27,27 | -      | 27,27  |
| 02.04.04.012 | RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)   | 6,91  | 9,82   | 16,73  |
| 02.04.01.013 | RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO)                               | 7,98  | 9,02   | 17,00  |





|              |   |        |        |        |
|--------------|---|--------|--------|--------|
| 02.04.02.012 | RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA  | 7,80   | 9,15   | 16,95  |
| 02.04.01.014 | RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)                                    | 7,32   | 9,51   | 16,83  |
| 02.04.01.015 | RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)  | 7,20   | 9,60   | 16,80  |
| 02.04.03.012 | RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)   | 5,56   | 10,83  | 16,39  |
| 02.04.03.013 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)                                | 14,32  | 4,26   | 18,58  |
| 02.04.03.015 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)  | 9,50   | 7,88   | 17,38  |
| 02.04.03.016 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)  | 6,55   | 10,09  | 16,64  |
| 02.04.03.017 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)   | 6,88   | 9,84   | 16,72  |
| 02.04.01.016 | RADIOGRAFIA OCLUSAL   | 3,51   | 10,09  | 13,60  |
| 02.04.05.016 | RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE)                           | 48,09  | 113,93 | 162,02 |
| 02.04.01.017 | RADIOGRAFIA PANORAMICA  | 9,03   | 22,50  | 31,53  |
| 02.04.06.017 | RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES  | 9,29   | 8,03   | 17,32  |
| 02.04.01.018 | RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING)   | 1,75   | 9,38   | 11,13  |
| 02.02.02.051 | RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS   | 2,73   | -      | 2,73   |
| 02.02.03.110 | REACAO DE MONTENEGRO ID   | 2,83   | -      | 2,83   |
| 02.02.09.031 | REACAO DE PANDY   | 1,89   | -      | 1,89   |
| 02.02.09.032 | REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES  | 1,89   | -      | 1,89   |
| 02.11.07.029 | REAVALIACAO DIAGNOSTICA DE DEFICIENCIA AUDITIVA EM PACIENTE MAIOR DE 3 ANOS                 | 22,55  | -      | 22,55  |
| 02.11.07.030 | REAVALIACAO DIAGNOSTICA DE DEFICIENCIA AUDITIVA EM PACIENTE MENOR DE 3 ANOS                 | 44,36  | -      | 44,36  |
| 04.05.05.021 | RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL (incluído pela resolução nº. 207/2018, de 09/05/2018).             | 172,27 | -      | 172,27 |
| 04.05.05.022 | RECONSTITUICAO DE FORNIX CONJUNTIVAL (incluído pela resolução nº. 207/2018, de 09/05/2018). | 436,44 | -      | 436,44 |
| 03.07.04.008 | REEMBASAMENTO E CONserto DE PROTESE DENTARIA  | 1,16   | -      | 1,16   |
| 02.11.07.040 | REFLEXO ESTAPEDIANO ELICIADO ELETRICAMENTE  | 46,00  | -      | 46,00  |
| 90.01.01.120 | RESISTENCIA VIAS AÉREAS (PLETISMOGRAFIA)  | -      | 97,38  | 97,38  |
| 02.07.03.001 | RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR   | 268,75 | -      | 268,75 |
| 02.07.01.002 | RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)                         | 268,75 | -      | 268,75 |
| 02.07.03.002 | RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR                                   | 268,75 | -      | 268,75 |
| 02.07.01.003 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOCO  | 268,75 | -      | 268,75 |



|              |  |                  |        |                  |
|--------------|--|------------------|--------|------------------|
| 02.07.01.004 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA  | 268,75           | -      | 268,75           |
| 02.07.01.005 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA   | 268,75           | -      | 268,75           |
| 02.07.02.001 | RESSONANCIA MAGNETICA DE CORCAO / AORTA C/ CINE  | 361,25           | -      | 361,25           |
| 02.07.01.006 | RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO  | 268,75           | -      | 268,75           |
| 02.07.02.005 | RESSONANCIA MAGNETICA DE MAMA BILATERAL PARA AVALIACAO DE POSSIVEIS COMPLICACOES DE IMPLANTE DE PROTESE  | 268,75           | -      | 268,75           |
| 02.07.02.005 | RESSONANCIA MAGNETICA DE MAMA BILATERAL PARA AVALIACAO DE POSSIVEIS COMPLICACOES DE IMPLANTE DE PROTESE  | 268,75           | -      | 268,75           |
| 02.07.03.003 | RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)  | 268,75           | -      | 268,75           |
| 02.07.02.002 | RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)  | 268,75           | -      | 268,75           |
| 02.07.01.007 | RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA  | 268,75           | -      | 268,75           |
| 02.07.02.003 | RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX   | 268,75           | -      | 268,75           |
| 02.07.03.004 | RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA  | 268,75           | -      | 268,75           |
| 02.11.06.017 | RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR  | 24,68            | -      | 24,68            |
| 02.11.06.018 | RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR  | 64,00            | -      | 64,00            |
| 04.07.02.039 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO / POLIPOS DO RETO / COLO SIGMOIDE (INCLUI ALÇA DE POLIPECTOMIA)   | 13,63            | 120,00 | 133,63           |
| 04.05.05.025 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CORNEA   | 25,00            | -      | 25,00            |
| 03.03.07.004 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESOFAGO  | 49,50            | -      | 49,50            |
| 03.03.07.005 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESTOMAGO / DUODENO   | 47,25            | -      | 47,25            |
| 04.07.01.025 | RETIRADA DE POLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA (INCLUI ALÇA DE POLIPECTOMIA)  | 29,84            | 100,00 | 129,84           |
| 02.09.01.005 | RETOSSIGMOIDOSCOPIA  | 125,30           | 70,70  | 196,21           |
| 03.07.02.008 | RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR  | 5,71             | -      | 5,71             |
| 03.07.02.009 | RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE COM 3 OU MAIS RAIZES  | 6,95             | -      | 6,95             |
| 03.07.02.010 | RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR   | 4,41             | -      | 4,41             |
| 04.17.01.006 | <del>SEDACAO (removido pela resolução nº. 199/2018, de 28/03/2018).</del>  | <del>15,15</del> | -      | <del>15,15</del> |
| 90135        | SEDACAO para Endoscopia ou Colonoscopia ou Ultrassonografia ou Tomografia Computadorizada (incluído pela resolução nº. 199/2018, de 28/03/2018) - (Valor alterado pela resolução nº. 221/2018, de 29/06/2018) - (Valor Alterado pela resolução nº.68/2019, de 10/12/2019). | 15,15            | 334,85 | 350,00           |
| 90137        | SEDACAO para Procedimentos de Medicina Nuclear (incluído pela resolução nº. 199/2018, de 28/03/2018).  | 15,15            | -      | 15,15            |
| 90136        | SEDACAO para Ressonância Magnética ou Angiorradiologia (incluído pela resolução nº. 199/2018, de 28/03/2018) - (Valor alterado pela resolução nº. 221/2018, de   | 15,15            | 384,85 | 400,00           |



|              |   |        |        |        |
|--------------|---|--------|--------|--------|
|              | 29/06/2018) - Valor Alterado pela resolução nº.68/2019, de 10/12/2019).   |        |        |        |
| 03.07.02.011 | SELAMENTO DE PERFURACAO RADICULAR   | 2,56   | -      | 2,56   |
| 02.11.07.031 | SELECAO E VERIFICACAO DE BENEFICIO DO AASI  | 8,75   | -      | 8,75   |
| 90130        | Serviço de Anestesia ou Sedação - Complementar ao Procedimento Primário (incluído pela resolução nº. 202/2018, de 25/04/2018) - (removido pela resolução n. 221/2018, de 29/06/2018). - (Incluído pela resolução nº.68/2019, de 10/12/2019) | -      | 360,00 | 360,00 |
| 02.04.01.019 | SIALOGRAFIA (POR GLANDULA)  | 48,85  | 176,36 | 225,21 |
| 04.05.01.016 | SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIIS (incluído pela resolução nº. 207/2018, de 09/05/2018).  | 22,93  | -      | 22,93  |
| 02.12.01.005 | SOROLOGIA DE DOADOR DE SANGUE   | 75,00  | -      | 75,00  |
| 04.05.05.029 | SUTURA DE CONJUNTIVA (incluído pela resolução nº. 207/2018, de 09/05/2018).   | 82,28  | -      | 82,28  |
| 04.05.03.009 | SUTURA DE ESCLERA (incluído pela resolução nº. 207/2018, de 09/05/2018).  | 161,19 | -      | 161,19 |
| 02.04.01.020 | TELERADIOGRAFIA COM TRACADOS E SEM TRACADOS   | 6,44   | -      | 6,44   |
| 03.01.07.011 | TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INDIVIDUAL  | 10,90  | 14,10  | 25,00  |
| 03.01.04.004 | TERAPIA INDIVIDUAL  | 2,81   | 22,19  | 25,00  |
| 90.01.01.121 | TESTE CUTÂNEO (ALÉRGICO)  | -      | 27,00  | 27,00  |
| 02.11.08.008 | TESTE DA CAMINHADA DE 6 MINUTOS   | 2,78   | 36,35  | 39,13  |
| 02.02.02.052 | TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS   | 12,00  | -      | 12,00  |
| 02.02.09.033 | TESTE DE CLEMENTS   | 1,89   | -      | 1,89   |
| 02.11.02.006 | TESTE DE ESFORCO / TESTE ERGOMETRICO  | 30,00  | 111,60 | 141,60 |
| 02.02.06.042 | TESTE DE ESTIMULO COM GNRH OU COM AGONISTA GNRH   | 12,01  | -      | 12,01  |
| 02.02.06.040 | TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH  | 12,01  | -      | 12,01  |
| 02.02.06.041 | TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA  | 12,01  | -      | 12,01  |
| 02.02.06.043 | TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON  | 12,01  | -      | 12,01  |
| 02.02.09.034 | TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS   | 4,69   | -      | 4,69   |
| 02.02.02.053 | TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)   | 2,73   | -      | 2,73   |
| 02.02.09.035 | TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO   | 4,69   | -      | 4,69   |
| 02.11.06.020 | TESTE DE PROVOCACAO DE GLAUCOMA (Binocular)   | 6,74   | 8,26   | 15,00  |
| 02.11.06.021 | TESTE DE SCHIRMER (Binocular)   | 3,37   | -      | 3,37   |
| 02.02.06.044 | TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA  | 12,01  | -      | 12,01  |
| 02.02.06.045 | TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE  | 12,01  | -      | 12,01  |
| 02.02.01.075 | TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS   | 6,55   | -      | 6,55   |



|              |   |          |        |          |
|--------------|---|----------|--------|----------|
| 02.11.06.022 | TESTE DE VISA0 DE CORES (Binocular)   | 3,37     | -      | 3,37     |
| 02.11.05.014 | TESTE DE WADA   | 1.707,05 | -      | 1.707,05 |
| 02.02.02.054 | TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)  | 2,73     | -      | 2,73     |
| 02.12.01.006 | TESTE DO ACIDO NUCLEICO (NAT) EM AMOSTRAS DE SANGUE DO DOADOR DE SANGUE.  | -        | 9,34   | 9,34     |
| 02.08.03.005 | TESTE DO PERCLORATO C/ RADIOISOTOPO   | 107,40   | -      | 107,40   |
| 02.02.03.112 | TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS   | 10,00    | -      | 10,00    |
| 02.02.03.113 | TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS   | 10,00    | -      | 10,00    |
| 02.02.12.009 | TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)  | 2,73     | -      | 2,73     |
| 02.02.03.111 | TESTE NAO TREPONEMICO P/ DETECCAO DE SIFILIS  | 2,83     | -      | 2,83     |
| 02.02.03.117 | TESTE NAO TREPONEMICO P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTES   | 2,83     | -      | 2,83     |
| 02.11.06.023 | TESTE ORTOPTICO (Binocular)   | 12,34    | -      | 12,34    |
| 02.11.06.024 | TESTE P/ ADAPTACAO DE LENTE DE CONTATO Binocular)   | 12,34    | -      | 12,34    |
| 02.02.06.046 | TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS   | 8,43     | -      | 8,43     |
| 02.02.03.109 | TESTE TREPONEMICO P/ DETECCAO DE SIFILIS  | 4,10     | -      | 4,10     |
| 02.11.07.032 | TESTES ACUMETRICOS (DIAPASAO)   | 1,37     | -      | 1,37     |
| 02.02.03.114 | TESTES ALERGICOS DE CONTATO   | 1,77     | -      | 1,77     |
| 02.11.07.033 | TESTES AUDITIVOS SUPRALIMINARES   | 1,37     | -      | 1,37     |
| 02.02.03.115 | TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA   | 1,77     | -      | 1,77     |
| 02.11.07.034 | TESTES DE PROCESSAMENTO AUDITIVO  | 9,36     | -      | 9,36     |
| 02.11.07.035 | TESTES VESTIBULARES - OTONEUROLÓGICOS (VECTOELETRONISTAGMOGRAFIA COMPUTADORIZADA TESTES VESTIBULARES, COM PROVA CALÓRICA COM ELETRONISTAGMOGRAFIA TESTES VESTIBULARES COM ECTOELETRONISTAGMOGRAFIA ELETROMIOTAGMOGRAFIA) (Valor alterado pela resolução nº. 310/2019, de 16/07/2019). | 12,12    | 237,88 | 250,00   |
| 02.02.12.010 | TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B  | 5,79     | -      | 5,79     |
| 02.11.04.006 | TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO   | 1,69     | -      | 1,69     |
| 02.06.03.001 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR  | 138,63   | -      | 138,63   |
| 02.06.03.002 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR   | 86,75    | -      | 86,75    |
| 02.06.02.001 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR   | 86,75    | -      | 86,75    |



|              |  |          |        |          |
|--------------|--|----------|--------|----------|
| 02.06.01.001 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE   | 86,76    | -      | 86,76    |
| 02.06.01.002 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE  | 101,10   | -      | 101,10   |
| 02.06.01.003 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE   | 86,76    | -      | 86,76    |
| 02.06.01.004 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES                         | 86,75    | -      | 86,75    |
| 02.06.03.003 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR   | 138,63   | -      | 138,63   |
| 02.06.02.002 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRACO, MAO, COXA, PERNA, PE)               | 86,75    | -      | 86,75    |
| 02.06.01.006 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA   | 97,44    | -      | 97,44    |
| 02.06.02.003 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX  | 136,41   | -      | 136,41   |
| 02.06.01.007 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO   | 97,44    | -      | 97,44    |
| 02.06.01.005 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO  | 86,75    | -      | 86,75    |
| 90.01.01.019 | TOMOGRAFIA DE COERENCIA OPTICA - BINOCULAR   | -        | 300,00 | 300,00   |
| 02.06.02.004 | TOMOGRAFIA DE HEMITORAX, PULMAO OU DO MEDIASTINO   | 136,41   | -      | 136,41   |
| 02.06.01.009 | TOMOGRAFIA POR EMISSAO DE POSITRONS (PET-CT)   | 2.107,22 | -      | 2.107,22 |
| 02.06.01.008 | TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA  | 138,63   | -      | 138,63   |
| 02.11.06.025 | TONOMETRIA (Binocular)   | 3,37     | -      | 3,37     |
| 02.11.06.026 | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CORNEA (Monocular)   | 24,24    | -      | 24,24    |
| 04.12.05.017 | TORACOCENTESE OU PUNÇÃO PLEURAL (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)  | 54,97    | 293,99 | 348,96   |
| 04.05.05.032 | TRABECULECTOMIA (Valor alterado pela resolução nº. 208/2018, de 15/05/2018)                                    | 898,35   | -      | 898,35   |
| 04.05.03.010 | TRATAMENTO CIRURGICO DE DEISCENCIA DE SUTURA DE ESCLERA (incluído pela resolução nº. 207/2018, de 09/05/2018). | 159,37   | -      | 159,37   |
| 04.05.05.036 | TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO (Valor alterado pela resolução nº. 208/2018, de 15/05/2018)                   | 209,55   | -      | 209,55   |
| 03.07.01.005 | TRATAMENTO DE NEURALGIAS FACIAIS   | 10,82    | -      | 10,82    |
| 02.11.07.036 | TRIAGEM AUDITIVA DE ESCOLARES  | 12,00    | -      | 12,00    |
| 02.05.02.014 | ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA  | 24,20    | 19,80  | 44,00    |
| 90.01.01.016 | ULTRASSONOGRAFIA CERVICAL COM DOPPLER  | -        | 140,00 | 140,00   |
| 02.05.02.003 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR   | 24,20    | 25,80  | 50,00    |
| 02.05.02.004 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL  | 37,95    | 12,05  | 50,00    |



|              |  |       |        |        |
|--------------|--|-------|--------|--------|
| 02.05.02.005 | ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO   | 24,20 | 19,80  | 44,00  |
| 02.05.02.006 | ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO   | 24,20 | 25,80  | 50,00  |
| 02.05.02.007 | ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL  | 24,20 | 25,80  | 50,00  |
| 90.01.01.005 | ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER  | -     | 50,00  | 50,00  |
| 90.01.01.032 | ULTRASSONOGRRAFIA DE ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL, AXILAS, MÚSCULO OU TENDÃO)                   | -     | 50,00  | 50,00  |
| 02.05.02.008 | ULTRASSONOGRRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)   | 24,20 | -      | 24,20  |
| 02.05.02.021 | ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMA BILATERAL PARA AVALIACAO DE POSSIVEIS COMPLICACOES DE IMPLANTE DE PROTESE  | 24,20 | 25,80  | 50,00  |
| 02.05.02.020 | ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMA UNILATERAL PARA AVALIACAO DE POSSIVEIS COMPLICACOES DE IMPLANTE DE PROTESE | 12,10 | 12,90  | 25,00  |
| 90.01.01.001 | ULTRASSONOGRRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL  | -     | 50,00  | 50,00  |
| 02.05.02.011 | ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)   | 24,20 | 25,80  | 50,00  |
| 02.05.02.010 | ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL  | 24,20 | 25,80  | 50,00  |
| 02.05.02.012 | ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE  | 24,20 | 25,80  | 50,00  |
| 02.05.02.013 | ULTRASSONOGRRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)   | 24,20 | 25,80  | 50,00  |
| 02.05.01.005 | ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO  | 42,90 | 37,10  | 80,00  |
| 02.05.02.009 | ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL  | 24,20 | 25,80  | 50,00  |
| 02.05.02.015 | ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO   | 39,60 | 40,40  | 80,00  |
| 90.01.01.002 | ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA MORFOLOGICA   | -     | 110,00 | 110,00 |
| 02.05.02.016 | ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)   | 24,20 | 19,80  | 44,00  |
| 90.01.01.004 | ULTRASSONOGRRAFIA TIREOIDE COM DOPPLER   | -     | 110,00 | 110,00 |
| 02.05.02.017 | ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA   | 24,20 | 71,85  | 96,05  |
| 02.05.02.018 | ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL   | 24,20 | 25,80  | 50,00  |
| 90.01.01.015 | ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL COM DOPPLER   | -     | 110,00 | 110,00 |
| 90.01.01.008 | ULTRASSONOGRRAFIA VASCULAR DOPPLER COLORIDO  | -     | 130,00 | 130,00 |
| 02.04.05.017 | URETROCISTOGRAFIA  | 52,11 | 185,92 | 238,03 |
| 02.11.09.007 | UROFLUXOMETRIA   | 8,82  | 70,32  | 79,14  |
| 02.04.05.018 | UROGRAFIA VENOSA   | 57,40 | 44,13  | 101,53 |
| 90.01.01.124 | VIDEODEGLUTOGRAMA  | -     | 281,15 | 281,15 |



|              |  |          |        |          |
|--------------|--|----------|--------|----------|
| 02.11.05.015 | VIDEO-ELETROENCEFALOGRAMA C/ REGISTRO PROLONGADO   | 27,00    | -      | 27,00    |
| 02.09.01.006 | VIDEOLAPAROSCOPIA  | 95,00    | -      | 95,00    |
| 02.09.04.004 | VIDEOLARINGOSCOPIA (Valor alterado pela resolução nº. 310/2019, de 16/07/2019).  | 45,50    | 69,85  | 115,35   |
| 90.01.01.126 | VIDEO-NASOFIBROSCOPIA FLEXÍVEL/VIDEO-ENDOSCOPIA NASO-SINUSAL COM ÓTICA FLEXÍVEL (Valor alterado pela resolução nº. 310/2019, de 16/07/2019). | 0,00     | 80,78  | 80,78    |
| 04.05.03.013 | VITRECTOMIA ANTERIOR   | 381,08   | -      | 381,08   |
| 04.05.03.017 | VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSAO DE PERFLUOCARBONO/OLEO DE SILICONE/ENDOLASER   | 3.283,41 | -      | 3.283,41 |
| 01.01.02.005 | Aplicação de Cariostático - por arcada (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | -        | 22,10  | 22,10    |
| 01.01.02.006 | Aplicação de selante - técnica invasiva (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | -        | 20,40  | 20,40    |
| 02.01.01.023 | Biópsia de Glândula Salivar (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018). (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).    | 31,27    | 99,63  | 130,90   |
| 02.04.01.016 | Radiografia Oclusal (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | 3,51     | 27,09  | 30,60    |
| 02.04.01.018 | Radiografia Interproximal - Bite-Wing (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | 1,75     | 13,55  | 15,30    |
| 03.01.01.015 | Consulta Odontológica Inicial (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | -        | 22,10  | 22,10    |
| 03.07.01.001 | Capeamento Pulpar Direto (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | -        | 11,90  | 11,90    |
| 03.07.02.002 | Curativo de Demora em Endodontia (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | -        | 44,20  | 44,20    |
| 03.07.02.007 | Pulpotomia em dente decíduo (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | -        | 57,80  | 57,80    |
| 03.07.02.007 | Pulpotomia (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | -        | 57,80  | 57,80    |
| 03.07.02.008 | Retratamento Endodôntico Birradicular em dentes permanentes (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).                           | 5,71     | 317,29 | 323,00   |
| 03.07.02.009 | Retratamento Endodôntico Multirradicular em dentes permanentes (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).                        | 6,95     | 435,05 | 442,00   |
| 03.07.02.010 | Retratamento Endodôntico Unirradicular em dentes permanentes (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).                          | 4,41     | 199,59 | 204,00   |
| 03.07.03.002 | Raspagem Sub-gengival e Alisamento Radicular - <b>por SEXTANTE (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).</b>                    | -        | 42,50  | 42,50    |
| 03.07.03.004 | Remoção dos Fatores de Retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana) (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).                 | -        | 22,10  | 22,10    |
| 03.07.03.005 | Raspagem Supra-gengival (incluído Polimento Coronário) – <b>por SEXTANTE (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).</b>          | -        | 9,52   | 9,52     |
| 03.07.04.008 | Reembasamento de Coroa Provisória (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | 1,16     | 20,94  | 22,10    |



|              |  |        |        |        |
|--------------|--|--------|--------|--------|
| 03.07.04.015 | Ajuste Oclusal por Acréscimo (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | -      | 8,50   | 8,50   |
| 03.07.04.015 | Ajuste Oclusal por desgaste seletivo (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | -      | 8,50   | 8,50   |
| 04.01.01.010 | Incisão e Drenagem Extra Oral de Abscesso, Hematoma e/ou Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).                       | 11,84  | 62,96  | 74,80  |
| 04.04.02.054 | Redução Cruenta de Fratura Alvéolo Dentária (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | 52,00  | 152,00 | 204,00 |
| 04.04.02.057 | Redução Incurta de Fratura Alvéolo-Dentária (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | 123,07 | 9,17   | 113,90 |
| 04.04.02.061 | Redução Simples de Luxação de Articulação Têmporo-Mandibular (ATM) (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | 33,01  | 65,59  | 98,60  |
| 04.04.02.065 | Remoção de Odontoma (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | 341,20 | 29,40  | 370,60 |
| 04.14.01.034 | Exérese ou Excisão de Cálculo Salivar (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | 672,62 | 543,42 | 129,20 |
| 04.14.02.002 | Apicetomia Birradiculares com Obturação Retrógrada (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | 21,92  | 301,08 | 323,00 |
| 04.14.02.002 | Apicetomia Birradiculares sem Obturação Retrógrada (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | 21,92  | 284,08 | 306,00 |
| 04.14.02.003 | Aprofundamento/Aumento de Vestíbulo (Sulcoplastia) – por arcada Apicetomia Unirradiculares sem Obturação Retrógrada (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018). | 21,92  | 148,08 | 170,00 |
| 04.14.02.008 | Enxerto Gengival Livre - por segmento (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | 12,98  | 327,02 | 340,00 |
| 04.14.02.012 | Exodontia Simples de Decíduo (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | -      | 102,00 | 102,00 |
| 04.14.02.013 | Exodontia Simples de Permanente (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | -      | 102,00 | 102,00 |
| 04.14.02.015 | Gingivectomia - por segmento (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | 15,02  | 239,98 | 255,00 |
| 04.14.02.016 | Gingivoplastia - por segmento (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | 12,98  | 242,02 | 255,00 |
| 04.14.02.021 | Odonto-Seção (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | 19,18  | 35,22  | 54,40  |
| 04.14.02.021 | Tunelização (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | 19,18  | 118,52 | 137,70 |
| 04.14.02.022 | Reconstrução de Sulco Gengivo-labial (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | -      | 370,60 | 370,60 |
| 04.14.02.026 | Retirada de corpo estranho oroantral ou oronasal da região buco-maxilo facial (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).                                       | -      | 370,60 | 370,60 |
| 04.14.02.027 | Remoção de Dentes Inclusos / Impactados (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | 22,72  | 283,28 | 306,00 |
| 04.14.02.029 | Cirurgia para Torus Palatino (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | 11,36  | 483,34 | 494,70 |
| 04.14.02.038 | Tratamento de Alveolite (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | -      | 44,20  | 44,20  |
| 04.14.02.040 | Ulectomia (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | -      | 81,60  | 81,60  |
| 04.14.02.040 | Ulotomia (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | -      | 25,50  | 25,50  |
| 07.01.07.005 | Coroa Provisória com Pino (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | 23,54  | 285,86 | 309,40 |





|              |  |       |        |        |
|--------------|--|-------|--------|--------|
| 07.01.07.005 | Coroa Provisória sem Pino (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | 23,54 | 285,86 | 309,40 |
| 07.01.07.005 | Coroa Provisória com Pino (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | -     | 309,40 | 309,40 |
| 07.01.07.005 | Coroa Provisória sem Pino (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | -     | 309,40 | 309,40 |
| 90.02.01.001 | Consulta odontológica (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | -     | 22,10  | 22,10  |
| 90.02.01.002 | Consulta Odontológica de Urgência (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | -     | 44,20  | 44,20  |
| 90.02.01.002 | Consulta Odontológica de Urgência (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | -     | 44,20  | 44,20  |
| 90.02.01.003 | Consulta Odontológica de Urgência 24 horas (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | -     | 88,40  | 88,40  |
| 90.02.01.003 | Consulta Odontológica de Urgência 24 horas (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | -     | 88,40  | 88,40  |
| 90.02.01.004 | Consulta Odontológica para Avaliação Técnica de Auditoria (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).                                     | -     | 25,50  | 25,50  |
| 90.02.01.005 | Colagem de Fragmentos Dentários (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | -     | 44,20  | 44,20  |
| 90.02.01.006 | Controle de Hemorragia com Aplicação de Agente Hemostático em região Buco-maxilo-facial (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).       | -     | 44,20  | 44,20  |
| 90.02.01.007 | Controle de Hemorragia sem Aplicação de Agente Hemostático em região Buco-maxilo-facial (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).       | -     | 44,20  | 44,20  |
| 90.02.01.008 | Imobilização Dentária em Dentes Decíduos (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | -     | 44,20  | 44,20  |
| 90.02.01.009 | Imobilização Dentária em Dentes Permanentes (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | -     | 44,20  | 44,20  |
| 90.02.01.010 | Incisão e Drenagem Intra Oral de Abscesso, Hematoma e/ou Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018). | -     | 44,20  | 44,20  |
| 90.02.01.011 | Recimentação de Trabalhos Protéticos (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | -     | 44,20  | 44,20  |
| 90.02.01.011 | Restauração Atraumática em Dente Decíduo (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | -     | 22,10  | 22,10  |
| 90.02.01.012 | Reimplante Dentário com Contenção (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | -     | 154,70 | 154,70 |
| 90.02.01.013 | Remoção de Dreno Extra-Oral (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | -     | 44,20  | 44,20  |
| 90.02.01.014 | Remoção de Dreno Intra-Oral (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | -     | 44,20  | 44,20  |
| 90.02.01.015 | Sutura de Ferida em região Buco-Maxilo-Facial (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | -     | 44,20  | 44,20  |
| 90.02.01.016 | Tratamento de Abscesso Periodontal agudo (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | -     | 44,20  | 44,20  |
| 90.02.01.017 | Tratamento de Odontalgia Aguda (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | -     | 44,20  | 44,20  |
| 90.02.01.018 | Tratamento de Pericoronarite (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | -     | 44,20  | 44,20  |
| 90.02.01.019 | Condicionamento em Odontologia (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | -     | 44,20  | 44,20  |
| 90.02.01.019 | Condicionamento em Odontologia (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | -     | 44,20  | 44,20  |



|              |  |   |        |        |
|--------------|--|---|--------|--------|
| 90.02.01.020 | Condicionamento em Odontologia para pacientes com necessidades especiais (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | - | 44,20  | 44,20  |
| 90.02.01.020 | Condicionamento em Odontologia para pacientes com necessidades especiais (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | - | 44,20  | 44,20  |
| 90.02.01.021 | Estabilização de Paciente por Meio de Contenção Física e ou Mecânica (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | - | 44,20  | 44,20  |
| 90.02.01.022 | Estabilização de Paciente por Meio de Contenção Física e ou Mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018). | - | 44,20  | 44,20  |
| 90.02.01.023 | Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico) (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | - | 15,30  | 15,30  |
| 90.02.01.024 | Radiografia Panorâmica de Mandíbula / Maxila (ortopantomografia) (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | - | 74,80  | 74,80  |
| 90.02.01.025 | Radiografia Periapical (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | - | 15,30  | 15,30  |
| 90.02.01.026 | Diagnóstico Anatomopatológico em Citologia Esfoliativa na região Buco-maxilo-facial (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | - | 153,00 | 153,00 |
| 90.02.01.027 | Diagnóstico Anatomopatológico em Material de Biópsia na Região Buco-maxilo-facial (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | - | 153,00 | 153,00 |
| 90.02.01.028 | Diagnóstico Anatomopatológico em Peça Cirúrgica na Região Buco-maxilo-facial (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | - | 153,00 | 153,00 |
| 90.02.01.029 | Diagnóstico Anatomopatológico em Punção na Região Buco-maxilo-facial (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | - | 153,00 | 153,00 |
| 90.02.01.030 | Teste de Fluxo Salivar (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | - | 98,60  | 98,60  |
| 90.02.01.031 | Teste de PH da Saliva (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | - | 35,70  | 35,70  |
| 90.02.01.032 | Aplicação de Selante de Fóssulas e Fissuras - por elemento (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | - | 20,40  | 20,40  |
| 90.02.01.033 | Aplicação Tópica de Verniz Fluoretado (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | - | 8,50   | 8,50   |
| 90.02.01.033 | Coroa de Acetato em Dente Decíduo (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | - | 309,40 | 309,40 |
| 90.02.01.033 | Coroa de Acetato em Dente Decíduo (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | - | 309,40 | 309,40 |
| 90.02.01.034 | Coroa de Acetato em Dente Permanente (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | - | 309,40 | 309,40 |
| 90.02.01.034 | Coroa de Acetato em Dente Permanente (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | - | 309,40 | 309,40 |
| 90.02.01.035 | Coroa de Aço em Dente Decíduo (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | - | 98,60  | 98,60  |
| 90.02.01.035 | Coroa de Aço em Dente Decíduo (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | - | 98,60  | 98,60  |
| 90.02.01.036 | Coroa de Aço em Dente Permanente (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | - | 98,60  | 98,60  |
| 90.02.01.036 | Coroa de Aço em Dente Permanente (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | - | 98,60  | 98,60  |



|              |  |   |        |        |
|--------------|--|---|--------|--------|
| 90.02.01.037 | Coroa de Policarbonato em Dente Decíduo (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).         | - | 309,40 | 309,40 |
| 90.02.01.037 | Coroa de Policarbonato em Dente Decíduo (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).         | - | 309,40 | 309,40 |
| 90.02.01.038 | Coroa de Policarbonato em Dente Permanente (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).      | - | 309,40 | 309,40 |
| 90.02.01.038 | Coroa de Policarbonato em Dente Permanente (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).      | - | 309,40 | 309,40 |
| 90.02.01.039 | Remineralização Dentária (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).                        | - | 34,00  | 34,00  |
| 90.02.01.040 | Restauração Atraumática em Dente Decíduo (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).        | - | 22,10  | 22,10  |
| 90.02.01.041 | Restauração em Ionômero de Vidro - 4 facas (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).      | - | 37,40  | 37,40  |
| 90.02.01.041 | Restauração em Ionômero de Vidro - 4 facas (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).      | - | 37,40  | 37,40  |
| 90.02.01.042 | Restauração em Ionômero de Vidro - 1 face (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).       | - | 37,40  | 37,40  |
| 90.02.01.042 | Restauração em Ionômero de Vidro - 1 face (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).       | - | 37,40  | 37,40  |
| 90.02.01.043 | Restauração em Ionômero de Vidro - 2 facas (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).      | - | 37,40  | 37,40  |
| 90.02.01.043 | Restauração em Ionômero de Vidro - 2 facas (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).      | - | 37,40  | 37,40  |
| 90.02.01.044 | Restauração em Ionômero de Vidro - 3 facas (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).      | - | 37,40  | 37,40  |
| 90.02.01.044 | Restauração em Ionômero de Vidro - 3 facas (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).      | - | 37,40  | 37,40  |
| 90.02.01.045 | Tratamento Endodôntico em Dente Decíduo (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).         | - | 102,00 | 102,00 |
| 90.02.01.045 | Tratamento Endodôntico em Dente Decíduo (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).         | - | 102,00 | 102,00 |
| 90.02.01.046 | Adequação do meio bucal (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).                         | - | 22,10  | 22,10  |
| 90.02.01.047 | Faceta Direta em Resina Fotopolimerizável (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).       | - | 71,40  | 71,40  |
| 90.02.01.048 | Núcleo de Preenchimento (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).                         | - | 44,20  | 44,20  |
| 90.02.01.048 | Núcleo de Preenchimento (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).                         | - | 44,20  | 44,20  |
| 90.02.01.049 | Restauração Atraumática em Dente Permanente (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).     | - | 22,10  | 22,10  |
| 90.02.01.050 | Restauração de Amálgama - 4 facas (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).               | - | 71,40  | 71,40  |
| 90.02.01.051 | Restauração de Amálgama - 1 face (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).                | - | 44,20  | 44,20  |
| 90.02.01.052 | Restauração de Amálgama - 2 facas (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).               | - | 51,00  | 51,00  |
| 90.02.01.053 | Restauração de Amálgama - 3 facas (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).               | - | 71,40  | 71,40  |
| 90.02.01.054 | Restauração em Resina Fotopolimerizável 1 face (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | - | 44,20  | 44,20  |
| 90.02.01.055 | Restauração em Resina Fotopolimerizável 2 facas (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018). | - | 51,00  | 51,00  |
| 90.02.01.056 | Restauração em Resina Fotopolimerizável 3 facas (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018). | - | 71,40  | 71,40  |



|              |   |   |        |        |
|--------------|---|---|--------|--------|
| 90.02.01.057 | Restauração em Resina Fotopolimerizável 4 faces / ângulo (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).               | - | 88,40  | 88,40  |
| 90.02.01.058 | Restauração Temporária/Tratamento Expectante (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).                           | - | 22,10  | 22,10  |
| 90.02.01.059 | Pulpectomia (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | - | 57,80  | 57,80  |
| 90.02.01.060 | Remoção de Corpo Estranho Intra-Canal (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).                                  | - | 35,70  | 35,70  |
| 90.02.01.061 | Remoção de Material Obturador Intracanal para Retratamento Endodôntico (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018). | - | 22,10  | 22,10  |
| 90.02.01.062 | Remoção de Núcleo Intra-Radicular (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).                                      | - | 35,70  | 35,70  |
| 90.02.01.062 | Remoção de Núcleo Intra-Radicular (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).                                      | - | 35,70  | 35,70  |
| 90.02.01.063 | Remoção de Trabalho Protético (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | - | 35,70  | 35,70  |
| 90.02.01.063 | Remoção de Trabalho Protético (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | - | 35,70  | 35,70  |
| 90.02.01.064 | Tratamento de Perfuração Endodôntica (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).                                   | - | 110,50 | 110,50 |
| 90.02.01.065 | Tratamento Endodôntico Birradicular em dentes permanentes (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).              | - | 272,00 | 272,00 |
| 90.02.01.066 | Tratamento Endodôntico de Dente com Rizogênese Incompleta (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).              | - | 102,00 | 102,00 |
| 90.02.01.067 | Tratamento Endodôntico Multirradicular em dentes permanentes (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).           | - | 380,80 | 380,80 |
| 90.02.01.068 | Tratamento Endodôntico Unirradicular em dentes permanentes (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).             | - | 170,00 | 170,00 |
| 90.02.01.069 | Amputação Radicular com Obturação Retrógrada (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).                           | - | 44,20  | 44,20  |
| 90.02.01.069 | Amputação Radicular com Obturação Retrógrada (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).                           | - | 44,20  | 44,20  |
| 90.02.01.070 | Amputação Radicular sem Obturação Retrógrada (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).                           | - | 44,20  | 44,20  |
| 90.02.01.070 | Amputação Radicular sem Obturação Retrógrada (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).                           | - | 44,20  | 44,20  |
| 90.02.01.071 | Aumento de Coroa Clínica (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | - | 255,00 | 255,00 |
| 90.02.01.072 | Cirurgia Odontológica a Retalho (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | - | 170,00 | 170,00 |
| 90.02.01.072 | Cirurgia Odontológica a Retalho (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | - | 170,00 | 170,00 |
| 90.02.01.073 | Cirurgia Periodontal a Retalho - por segmento (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).                          | - | 255,00 | 255,00 |
| 90.02.01.074 | Cunha Proximal (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | - | 170,00 | 170,00 |
| 90.02.01.075 | Dessensibilização Dentária (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | - | 8,50   | 8,50   |
| 90.02.01.076 | Enxerto Pediculado - por segmento (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).                                      | - | 255,00 | 255,00 |
| 90.02.01.077 | Coroa Total em Cerômero (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | - | 370,60 | 370,60 |



|              |   |   |        |        |
|--------------|---|---|--------|--------|
| 90.02.01.078 | Coroa Total Metálica (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | - | 370,60 | 370,60 |
| 90.02.01.079 | Núcleo Metálico Fundido (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | - | 221,00 | 221,00 |
| 90.02.01.080 | Pino Pré Fabricado (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | - | 22,10  | 22,10  |
| 90.02.01.081 | Preparo para Núcleo Intrarradicular (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | - | 22,10  | 22,10  |
| 90.02.01.082 | Provisório para Restauração Metálica Fundida (RMF) (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).                             | - | 22,10  | 22,10  |
| 90.02.01.083 | Restauração Metálica Fundida - inclui a peça protética (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).                         | - | 370,60 | 370,60 |
| 90.02.01.084 | Alveoloplastia - por segmento (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | - | 129,20 | 129,20 |
| 90.02.01.085 | Apicetomia Multirradiculares com Obturação Retrógrada (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).                          | - | 425,00 | 425,00 |
| 90.02.01.086 | Apicetomia Multirradiculares sem Obturação Retrógrada (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).                          | - | 408,00 | 408,00 |
| 90.02.01.087 | Apicetomia Unirradiculares com Obturação Retrógrada (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).                            | - | 204,00 | 204,00 |
| 90.02.01.088 | Apicetomia Unirradiculares sem Obturação Retrógrada (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).                            | - | 170,00 | 170,00 |
| 90.02.01.089 | Biópsia de Boca (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | - | 130,90 | 130,90 |
| 90.02.01.090 | Biópsia de Lábio (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | - | 130,90 | 130,90 |
| 90.02.01.091 | Biópsia de Língua (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | - | 130,90 | 130,90 |
| 90.02.01.092 | Biópsia de Mandíbula (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | - | 130,90 | 130,90 |
| 90.02.01.093 | Biópsia de Maxila (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | - | 130,90 | 130,90 |
| 90.02.01.094 | Bridectomia - por arcada (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | - | 112,20 | 112,20 |
| 90.02.01.095 | Bridotomia - por arcada (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | - | 112,20 | 112,20 |
| 90.02.01.096 | Cirurgia para exostose maxilar (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | - | 494,70 | 494,70 |
| 90.02.01.097 | Cirurgia para Tôrus Mandibular – Bilateral (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).                                     | - | 255,00 | 255,00 |
| 90.02.01.098 | Cirurgia para Tôrus Mandibular - Unilateral (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).                                    | - | 255,00 | 255,00 |
| 90.02.01.099 | Coleta de Raspado em Lesões ou Sítios Específicos da Região Buco-maxilo-facial (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018). | - | 22,10  | 22,10  |
| 90.02.01.100 | Exérese de Lipoma na região buco-maxilo facial (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).                                 | - | 306,00 | 306,00 |
| 90.02.01.101 | Exérese ou Excisão de Cistos Odontológicos (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).                                     | - | 370,60 | 370,60 |
| 90.02.01.102 | Exérese ou Excisão de Mucocèle (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | - | 306,00 | 306,00 |
| 90.02.01.103 | Exérese ou Excisão de Rânula (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | - | 306,00 | 306,00 |
| 90.02.01.104 | Exodontia a Retalho (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | - | 170,00 | 170,00 |



|                |  |        |        |        |
|----------------|--|--------|--------|--------|
| 90.02.01.105   | Exodontia de Permanente por Indicação Ortodôntica/protética (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | -      | 102,00 | 102,00 |
| 90.02.01.106   | Exodontia de Raiz Residual (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | -      | 102,00 | 102,00 |
| 90.02.01.107   | Frenulectomia Lingual (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | -      | 64,60  | 64,60  |
| 90.02.01.108   | Frenulectomia Labial (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | -      | 64,60  | 64,60  |
| 90.02.01.109   | Frenulotomia Labial (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | -      | 64,60  | 64,60  |
| 90.02.01.110   | Frenulotomia Lingual (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | -      | 64,60  | 64,60  |
| 90.02.01.111   | Punção Aspirativa na Região Buco-maxilo-facial (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | -      | 22,10  | 22,10  |
| 90.02.01.112   | Remoção de Dentes Semi-inclusos / impactados (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | -      | 204,00 | 204,00 |
| 90.02.01.113   | Tratamento Cirúrgico das Fístulas Buco-nasal (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | -      | 370,60 | 370,60 |
| 90.02.01.114   | Tratamento Cirúrgico das Fístulas Buco-sinusal (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | -      | 370,60 | 370,60 |
| 90.02.01.115   | Tratamento Cirúrgico de Hiperplasias de Tecidos Moles na Região Buco-maxilo-facial (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | -      | 370,60 | 370,60 |
| 90.02.01.116   | Tratamento Cirúrgico de Hiperplasias de Tecidos Ósseos / Cartilagosos na Região Buco-maxilo-facial (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | -      | 370,60 | 370,60 |
| 90.02.01.117   | Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos de Tecidos Ósseos / Cartilagosos na Região Buco-maxilo-facial (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).  | -      | 370,60 | 370,60 |
| 90.02.01.118   | Tratamento Cirúrgico dos Tumores Benignos de Tecidos Moles na Região Buco-maxilo-facial (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | -      | 370,60 | 370,60 |
| 90.02.01.119   | Tratamento Cirúrgico para Tumores Odontogênicos Benignos - sem reconstrução (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | -      | 370,60 | 370,60 |
| 90.02.01.120   | Tratamento conservador de luxação da articulação temporo mandibular (ATM) (incluído pela resolução nº. 236/2018, de 13/09/2018).   | -      | 44,20  | 44,20  |
| 02.02.10.014   | DOSAGEM QUANTITATIVA DE CARNITINA, PERFIL DE ACILCARNITINAS (incluído pela resolução nº. 244/2018, de 25/10/2018).   | -      | 590,00 | 590,00 |
| 03.09.07.001   | TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL) (incluído pela resolução nº. 253/2018, de 12/11/2018).   | 300,78 | 549,22 | 850,00 |
| 03.09.07.002   | TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (BILATERAL) (incluído pela resolução nº. 253/2018, de 12/11/2018).  | 392,62 |        | 392,62 |
| 90.01.01.004   | Procedimento Diagnóstico por Imunofluorescência (incluído pela resolução nº. 253/2018, de 12/11/2018).   | -      | 644,00 | 644,00 |
| 90.01.01.322-0 | AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA (AUDIOMETRIA TONAL LIMAR COM TESTE DE DISCRIMINAÇÃO, AUDIOMETRIA TONAL LIMAR INFANTIL CONDICIONADA, LOGOUDIOMETRIA (AUDIOMETRIA VOCAL – Pesquisa de Limiar de Inteligibilidade), AUDIOMETRIA VOCAL LIMAR COM | 0,00   | 72,00  | 72,00  |



|                |   |      |        |        |
|----------------|---|------|--------|--------|
|                | TESTE DE DISCRIMINAÇÃO IMPEDANCIOMETRIA (MITANCIOMETRIA)). (incluído pela resolução nº. 310/2019, de 16/07/2019).       |      |        |        |
| 90.01.01.323-0 | CURATIVO DE OUVIDO – UNILATERAL (incluído pela resolução nº. 310/2019, de 16/07/2019).                                  | 0,00 | 14,13  | 14,13  |
| 90.01.01.324-0 | REMOÇÃO DE CERUME – UNILATERAL (incluído pela resolução nº. 310/2019, de 16/07/2019).                                   | 0,00 | 40,00  | 40,00  |
| 90.01.01.325-0 | EPISTAXE – CAUTERIZAÇÃO (incluído pela resolução nº. 310/2019, de 16/07/2019).  | 0,00 | 60,00  | 60,00  |
| 90.01.01.326-0 | VIDEO-LARINGO – ESTROBOSCOPIA COM EDOSCÓPIO FLEXÍVEL (incluído pela resolução nº. 310/2019, de 16/07/2019).             | 0,00 | 115,35 | 115,35 |
| 90.01.01.327-0 | VIDEO-LARINGO – ESTROBOSCOPIA COM EDOSCÓPIO RÍGIDO (incluído pela resolução nº. 310/2019, de 16/07/2019).               | 0,00 | 115,35 | 115,35 |
| 04.04.01.030   | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA FARINGE, CAVIDADE AUDITIVA E NASAL (incluído pela resolução nº. 310/2019, de 16/07/2019). | 0,00 | 80,00  | 80,00  |
| 90.01.01.037   | IGE ESP (A310) - D. PTERONYSSINUS   | -    | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.038   | ALATOP - PAINEL DE INALANTES  | -    | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.039   | IGE ESP (D1) - ÁCAROS - D. PTERONYSSINUS  | -    | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.041   | IGE ESP (D2) - ÁCAROS - D. FARINAE  | -    | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.044   | IGE ESP (D201) - ÁCAROS - BLOMIA TROPICALIS   | -    | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.046   | IGE ESP (D70) - ÁCAROS - ACARUS SIRO  | -    | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.050   | IGE ESP (E1) - EPITÉLIOS - CASPA DE GATO  | -    | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.056   | IGE ESP (E2) - EPITÉLIOS - PÊLO DE CÃO  | -    | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.057   | IGE ESP (E5) - EPITÉLIOS - CASPA DE CACHORRO  | -    | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.060   | IGE PAINEL (EX1) - ANIMAIS  | -    | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.062   | IGE PAINEL (EX2) - EPITÉLIOS ANIMAIS  | -    | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.067   | IGE ESP (F1) - ALIMENTOS - CLARA DE OVO   | -    | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.068   | IGE ESP (F13) - ALIMENTOS - AMENDOIM  | -    | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.069   | IGE ESP (F14) - ALIMENTOS - SOJA  | -    | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.070   | IGE ESP (F2) - ALIMENTOS - LEITE  | -    | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.071   | IGE ESP (F24) - ALIMENTOS - CAMARÃO   | -    | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.072   | IGE ESP (F245) - ALIMENTOS - OVO  | -    | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.073   | IGE ESP (F25) - ALIMENTOS - TOMATE  | -    | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.074   | IGE ESP (F26) - ALIMENTOS - CARNE DE PORCO  | -    | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.075   | IGE ESP (F4) - ALIMENTOS - TRIGO  | -    | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.076   | IGE ESP (F75) - ALIMENTOS - GEMA DE OVO   | -    | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.077   | IGE ESP (F76)- ALIMENTOS - ALFA LACTOALBUMINA   | -    | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.078   | IGE ESP (F77)- ALIMENTOS - BETA LACTOGLOBULINA  | -    | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.079   | IGE ESP (F78) - ALIMENTOS - CASEÍNA   | -    | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.080   | IGE ESP (F79)- ALIMENTOS - GLÚTEN   | -    | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.081   | IGE ESP (F93) - ALIMENTOS - CACAU   | -    | 18,00  | 18,00  |



|              |   |   |       |       |
|--------------|---|---|-------|-------|
| 90.01.01.082 | IGE PAINEL (FX1) - ALIMENTOS                        | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.083 | IGE PAINEL (FX2) - ALIMENTOS                        | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.084 | IGE PAINEL (FX3) - ALIMENTOS                        | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.085 | IGE PAINEL (FX5) - ALIMENTOS                        | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.086 | IGE PAINEL (GX1) - GRAMÍNEAS                        | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.087 | IGE PAINEL (GX2) - GRAMÍNEAS                        | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.088 | IGE ESP (H2) - PÓ CASEIRO - HOLLISTER STIER         | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.089 | IGE PAINEL (HX2) - PÓ DE CASA                       | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.090 | IGE ESP (I6) - INSETOS - BARATA                     | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.091 | IGE ESP (I70) - INSETOS - FORMIGA DE FOGO           | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.092 | IGE ESP (I71) - INSETOS-MOSQUITO COMUM - PERNILONGO | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.093 | IGE ESP (K82) - OCUPACIONAIS - LÁTEX                | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.094 | IGE PAINEL (MP1) - FUNGOS                           | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.095 | IGE PAINEL (TX7) - ÁRVORES                          | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.096 | IGE ESP (C1) - DROGAS - PENICILINA G                | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.097 | IGE ESP (C2) - DROGAS - PENICILINA V                | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.098 | IGE ESP (C204) - DROGAS - AMOXILINA                 | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.112 | IGE ESP (C312) - PROTEÍNAS DO LEITE                 | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.127 | IGE ESP (C5) - DROGAS - AMPICILINA                  | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.039 | IGE ESP (D1) - ÁCAROS - D. PTERONYSSINUS            | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.041 | IGE ESP (D2) - ÁCAROS - D. FARINAE                  | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.044 | IGE ESP (D201) - ÁCAROS- BLOMIA TROPICALIS          | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.128 | IGE ESP (D202) - D. PTERONYSSINUS                   | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.129 | IGE ESP (D3) - ÁCAROS - D. MICROCERAS               | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.046 | IGE ESP (D70) - ÁCAROS - ACARUS SIRO                | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.130 | IGE ESP (D71) - ÁCARO - L. DESTRUCTOR               | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.131 | IGE ESP (D73) - ÁCAROS - G. DOMESTICUS              | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.132 | IGE ESP (D74) - ÁCAROS - E. MAYNEI                  | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.133 | IGE PAINEL (DX1) - ÁCAROS / PARTÍCULAS              | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.050 | IGE ESP (E1) - EPITÉLIOS - CASPA DE GATO            | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.056 | IGE ESP (E2) - EPITÉLIOS - PÊLO DE CÃO              | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.134 | IGE ESP (E201) - EPITÉLIOS - PENA DE CANÁRIO        | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.135 | IGE ESP (E3) - EPITÉLIOS - CASPA DE CAVALO          | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.136 | IGE ESP (E4) - EPITÉLIOS - CASPA DE BOI             | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.057 | IGE ESP (E5) - EPITÉLIOS - CASPA DE CACHORRO        | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.137 | IGE ESP (E85) - EPITÉLIOS - PENA DE GALINHA         | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.138 | IGE PAINEL (EP70) - ANIMAIS                         | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.139 | IGE PAINEL (EP71) - ANIMAIS                         | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.140 | IGE PAINEL (EP72) - ANIMAIS                         | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.141 | ERITROPOETINA                                       | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.060 | IGE PAINEL (EX1) - ANIMAIS                          | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.142 | IGE PAINEL (EX72) - PENAS                           | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.067 | IGE ESP (F1) - ALIMENTOS - CLARA DE OVO             | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.143 | IGE ESP (F10) - ALIMENTOS - GERGELIM                | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.144 | IGE ESP (F105) - ALIMENTOS - CHOCOLATE              | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.145 | IGE ESP (F11) - ALIMENTOS - TRIGO SARRACENO         | - | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.146 | IGE ESP (F12) - ALIMENTOS - ERVILHA                 | - | 18,00 | 18,00 |





|              |   |   |       |       |
|--------------|---|---|-------|-------|
| 90.01.01.068 | IGE ESP (F13) - ALIMENTOS - AMENDOIM            | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.069 | IGE ESP (F14) - ALIMENTOS - SOJA                | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.147 | IGE ESP (F15) - ALIMENTOS - FEIJÃO BRANCO       | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.148 | IGE ESP (F17) - ALIMENTOS - AVELÃ               | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.149 | IGE ESP (F18) - ALIMENTOS - CASTANHA DO PARÁ    | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.070 | IGE ESP (F2) - ALIMENTOS - LEITE                | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.150 | IGE ESP (F20) - ALIMENTOS - AMÊNDOA             | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.151 | IGE ESP (F202) - ALIMENTOS - CAJU               | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.152 | IGE ESP (F208) - ALIMENTOS - LIMÃO SICILIANO    | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.153 | IGE ESP (F210) - ALIMENTOS - ABACAXI            | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.154 | IGE ESP (F218) - ALIMENTOS - PÁPRICA            | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.282 | IGE ESP (F221) - ALIMENTOS - CAFÉ               | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.156 | IGE ESP (F23) - ALIMENTOS - CARANGUEJO - SIRI   | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.157 | IGE ESP (F231) - ALIMENTOS - LEITE FERVIDO      | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.158 | IGE ESP (F232) - ALIMENTOS - OVO ALBUMINA       | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.160 | IGE ESP (F233) - ALIMENTOS - OVOMUCÓIDE         | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.162 | IGE ESP (F234) - ALIMENTOS - BAUNILHA           | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.071 | IGE ESP (F24) - ALIMENTOS - CAMARÃO             | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.072 | IGE ESP (F245) - ALIMENTOS - OVO                | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.073 | IGE ESP (F25) - ALIMENTOS - TOMATE              | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.283 | IGE ESP (F256) - ALIMENTOS - NOZES              | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.284 | IGE ESP (F258) - ALIMENTOS - LULA               | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.166 | IGE ESP (F259) - ALIMENTOS - UVA                | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.074 | IGE ESP (F26) - ALIMENTOS - CARNE DE PORCO      | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.285 | IGE ESP (F263) - ALIMENTOS - PIMENTA VERDE      | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.168 | IGE ESP (F27) - ALIMENTOS - CARNE DE BOI        | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.169 | IGE ESP (F279) - ALIMENTOS - PIMENTA CHILI      | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.170 | IGE ESP (F280) - ALIMENTOS - PIMENTA PRETA      | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.286 | IGE ESP (F287) - ALIMENTOS - FEIJÃO VERMELHO    | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.287 | IGE ESP (F293) - ALIMENTOS - MAMÃO PAPAIA       | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.173 | IGE ESP (F299) - ALIMENTOS - CASTANHA           | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.174 | IGE ESP (F3) - ALIMENTOS - PEIXE - BACALHAU     | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.290 | IGE ESP (F31) - ALIMENTOS - CENOURA             | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.176 | IGE ESP (F33) - ALIMENTOS - LARANJA             | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.177 | IGE ESP (F36) - ALIMENTOS - COCO                | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.294 | IGE ESP (F37) - ALIMENTOS - MEXILHÃO AZUL       | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.075 | IGE ESP (F4) - ALIMENTOS - TRIGO                | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.179 | IGE ESP (F40) - ALIMENTOS - PEIXE - ATUM        | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.180 | IGE ESP (F41) - ALIMENTOS - SALMÃO              | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.225 | IGE ESP (F44) - ALIMENTOS - MORANGO             | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.226 | IGE ESP (F45) - ALIMENTOS - LEVEDURA - FERMENTO | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.227 | IGE ESP (F48) - ALIMENTOS - CEBOLA              | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.228 | IGE ESP (F49) - ALIMENTOS - MAÇÃ                | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.229 | IGE ESP (F5) - ALIMENTOS - CENTEIO              | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.230 | IGE ESP (F55) - ALIMENTOS - MILHO COMUM         | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.231 | IGE ESP (F6) - ALIMENTOS - CEVADA               | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.232 | IGE ESP (F7) - ALIMENTOS - AVEIA                | _ | 18,00 | 18,00 |



|              |  |   |       |       |
|--------------|--|---|-------|-------|
| 90.01.01.076 | IGE ESP (F75) - ALIMENTOS - GEMA DE OVO        | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.077 | IGE ESP (F76) - ALIMENTOS - ALFA LACTOALBUMINA | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.233 | IGE PAINEL (F76 E F77) - ALIMENTOS             | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.078 | IGE ESP (F77)- ALIMENTOS - BETA LACTOGLOBULINA | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.079 | IGE ESP (F78) - ALIMENTOS - CASEÍNA            | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.080 | IGE ESP (F79) - ALIMENTOS - GLÚTEN             | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.234 | IGE ESP (F8) - ALIMENTOS - MILHO               | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.235 | IGE ESP (F80) - ALIMENTOS - LAGOSTA            | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.236 | IGE ESP (F82) - ALIMENTOS - QUEIJO GORGONZOLA  | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.237 | IGE ESP (F83) - ALIMENTOS - CARNE DE FRANGO    | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.238 | IGE ESP (F84) - ALIMENTOS - KIWI               | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.239 | IGE ESP (F9) - ALIMENTOS - ARROZ               | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.240 | IGE ESP (F91) - ALIMENTOS - MANGA              | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.241 | IGE ESP (F92) - ALIMENTOS - BANANA             | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.081 | IGE ESP (F93) - ALIMENTOS - CACAU              | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.243 | IGE ESP (F94) - ALIMENTOS - PÊRA               | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.244 | IGE ESP (F96) - ALIMENTOS - ABACATE            | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.245 | IGE PAINEL (FP1) - ALIMENTOS                   | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.246 | IGE PAINEL (FP2) - ALIMENTOS                   | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.247 | IGE PAINEL (FP3) - ALIMENTOS                   | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.248 | IGE PAINEL (FP5) - ALIMENTOS                   | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.249 | IGE PAINEL (FP6) - ALIMENTOS                   | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.250 | IGE PAINEL (FP7) - ALIMENTOS                   | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.251 | IGE PAINEL (FP73) - ALIMENTOS                  | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.082 | IGE PAINEL (FX1) - ALIMENTOS                   | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.083 | IGE PAINEL (FX2) - ALIMENTOS                   | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.084 | IGE PAINEL (FX3) - ALIMENTOS                   | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.085 | IGE PAINEL (FX5) - ALIMENTOS                   | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.252 | IGE ESP (G2)- GRAMÍNEAS - GRAMA DAS BERMUDAS   | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.253 | IGE ESP (G202)- GRAMÍNEAS - MILHO CULTIVADO    | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.254 | IGE ESP (G5) - GRAMÍNEAS - CENTEIO PERENE      | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.255 | IGE PAINEL (GP2) - GRAMÍNEAS                   | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.086 | IGE PAINEL (GX1) - GRAMÍNEAS                   | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.087 | IGE PAINEL (GX2) - GRAMÍNEAS                   | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.256 | IGE PAINEL (GX3) - GRAMÍNEAS                   | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.302 | IGE ESP (H1) - PÓ CASEIRO - GREER LABORATORIES | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.303 | IGE ESP (H2) - PÓ CASEIRO - HOLLISTER STIER    | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.258 | HELICOBACTER PYLORI - ANTICORPOS IGG           | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.259 | IGE PAINEL (HX1) - POEIRA                      | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.260 | IGE ESP (I1) - INSETOS - ABELHA                | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.261 | IGE ESP (I204) - MOSCA DE CAVALO               | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.262 | IGE ESP (I3) - INSETOS - VESPA CAPA AMARELA    | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.263 | IGE ESP (I4) - INSETOS - MARIMBONDO            | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.090 | IGE ESP (I6) - INSETOS - BARATA                | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.091 | IGE ESP (I70) - INSETOS - FORMIGA DE FOGO      | _ | 18,00 | 18,00 |
| 90.01.01.092 | IGE ESP (I71) - INSETOS - MOSQUITO             | _ | 18,00 | 18,00 |



|                    |   |   |        |        |
|--------------------|---|---|--------|--------|
| 90.01.01.264       | IMUNOGLOBULINA E - IGE  | - | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.265       | IGE PAINEL (IX6) - INALANTES  | - | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.266       | IGE ESP (K20) - OCUPACIONAIS - LÃ   | - | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.093       | IGE ESP (K82) - OCUPACIONAIS - LÁTEX  | - | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.267       | IGE PAINEL (KX1) - OCUPACIONAIS   | - | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.268       | IGE ESP (M1) - FUNGOS - PENICILLIUM NOTATUM   | - | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.269       | IGE ESP (M2) - FUNGOS - C. HERBARUM   | - | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.270       | IGE ESP (M207) - FUNGOS - ASPERGILLUS NIGER   | - | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.271       | IGE ESP (M3) - FUNGOS - A. FUMIGATUS  | - | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.272       | IGE ESP (M5) - FUNGOS - CANDIDA ALBICANS  | - | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.273       | IGE ESP (M6) - FUNGOS - ALTERNARIA ALTERNATA  | - | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.274       | IGE ESP (M8) - FUNGOS - H. HALODES  | - | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.094       | IGE PAINEL (MP1) - FUNGOS   | - | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.094       | IGE PAINEL (MP1) - FUNGOS   | - | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.276       | IGE ESP (O1) - ALGODÃO  | - | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.277       | IGE ESP (O201) - TABACO   | - | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.097       | IGE ESP (C2) - DROGAS - PENICILINA V  | - | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.127       | IGE ESP (C5) - DROGAS - AMPICILINA  | - | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.039       | IGE ESP (D1) - ÁCAROS - D. PTERONYSSINUS  | - | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.041       | IGE ESP (D2) - ÁCAROS - D. FARINAE  | - | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.044       | IGE ESP (D201) - ÁCAROS - BLOMIA TROPICALIS   | - | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.129       | IGE ESP (D3) - ÁCAROS - D. MICROCERAS   | - | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.046       | IGE ESP (D70) - ÁCAROS - ACARUS SIRO  | - | 18,00  | 18,00  |
| 90.01.01.342<br>-0 | CORONAVÍRUS 2019 DETECÇÃO POR PCR (COVID19)<br>- Inserido emergencialmente pela Resolução nº 392, de 20 de março de 2020. Valor alterado pela Resolução nº 393, de 23 de março de 2020 e Resolução nº 605, de 21 de junho de 2021 | - | 111,65 | 111,65 |
| 90.01.02.001<br>-0 | PROC. C/ SEDACAO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR   | - | 530,00 | 530,00 |
| 90.01.02.002<br>-0 | PROC. C/ SEDACAO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR  | - | 480,00 | 480,00 |
| 90.01.02.003<br>-0 | PROC. C/ SEDACAO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR  | - | 480,00 | 480,00 |
| 90.01.02.004<br>-0 | PROC. C/ SEDACAO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL  | - | 480,00 | 480,00 |
| 90.01.02.005<br>-0 | PROC. C/ SEDACAO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA   | - | 480,00 | 480,00 |
| 90.01.02.006<br>-0 | PROC. C/ SEDACAO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA  | - | 480,00 | 480,00 |
| 90.01.02.007<br>-0 | PROC. C/ SEDACAO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES   | - | 480,00 | 480,00 |
| 90.01.02.008<br>-0 | PROC. C/ SEDACAO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR   | - | 530,00 | 530,00 |
| 90.01.02.009<br>-0 | PROC. C/ SEDACAO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRACO, MAO, COXA, PERNA, PE)   | - | 480,00 | 480,00 |
| 90.01.02.010<br>-0 | PROC. C/ SEDACAO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA   | - | 480,00 | 480,00 |



|                |   |                           |        |        |
|----------------|---|---------------------------|--------|--------|
| 90.01.02.011-0 | PROC. C/ SEDACAO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX                | -                         | 530,00 | 530,00 |
| 90.01.02.012-0 | PROC. C/ SEDACAO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO               | -                         | 480,00 | 480,00 |
| 90.01.02.013-0 | PROC. C/ SEDACAO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO              | -                         | 530,00 | 530,00 |
| 07.01.07.012-9 | PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR**  | 150,00                    | 30,00  | 180,00 |
| 07.01.07.013-7 | PRÓTESE TOTAL MAXILAR**   | 150,00                    | 30,00  | 180,00 |
| 07.01.07.009-9 | PRÓTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVÍVEL**                                | 150,00                    | 30,00  | 180,00 |
| 07.01.07.010-2 | PRÓTESE PARCIAL MAXILAR REMOVÍVEL**                                   | 150,00                    | 30,00  | 180,00 |
| 07.01.07.014-5 | PRÓTESE CORONÁRIAS/INTRARRADICULARES FIXAS/ADESIVAS (POR ELEMENTO) ** | 150,00<br>30,00<br>180,00 | 30,00  | 180,00 |
| 03.07.04.008-9 | REEMBASAMENTO E CONserto DE PRÓTESE DENTÁRIA***                       | -                         | -      | -      |

\* Valor SUS = Valor SIGTAP.

\* Valor Pago pelo Procedimento = Valor SUS + Complemento.

\*\*O prazo de confecção das próteses é de 14 dias contados a partir da solicitação pelo município. O valor inclui a retirada dos moldes e entrega das próteses na unidade de saúde solicitante.

\*\*\*A realização do Procedimento 03.07.04.008-9 – REEMBASAMENTO E CONserto DE PRÓTESE DENTÁRIA, fica condicionado ao credenciamento dos procedimentos de PRÓTESE.

O rol de procedimentos descrito não possui quantitativo estimado, pois a demanda será diluída entre os prestadores credenciados, sem gerar compromisso de escolha entre município e prestado. Para fins de estimativa, recomendamos utilizar o relatório de procedimentos executados em 2017, publicado no Site do CISAMVI ([www.cisamvi.sc.gov.br](http://www.cisamvi.sc.gov.br)), em “Serviços”. Neste relatório constam os serviços executados, com o respectivo totalizador.

Para fins de cadastramento em sistemas de compras, o CISAMVI usará uma média do procedimento mais relevante em termos de custos.

Para fins de contratação, será utilizado a informação da “Capacidade Instalada” fornecida pelo próprio prestador de serviço.

**1.4 Os SERVIÇOS A SEREM PRESTADOS EM LOCAIS PREESTABELECIDOS PELOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CISAMVI** compreendem os itens descritos abaixo com o respectivo valor unitário:

| Classificação  | Descrição   | Valor SUS | Complemento | Valor Pago pelo Procedimento |
|----------------|---|-----------|-------------|------------------------------|
| 90.01.03.001-0 | CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) – FISIOTERAPIA – Atendimento Local | 6,30      | 18,70       | 25,00                        |



|                |  |       |        |        |
|----------------|--|-------|--------|--------|
| 90.01.03.002-0 | CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) – FONOAUDIOLOGIA - Atendimento Local                              | 6,30  | 18,70  | 25,00  |
| 90.01.03.003-0 | CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) – NUTRIÇÃO - Atendimento Local                                    | 6,30  | 18,70  | 25,00  |
| 90.01.03.004-0 | CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) – PSICOLOGIA - Atendimento Local                                  | 6,30  | 18,70  | 25,00  |
| 90.01.03.005-0 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018) - Atendimento Local                               | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.03.006-0 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - OFTALMO RETINA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018) - Atendimento Local              | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.03.007-0 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA (Valor alterado pela resolução nº. 316/2019, de 02/08/2019) - Atendimento Local    | 10,00 | 110,00 | 120,00 |
| 90.01.03.008-0 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ANESTESIOLOGIA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018) - Atendimento Local              | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.03.009-0 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ANGIOLOGIA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018) - Atendimento Local                  | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.03.010-0 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - BUCO MAXILO FACIAL (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018) - Atendimento Local          | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.03.011-0 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CARDIOLOGIA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018) - Atendimento Local                 | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.03.012-0 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CARDIOPEDIATRIA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018) - Atendimento Local             | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.03.013-0 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CIRURGIA BUCO MAXILO FACIAL (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018) - Atendimento Local | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.03.014-0 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CIRURGIA GERAL (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018) - Atendimento Local              | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.03.015-0 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CIRURGIA ONCOLÓGICA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018) - Atendimento Local         | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.03.016-0 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CIRURGIA TORACICA (valor  | 10,00 | 50,00  | 60,00  |



|                |   |       |       |       |
|----------------|---|-------|-------|-------|
|                | alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018) - Atendimento Local  |       |       |       |
| 90.01.03.017-0 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CIRURGIA VASCULAR (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018) - Atendimento Local            | 10,00 | 50,00 | 60,00 |
| 90.01.03.018-0 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CLINICA MEDICA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018) - Atendimento Local               | 10,00 | 50,00 | 60,00 |
| 90.01.03.019-0 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - DERMATOLOGIA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018)                                     | 10,00 | 50,00 | 60,00 |
| 90.01.03.020-0 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ENDOCRINOLOGIA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018)                                   | 10,00 | 50,00 | 60,00 |
| 90.01.03.021-0 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018) - Atendimento Local    | 10,00 | 50,00 | 60,00 |
| 90.01.03.022-0 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - FISIATRIA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018) - Atendimento Local                    | 10,00 | 50,00 | 60,00 |
| 90.01.03.023-0 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - GASTROENTEROLOGIA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018) - Atendimento Local            | 10,00 | 50,00 | 60,00 |
| 90.01.03.024-0 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018) - Atendimento Local | 10,00 | 50,00 | 60,00 |
| 90.01.03.025-0 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - GENETICA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018) - Atendimento Local                     | 10,00 | 50,00 | 60,00 |
| 90.01.03.026-0 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - GERIATRIA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018) - Atendimento Local                    | 10,00 | 50,00 | 60,00 |
| 90.01.03.027-0 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - GINECOLOGIA/OBSTETRICIA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018) - Atendimento Local      | 10,00 | 50,00 | 60,00 |
| 90.01.03.028-0 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - HEMATOLOGIA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018) - Atendimento Local                  | 10,00 | 50,00 | 60,00 |
| 90.01.03.029-0 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - HEMATOLOGIA PEDIÁTRICA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018) - Atendimento Local       | 10,00 | 50,00 | 60,00 |
| 90.01.03.030-0 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - MASTOLOGIA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018) - Atendimento Local                   | 10,00 | 50,00 | 60,00 |
| 90.01.03.031-0 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - MEDICINA DO TRABALHO   | 10,00 | 50,00 | 60,00 |



|                |  |       |        |        |
|----------------|--|-------|--------|--------|
|                | (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018) - Atendimento Local  |       |        |        |
| 90.01.03.032-0 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - NEUROCIRURGIA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018) - Atendimento Local   | 10,00 | 74,00  | 84,00  |
| 90.01.03.033-0 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA - NEUROLOGIA (Valor alterado pela resolução nº. 316/2019, de 02/08/2019) - Atendimento Local  | 10,00 | 110,00 | 120,00 |
| 90.01.03.034-0 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA - NEUROLOGIA (valor alterado pela resolução nº 488, de 14 de outubro de 2020) - Atendimento Local   | 10,00 | 110,00 | 120,00 |
| 90.01.03.035-0 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA – OFTALMOLOGIA. Este procedimento inclui a realização de 2 (dois) Mapeamentos de Retina e 1 (uma) Tonometria Binocular – Atendimento local (Alterado pela resolução 654, de 21 de setembro de 2021) | 10,00 | 91,85  | 101,85 |
| 90.01.03.036-0 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ORTODONTIA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018) - Atendimento Local  | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.03.037-0 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ORTOPIEDIA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018) - Atendimento Local  | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.03.038-0 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ORTOPIEDIA/TRAUMATOLOGIA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018) - Atendimento Local  | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.03.039-0 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - OTORRINOLARINGOLOGIA (Valor alterado pela resolução nº. 310/2019, de 16/07/2019) - Atendimento Local  | 10,00 | 74,00  | 84,00  |
| 90.01.03.040-0 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PEDIATRIA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018) - Atendimento Local   | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.03.041-0 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PNEUMOLOGIA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018) - Atendimento Local   | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.03.042-0 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PNEUMOLOGIA INFANTIL (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018) - Atendimento Local  | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.03.043-0 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PROCTOLOGIA (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018) - Atendimento Local   | 10,00 | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.03.044-0 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PSIQUIATRIA (Valor alterado pela resolução nº. 316/2019, de 02/08/2019) - Atendimento Local   | 10,00 | 110,00 | 120,00 |



|                |   |        |        |        |
|----------------|---|--------|--------|--------|
| 90.01.03.045-0 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - REUMATOLOGIA (Valor alterado pela resolução nº. 316/2019, de 02/08/2019) - Atendimento Local   | 10,00  | 110,00 | 120,00 |
| 90.01.03.046-0 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - UROLOGIA GERAL (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018) - Atendimento Local   | 10,00  | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.03.047-0 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - NEFROLOGIA (incluído pela resolução nº. 214/2018, de 21/05/2018) - (valor alterado pela resolução nº. 219/2018, de 21/06/2018) - Atendimento Local | 10,00  | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.03.049-0 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - INFECTOLOGIA (novo) - Atendimento Local  | 10,00  | 50,00  | 60,00  |
| 90.01.03.050-0 | DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL - Atendimento Local   | -      | 130,00 | 130,00 |
| 90.01.03.051-0 | DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL - Atendimento Local   | -      | 130,00 | 130,00 |
| 90.01.03.052-0 | DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTERIAS RENAS - Atendimento Local  | -      | 150,48 | 150,48 |
| 90.01.03.053-0 | DOPPLER COLORIDO DE AORTA E VASOS ILIACOS - Atendimento Local   | -      | 130,00 | 130,00 |
| 90.01.03.054-0 | DOPPLER COLORIDO DE ARTERIA RENAL - Atendimento Local   | -      | 130,00 | 130,00 |
| 90.01.03.055-0 | DOPPLER COLORIDO DE ARTERIAS PENIANAS (SEM FARMACO INDUCAO) - Atendimento Local   | -      | 130,15 | 130,15 |
| 90.01.03.056-0 | DOPPLER COLORIDO DE ARTERIAS VISCERAIS (MESENTERICAS SUPERIOR E INFERIOR E TRONCO CELIACO) - Atendimento Local  | -      | 130,15 | 130,15 |
| 90.01.03.057-0 | DOPPLER COLORIDO DE CAROTIDAS - Atendimento Local   | -      | 100,00 | 100,00 |
| 90.01.03.058-0 | DOPPLER COLORIDO DE HEMANGIOMA - Atendimento Local  | -      | 130,15 | 130,15 |
| 90.01.03.059-0 | DOPPLER COLORIDO DE ORGAO OU ESTRUTURA ISOLADA - Atendimento Local  | -      | 113,62 | 113,62 |
| 90.01.03.060-0 | DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATE 3 VASOS) - Atendimento Local   | 39,60  | 90,40  | 130,00 |
| 90.01.03.061-0 | DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS BILATERAL (CAROTIDAS E VERTEBRAIS) - Atendimento Local  | -      | 130,00 | 130,00 |
| 90.01.03.062-0 | DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS VENOSOS BILATERAL (SUBCLAVIAS E JUGULARES) - Atendimento Local  | -      | 130,00 | 130,00 |
| 90.01.03.063-0 | DOPPLER COLORIDO DE VEIA CAVA SUPERIOR OU INFERIOR - Atendimento Local  | -      | 130,16 | 130,16 |
| 90.01.03.064-0 | DOPPLER COLORIDO PENIANO COM FÁRMACO-INDUÇÃO - Atendimento Local  | -      | 191,56 | 191,56 |
| 90.01.03.065-0 | DOPPLER COLORIDO TRANSFONTANELA - Atendimento Local   | -      | 113,62 | 113,62 |
| 90.01.03.066-0 | DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL - Atendimento Local   | -      | 130,00 | 130,00 |
| 90.01.03.067-0 | DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL - Atendimento Local   | -      | 130,00 | 130,00 |
| 90.01.03.068-0 | ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE- Atendimento Local  | 165,00 | 88,00  | 253,00 |





|                |   |        |        |        |
|----------------|---|--------|--------|--------|
| 90.01.03.069-0 | ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA -<br>Atendimento Local   | 165,00 | 132,00 | 297,00 |
| 90.01.03.070-0 | ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA -<br>Atendimento Local  | 39,94  | 90,05  | 129,99 |
| 90.01.03.071-0 | ECODOPPLER TRANSCRANIANO-<br>Atendimento Local  | 117,00 | 2,25   | 119,25 |
| 90.01.03.072-0 | ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM AVALIACAO<br>DO SINCRONISMO CARDIACO-<br>Atendimento Local  | -      | 549,29 | 549,29 |
| 90.01.03.073-0 | ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM CONTRASTE<br>INTRACAVITARIO-<br>Atendimento Local   | -      | 250,96 | 250,96 |
| 90.01.03.074-0 | ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM CONTRASTE<br>PARA PERFUSÃO MIOCÁRDICA EM REPOUSO-<br>Atendimento Local  | -      | 589,95 | 589,95 |
| 90.01.03.075-0 | ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM ESTRESSE<br>FARMACOLÓGICO-<br>Atendimento Local   | -      | 444,13 | 444,13 |
| 90.01.03.076-0 | ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM ESTRESSE<br>FÍSICO-<br>Atendimento Local  | -      | 444,13 | 444,13 |
| 90.01.03.077-0 | ECODOPPLERCARDIOGRAMA FETAL COM<br>MAPEAMENTO DE FLUXO EM CORES - POR<br>FETO-<br>Atendimento Local   | -      | 233,57 | 233,57 |
| 90.01.03.078-0 | ELETROCARDIOGRAMA-<br>Atendimento Local   | 5,15   | 19,85  | 25,00  |
| 90.01.03.079-0 | ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA C/ OU S/<br>FOTO-ESTIMULO-<br>Atendimento Local   | 11,34  | 78,66  | 90,00  |
| 90.01.03.080-0 | ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO<br>C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG) -<br>Atendimento Local   | 25,00  | 55,00  | 80,00  |
| 90.01.03.081-0 | ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO<br>ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG)<br>(Valor alterado pela resolução nº. 310/2019, de<br>16/07/2019). -<br>Atendimento Local | 25,00  | 98,00  | 123,00 |
| 90.01.03.082-0 | ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/<br>MAPEAMENTO (EEG) -<br>Atendimento Local  | 25,00  | 55,00  | 80,00  |
| 90.01.03.083-0 | ESTUDO RENAL DINAMICO C/ OU S/ DIURETICO  | 165,24 | -      | 165,24 |
| 90.01.03.084-0 | MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24<br>HS (3 CANAIS) -<br>Atendimento Local  | 30,00  | 68,00  | 98,00  |
| 90.01.03.085-0 | MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO<br>ARTERIAL (MAPA) -<br>Atendimento Local   | 10,07  | 126,02 | 136,09 |
| 90.01.03.086-0 | PROVA DE FUNCAO PULMONAR SIMPLES<br>(Espirometria)  | 4,28   | 35,30  | 39,58  |
| 90.01.03.087-0 | ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA-<br>Atendimento Local   | 24,20  | 19,80  | 44,00  |
| 90.01.03.088-0 | ULTRASSONOGRAFIA CERVICAL COM<br>DOPPLER-<br>Atendimento Local  | -      | 140,00 | 140,00 |
| 90.01.03.089-0 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR-<br>Atendimento Local  | 24,20  | 25,80  | 50,00  |
| 90.01.03.090-0 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL-<br>Atendimento Local   | 37,95  | 12,05  | 50,00  |
| 90.01.03.091-0 | ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO<br>URINARIO-<br>Atendimento Local  | 24,20  | 19,80  | 44,00  |
| 90.01.03.092-0 | ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO-<br>Atendimento Local   | 24,20  | 25,80  | 50,00  |
| 90.01.03.093-0 | ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL-<br>Atendimento Local  | 24,20  | 25,80  | 50,00  |
| 90.01.03.094-0 | ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL<br>COM DOPPLER -<br>Atendimento Local  | -      | 50,00  | 50,00  |



|                |  |       |        |        |
|----------------|--|-------|--------|--------|
| 90.01.03.095-0 | ULTRASSONOGRRAFIA DE ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL, AXILAS, MÚSCULO OU TENDÃO) - Atendimento Local                                     | -     | 50,00  | 50,00  |
| 90.01.03.096-0 | ULTRASSONOGRRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR) - Atendimento Local   | 24,20 | -      | 24,20  |
| 90.01.03.097-0 | ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMA BILATERAL PARA AVALIACAO DE POSSIVEIS COMPLICACOES DE IMPLANTE DE PROTESE- Atendimento Local                     | 24,20 | 25,80  | 50,00  |
| 90.01.03.098-0 | ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMA UNILATERAL PARA AVALIACAO DE POSSIVEIS COMPLICACOES DE IMPLANTE DE PROTESE- Atendimento Local                    | 12,10 | 12,90  | 25,00  |
| 90.01.03.099-0 | ULTRASSONOGRRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL  | -     | 50,00  | 50,00  |
| 90.01.03.100-0 | ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL) - Atendimento Local   | 24,20 | 25,80  | 50,00  |
| 90.01.03.101-0 | ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL- Atendimento Local   | 24,20 | 25,80  | 50,00  |
| 90.01.03.102-0 | ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE  | 24,20 | 25,80  | 50,00  |
| 90.01.03.103-0 | ULTRASSONOGRRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA) - Atendimento Local   | 24,20 | 25,80  | 50,00  |
| 90.01.03.104-0 | ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO- Atendimento Local   | 42,90 | 37,10  | 80,00  |
| 90.01.03.105-0 | ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL  | 24,20 | 25,80  | 50,00  |
| 90.01.03.106-0 | ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO- Atendimento Local  | 39,60 | 40,40  | 80,00  |
| 90.01.03.107-0 | ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA MORFOLOGICA- Atendimento Local  | -     | 110,00 | 110,00 |
| 90.01.03.108-0 | ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA) - Atendimento Local   | 24,20 | 19,80  | 44,00  |
| 90.01.03.109-0 | ULTRASSONOGRRAFIA TIREOIDE COM DOPPLER - Atendimento Local   | -     | 110,00 | 110,00 |
| 90.01.03.110-0 | ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA- Atendimento Local  | 24,20 | 71,85  | 96,05  |
| 90.01.03.111-0 | ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL- Atendimento Local  | 24,20 | 25,80  | 50,00  |
| 90.01.03.112-0 | ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL COM DOPPLER- Atendimento Local  | -     | 110,00 | 110,00 |
| 90.01.03.113-0 | ULTRASSONOGRRAFIA VASCULAR DOPPLER COLORIDO- Atendimento Local   | -     | 130,00 | 130,00 |
| 90.01.03.114-0 | CURATIVO DE OUVIDO – UNILATERAL (incluído pela resolução nº. 310/2019, de 16/07/2019) - Atendimento Local                                  | 0,00  | 14,13  | 14,13  |
| 90.01.03.115-0 | REMOÇÃO DE CERUME – UNILATERAL (incluído pela resolução nº. 310/2019, de 16/07/2019) - Atendimento Local                                   | 0,00  | 40,00  | 40,00  |
| 90.01.03.116-0 | EPISTAXE – CAUTERIZAÇÃO (incluído pela resolução nº. 310/2019, de 16/07/2019) - Atendimento Local  | 0,00  | 60,00  | 60,00  |
| 90.01.03.117-0 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA FARINGE, CAVIDADE AUDITIVA E NASAL (incluído pela resolução nº. 310/2019, de 16/07/2019) - Atendimento Local | 0,00  | 80,00  | 80,00  |

## 2. DA JUSTIFICATIVA



2.1 Visando o atendimento aos usuários da rede municipal de saúde dos Municípios consorciados ao CISAMVI (Apiúna, Acurra, Benedito Novo, Blumenau, Botuverá, Brusque, Doutor Pedrinho, Gaspar, Guabiruba, Ilhota, Indaial, Pomerode, Rio dos Cedros, Rodeio, Timbó e Luiz Alves) referente à REALIZAÇÃO DE CONSULTAS E PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA OU CIRURGICA, AMBULATORIAL, DE MÉDIA OU ALTA COMPLEXIDADE, e a não realização de todos os exames descritos nos grupos de diagnósticos pela rede própria, a necessidade de contratação se justifica, a fim de que os municípios garantam a oferta destes procedimentos, bem como possibilite maior agilidade no agendamento, de forma que não prejudique os usuários do sistema público de saúde na conclusão e/ou encaminhamento de diagnóstico para tratamento e/ou reabilitação do seu estado de saúde.

2.2 A necessidade de continuidade e oferta de novos serviços é registrada pelos Secretários Municipais de Saúde, em reunião da Comissão Intergestora Regional – CIR, Médio Vale do Itajaí.

2.3 Os serviços estão sendo unificados em um único edital de chamamento público, a fim de reduzir barreiras burocráticas e administrativas, que possam afastar interessados em participar, além de garantir ao CISAMVI, maior gestão e clareza sobre as informações.

2.4 Adotou-se como parâmetro para definição do valor unitário, o valor já praticado anteriormente pelo CISAMVI.

2.5 A tabela de procedimentos e valores passará por revisão da Comissão Intergestora Regional do Médio Vale do Itajaí, ao longo dos meses de fevereiro e março dos anos em que este edital se manter aberto, ou sempre que necessário incluir um novo procedimento ou revisar valores.

### **3. DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES**

3.1 Ao credenciado competirá:

- a) Executar os serviços nas condições estipuladas, observando-se os parâmetros de boa técnica e resolutividade, bem como as normas legais aplicáveis;
- b) Prestar os serviços apenas mediante apresentação da “requisição”, autorizada pelo órgão municipal responsável pelos encaminhamentos;
- c) Prestar atendimento adequado aos usuários e fornecer as informações ao CISAMVI sobre os serviços prestados de maneira correta e nos prazos estabelecidos neste Edital;
- d) Faturar a requisição em sistema “on-line”, disponibilizado pelo CISAMVI, por meio do código de barras impresso no documento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a execução do serviço prestado.
- e) Apresentar laudo técnico juntamente com os resultados do exame, quando necessário;
- f) Após aprovação do faturamento, apresentar documento fiscal dos serviços prestados no mês anterior.
- g) Manter todas as condições de habilitação exigidas para o credenciamento durante todo o período em que se mantiver credenciado;



- h) Responsabilizar-se integralmente pela qualidade, responsabilidade técnica e plena execução dos serviços contratados;
- i) Prestar prontamente todos os esclarecimentos que forem solicitados pelo CISAMVI, e atender e/ou responder as reclamações relativas aos serviços prestados;
- j) Executar diretamente os serviços contratados, sem transferência de responsabilidade;
- k) Prestar prontamente todos os esclarecimentos que forem solicitados pelo CISAMVI, e atender e/ou responder as reclamações relativas aos serviços prestados;
- l) Assumir o pagamento de todos os tributos, taxas, contribuições previdenciárias e trabalhistas e todas as despesas incidentes sobre os serviços realizados e/ou necessárias ao cumprimento do objeto do credenciamento.
- m) Comunicar ao CISAMVI, por escrito e com antecedência mínima de 05 (cinco) dias úteis, os motivos de ordem técnica que impossibilitem a execução dos serviços ou quando verificar condições inadequadas ou a iminência de fatos que possam prejudicar a perfeita prestação dos serviços;
- n) O Credenciado deverá afixar aviso, em local visível, sobre sua condição de entidade integrante do SUS e da gratuidade dos serviços prestados pela mesma em razão do vínculo junto ao SUS/CISAMVI.
- o) Utilizar formulário padrão, quando disponibilizado pelo CISAMVI, para a prescrição de remédios, referencia, contra-referência e procedimentos, necessários para continuidade do atendimento (a fim de que este paciente seja facilmente identificado na rede municipal de saúde).

3.2 Ao credenciado competirá ainda, nos casos de prestação de serviço nos locais preestabelecidos pelos municípios consorciados ao CISAMVI:

- a) Organizar junto ao município a escala de atendimento, no prazo de 4 dias após receber a programação do município;
- b) Adequar-se ao atendimento na estrutura disponibilizada pelo município, incluindo ser capacitado para uso dos sistemas informatizados de atendimento, como prontuário eletrônico e prescrições dentro das padronizações do município;
- c) Restringir-se à atender somente os pacientes agendados pelo município, respeitando o uso do espaço público;
- d) Manter o local de trabalho limpo e organizado;
- e) Responsabilizar-se tecnicamente pelos atendimentos realizados;
- f) Informar imediatamente ao setor de Credenciamento do CISAMVI qualquer ocorrência inapropriada durante a execução do projeto.
- g) Enviar ao endereço eletrônico [gestao@cisamvi.sc.gov.br](mailto:gestao@cisamvi.sc.gov.br), o RQE e a declaração de regularidade junto ao CREMESC do profissional que atuará no município, com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas.

3.3 Ao CISAMVI competirá:



- a) Efetuar o pagamento ao credenciado em função dos serviços prestados de acordo com os valores de cada item realizado;
- b) Efetuar conferência técnica e administrativa das faturas e relações de serviços apresentados e informar ao prestador o valor autorizado, e se houver, o motivo das glosas efetuadas, possibilitando o questionamento e correção, se possível;
- c) Fiscalizar o cumprimento das disposições deste Termo e a prestação dos serviços, bem como esclarecer eventuais dúvidas;
- d) Fornecer requisições para execução dos serviços.

#### **4. DO PREÇO E DO PAGAMENTO:**

4.1 A remuneração pela prestação e/ou fornecimento de serviços será de acordo com a Tabela de Valores constata neste Termo de Referência, estando inclusos taxas de administração, taxas de sala, custos diretos e indiretos, mão-de-obra, impostos, tarifas, encargos e outros dispêndios necessários para a realização dos serviços.

4.1.1 A tabela de procedimentos e valores, constante no Anexo I, poderá ser revista, sempre por interesse dos Secretários Municipais de Saúde, dos municípios consorciados, à quem caberá a decisão sobre valores pagos e reajustes na tabela.

4.1.2 As alterações na tabela de procedimentos e valores serão objeto de republicação deste edital, com destaque aos novos procedimentos ou valores, e na sequência, serão notificados os credenciados regulares, sobre as alterações.

4.1.3 Havendo exclusão, inclusão ou alteração em valor de procedimento já contratado, caberá ao Credenciado a escolha da manutenção do contrato de Credenciamento, a partir da emissão de termo aditivo, registrando a alteração contratual, ou não, por meio de distrato do contrato vigente.

4.2 Os serviços de saúde prestados pelos credenciados serão remunerados por cada procedimento realizado.

4.3 Todos os Credenciados deverão manter atualizadas as informações no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

4.4 É vedado ao credenciado cobrar ou receber qualquer outra importância a título de honorários pelos serviços prestados, seja do CISAMVI, do usuário, paciente ou terceiro.

4.5 Ficam ao encargo do credenciado todas as despesas e custos relativas à aluguel, mão-de-obra, encargos sociais, fiscais e outros que porventura forem necessárias à prestação dos serviços. O credenciado deverá apresentar comprovação do recolhimento das obrigações trabalhistas, fiscais e securitárias decorrente da relação de emprego com seus profissionais, relativamente às competências em que prestar serviços.

4.6 O pagamento será realizado mensalmente, em até 30 (trinta) dias após a entrega da documentação necessária (item 4.7), mediante apuração e comprovação dos serviços que foram prestados, acompanhados da respectiva Nota Fiscal, solicitada após auditoria dos procedimentos faturados.

4.7 A comprovação da realização dos serviços será feita mediante:



4.7.1 Faturamento da requisição, por parte do credenciado, executada em sistema “on-line”, disponibilizado pelo CISAMVI, por meio do código de barras impresso na requisição (substitui o preenchimento de informações da produção BPA, SAI/SUS e BPA-I).

4.7.2 Apresentação da Requisição emitida pelo município, a qual autoriza o seu atendimento devidamente assinada pelo paciente ou responsável devidamente identificado, e já faturada no sistema indicado pelo CISAMVI, juntamente com a prescrição médica dos procedimentos (encaminhada pelo município, junto com a autorização).

4.7.2.1 As requisições de autorização, deverão ser encaminhadas ao CISAMVI, após o período de produção (1º à 30 ou 31 de cada mês), agrupado por município, em ordem alfabética, sempre com a requisição do CISAMVI fixada na frente de todos os documentos adicionais.

4.8 Após receber a aprovação do faturamento realizado no sistema “on-line” (item 4.7.1), o Credenciado poderá encaminhar a nota fiscal para cobrança.

4.9 Havendo divergência ou erros entre serviços contratados e os serviços prestados, fica assegurado ao CISAMVI a realização de auditoria para aferição correta dos serviços executados, devendo o credenciado emitir nota fiscal conforme o valor aferido.

4.10 Em caso de atraso na entrega das informações pelo credenciado, o pagamento feito pelo CISAMVI será retardado proporcionalmente.

4.11 O CISAMVI fará a retenção de tributos na fonte quando a lei assim o determinar.

4.12 É vedada a cobrança de nova consulta nos casos de retorno médico, quando o mesmo paciente retornar ao consultório no prazo de 30 dias contados a partir da data da consulta anterior.

## **5. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO**

5.1 Poderão se credenciar entidades públicas, filantrópicas e/ou privadas prestadoras de serviços de saúde que atendam a todas as exigências constantes no Edital e seus Anexos, inclusive quanto à documentação, bem como atendam as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório.

5.2 Estão impedidos de se credenciar as pessoas físicas ou jurídicas que tenham sido sujeitas à aplicação da penalidade de suspensão temporária de contratar com o CISAMVI, pelo prazo da suspensão, ou que tenham sido declaradas inidôneas por qualquer órgão da Administração Pública, pelo prazo da declaração de inidoneidade.

## **6. DA HABILITAÇÃO**

### **6.1 HABILITAÇÃO JURÍDICA**

6.1.1 Registro Comercial, no caso de empresa individual, ou;

6.1.2 Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor (com suas devidas alterações), devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedade por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores, ou;



6.1.3 Inscrição do Ato Constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício, ou;

6.1.4 Decreto de Autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e Ato de Registro ou Autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir;

6.1.5 Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ).

## 6.2 REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA

6.2.1 Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, mediante apresentação de Certidão conjunta dos tributos administrados pela Receita Federal e da Procuradoria Geral da Fazenda Nacional referente à Dívida Ativa, bem como situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei.

6.2.2 Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual com data de emissão não superior a 60 (sessenta) dias, quando não constar expressamente no corpo da mesma o seu prazo de validade.

6.2.3 Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal, com data de emissão não superior a 60 (sessenta) dias, quando não constar expressamente no corpo da mesma o seu prazo de validade.

6.2.4 Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS, demonstrando a situação regular no cumprimento dos encargos instituídos por Lei.

6.2.5 Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), com data de emissão não superior a 180 (cento e oitenta) dias, quando não constar expressamente no corpo da Certidão o seu prazo de validade.

## 6.3 QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA

6.3.1 Certidão Negativa de Falência ou Recuperação Judicial, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, com data de pesquisa não anterior a 60 (sessenta) dias, contados da data fixada para a abertura dos envelopes de "HABILITAÇÃO", ou que até esta data esteja dentro da validade, conforme expressa na própria certidão.

6.4 Caso algum documento constante nos itens anteriores apresente sua validade expirada e possa ser emitido em via eletrônica, fica facultado a comissão a emissão de uma nova certidão.

## 6.5 QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

6.5.1 Alvará de licença de funcionamento emitido pela Vigilância Sanitária;

6.5.2 Alvará de localização e funcionamento regular emitido pela Fazenda Municipal;

6.5.3 Certificado de Regularidade do Estabelecimento (Registro ou inscrição da pessoa jurídica) junto ao Conselho Regional de Classe;

6.5.4 Registro no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, emitido no site <http://cnes.datasus.gov.br/>.



6.5.5 Certificado de especialidade devidamente reconhecido pela respectiva entidade de classe, RG e CPF do responsável técnico pelo serviço, a ser contratado;

6.5.6 Cópia do RQE – Registro de Qualificação de Especialista, para cada especialidade médica, quando for o caso.

6.5.7 Apresentar, no mínimo, 1 (um) Atestado de Capacidade Técnica emitido por pessoa jurídica de direito público ou privado, comprovando a aptidão de atividade anterior, compatível com o objeto da presente chamada;

6.5.8 O item 6.5.7 será dispensado caso o interessado no credenciamento já tenha prestado serviços ao CISAMVI nos últimos 12 meses. (NR - Incluído pela Resolução nº. 209, de 16/05/2018)

6.6 OUTROS DOCUMENTOS:

6.6.1 Ficha de Requerimento de Credenciamento;

6.6.2 Declaração de capacidade instalada e disponibilidade para SUS;

6.6.3 Listagem de profissionais, atualizada, emitida no site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (<http://cnes.datasus.gov.br/>).

6.7 Não havendo concorrência microrregional para algum procedimento descrito neste termo de referência, a Comissão Permanente de Licitações, fica autorizada pela Diretoria Executiva a iniciar procedimento administrativo, para avaliação da dispensa ou não, da documentação exigida nos itens 6.3 e 6.5, desde que comprovada a falta de interessados em prestar o mesmo serviço. Visando a garantia de atendimento, pela melhor relação custo benefício dos serviços aos municípios consorciados.

## **7. DO PRAZO DE VALIDADE DO CREDENCIAMENTO**

7.1 O presente credenciamento entrará em vigor na data de sua assinatura e tem validade por 60 (sessenta) meses. Os contratos oriundos terão prazo de 12 meses e poderão ser prorrogados mediante assinatura de Termo Aditivo entre as partes, por até 60 (sessenta) meses.

## **8. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

8.1 As despesas decorrentes das contratações realizadas correrão por conta da dotação orçamentária própria do Orçamento-Programa Anual do CISAMVI (3390 – Manutenção das Atividades de Procedimento Médico Hospitalar) – R\$ 4.223.924,00 (quatro milhões duzentos e vinte e três mil novecentos e vinte e quatro reais).

## **9. DAS VISTORIAS TÉCNICAS**

9.1 O CISAMVI poderá compor comissão especial que realizará visitas técnicas nas instalações de qualquer interessado, independente de prévio agendamento, para verificação da capacidade instalada e das reais condições de atendimento às necessidades deste Consórcio.

## **10. DA DISTRIBUIÇÃO DO TETO FÍSICO/FINANCEIRO PARA REALIZAÇÃO DE CONSULTAS E PROCEDIMENTOS**





10.1 O teto físico/financeiro para realização de consultas e procedimentos, será distribuído entre os prestadores Credenciados, de acordo com as disponibilidades e conveniências dos Municípios consorciados.

10.2 A distribuição dos valores entre os prestadores Credenciados obedecerá ao seguinte critério:

10.2.1 Os valores serão distribuídos de acordo com a organização dos serviços de saúde municipal respeitada a capacidade instalada de cada prestador.

Blumenau (SC), 25 de Janeiro de 2018.

**MONICA MENEZES**

GESTORA DE SERVIÇOS CISAMVI

**ANEXO II – ENCAMINHAR PREENCHIDO****REQUERIMENTO PARA INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO**

Ao CISAMVI

Setor de Licitações e Contratos

Blumenau – SC

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE ENTIDADES PÚBLICAS, FILANTRÓPICAS E/OU PRIVADAS PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA REALIZAÇÃO DE CONSULTAS E PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA OU CIRURGICA, AMBULATORIAL, DE MÉDIA OU ALTA COMPLEXIDADE E OPM ODONTOLÓGICA divulgado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Vale do Itajaí – CISAMVI, nos termos do Edital 04/2018.

**Nome/Razão Social:**

Telefone:

E-mail:

Endereço Comercial:

CEP:

Cidade:

Estado: Santa Catarina

C.N.P.J:

Inscrição Estadual:

Inscrição Municipal:

Banco:

Ag:

C/C:

Responsável Técnico pelos Serviços Prestados:

Nº do conselho da categoria do profissional técnico:

**Para tanto, DECLARA, sob as penas da lei, que:**

- Concordamos em se submeter a todas às disposições constantes no Edital de Credenciamento nº. 04/2018 e seus Anexos;
- Possuímos estrutura, materiais, equipamentos, profissionais e outros itens considerados essenciais para o cumprimento dos serviços constantes desta ficha de inscrição;
- Conhecemos e estamos de acordo em aceitar e prestar os serviços pelos valores constantes na tabela do edital 04/2018.

Ademais, requer o credenciamento para prestar os exames conforme declaração de capacidade de instalação e disponibilidade ao SUS, apresentada juntamente com a documentação (Anexo IV).

**Local(is) onde será(ão) executado(s) o(s) serviço(s):**

XX

Cidade, Dia, Mês, Ano

Assinatura do Responsável legal pelo CNPJ



**ANEXO III – NÃO ENCAMINHAR, SERÁ PREENCHIDO PELO CISAMVI  
MINUTA DO CONTRATO DE CREDENCIAMENTO**

**CONTRATO ADMINISTRATIVO Nº  
XX/XXXX**

*CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS  
ESPECIALIZADOS NA ÁREA DA SAÚDE QUE  
ENTRE SI CELEBRAM O CONSÓRCIO  
INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO MÉDIO  
VALE DO ITAJAÍ – CISAMVI E XXX.*

As partes, de um lado o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO MÉDIO VALE DO ITAJAÍ - CISAMVI**, com sede na Rua Alberto Stein, 466, bairro Velha, em Blumenau (SC), inscrito no CNPJ sob nº 03.269.695/0001-08, neste ato representado pelo seu Diretor Executivo Sr. Cleones Hostins, inscrito no CPF sob o nº 007.944.929-83, doravante denominado CISAMVI e, de outro lado, **XXX**, neste ato representado por XXX, doravante denominado CREDENCIADO, tem entre si justo acordado o presente Contrato de Prestação de Serviços, nos termos do Processo de Inexigibilidade de Licitação nº. 04/2018, na melhor forma de direito e de acordo com a Lei nº 8.666/93 e alterações, combinada com as demais normas de direito aplicáveis à espécie, mediante as condições constantes das seguintes cláusulas, que ambas as partes aceitam, ratificam e outorgam, por si e seus sucessores:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

1.1 - O CREDENCIADO prestará aos usuários da rede municipal de saúde dos Municípios consorciados ao CISAMVI, serviços de SAÚDE PARA REALIZAÇÃO DE CONSULTAS E PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA OU CIRURGICA, AMBULATORIAL, DE MÉDIA OU ALTA COMPLEXIDADE, conforme descrito na Declaração de Capacidade de Instalação e Disponibilidade ao SUS, do edital de Credenciamento n.º 04/2018, destacado no quadro a seguir:

| Código do Procedimento | Nome do Procedimento | Valor do Procedimento | Quantidade mensal proposta para atendimento |
|------------------------|----------------------|-----------------------|---|
|                        |                      |                       |   |
|                        |                      |                       |   |
|                        |                      |                       |   |
|                        |                      |                       |   |
|                        |                      |                       |   |
|                        |                      |                       |   |
|                        |                      |                       |   |



1.2 - Os procedimentos solicitados serão prestados na(s) seguinte(s) instalação(ões): *XXX, Rua XXX, nº XXX, sala XXX, bairro XXX, na cidade de XXX*, com capacidade de atendimento de xxx usuários por dia.

1.3 – Este contrato possui um teto financeiro de R\$ XXX (XXX).

## **CLÁUSULA SEGUNDA - DA VALIDADE DO CREDENCIAMENTO E DA VIGÊNCIA CONTRATUAL**

2.1 – Este contrato terá sua vigência a contar da data de publicação do mesmo, pelo período de 12 (doze) meses, e poderá ter a sua duração prorrogada por iguais e sucessivos períodos, por ato do CISAMVI, pelo prazo máximo de 60 (sessenta) meses, nos termos do art.57§§ 1º e 2º, da Lei 8.666/93.

## **CLÁUSULA TERCEIRA - DO PREÇO E QUANTITATIVO**

3.1 - Os serviços de saúde prestados pelo CREDENCIADO serão remunerados por cada procedimento realizado.

3.2 - O preço ajustado entre as partes são os constantes no “Termo de Referência - Anexo I” do Processo de Inexigibilidade de Licitação Nº. 04/2018, estando inclusos taxas de administração, taxas de sala, custos diretos e indiretos, mão-de-obra, impostos, tarifas, encargos e outros dispêndios necessários para a realização dos serviços.

3.3 A demanda de consumo dependerá única e exclusivamente da procura dos municípios pelas especialidades oferecidas, e a forma de distribuição escolhida pelos municípios.

3.4 Por se tratar de uma quantidade estimativa não está a Administração obrigada a adquirir toda ou qualquer quantidade indicada no presente credenciamento.

## **CLÁUSULA QUARTA - DO PAGAMENTO**

4.1 – O pagamento será realizado em até 30 (trinta) dias após a entrega da documentação necessária (item 4.7), mediante apuração e comprovação dos serviços que foram prestados, acompanhados da respectiva Nota Fiscal, solicitada após auditoria dos procedimentos faturados.

4.2 – A comprovação da realização dos serviços será feita mediante:

4.2.1 – Faturamento da requisição, por parte do credenciado, executada em sistema “on-line”, disponibilizado pelo CISAMVI, por meio do código de barras impresso na requisição (substitui o preenchimento de informações da produção BPA, SAI/SUS e BPA-I).

4.2.2 – Apresentação da Requisição emitida pelo município, a qual autoriza o seu atendimento devidamente assinada pelo paciente ou responsável devidamente identificado, e já faturada no sistema indicado pelo CISAMVI, juntamente com a prescrição médica dos procedimentos (encaminhada pelo município, junto com a autorização).

4.2.2.1 – As requisições de autorização, deverão ser encaminhadas ao CISAMVI, após o período de produção (1º à 30 ou 31 de cada mês), agrupado por município, em ordem



alfabética, sempre com a requisição do CISAMVI fixada na frente de todos os documentos adicionais.

4.3 – Após receber a aprovação do faturamento realizado no sistema “on-line” (item 4.2.1), o Credenciado poderá encaminhar a nota fiscal para cobrança.

4.4 – Havendo divergência ou erros entre serviços contratados e os serviços prestados, fica assegurado ao CISAMVI a realização de auditoria para aferição correta dos serviços executados, devendo o credenciado emitir nota fiscal conforme o valor aferido.

4.5 – O Em caso de atraso na entrega das informações pelo credenciado, o pagamento feito pelo CISAMVI será retardado proporcionalmente.

4.6 – O CISAMVI fará a retenção de tributos na fonte quando a lei assim o determinar.

## **CLÁUSULA QUINTA - DAS OBRIGAÇÕES DO CISAMVI**

5.1 – Compete ao CISAMVI:

- a) Efetuar o pagamento ao CREDENCIADO em função dos serviços prestados de acordo com os valores constantes no “Termo de Referência” – Anexo –I do Edital;
- b) Efetuar conferência técnica e administrativa das faturas e relações de serviços apresentados;
- c) Fiscalizar o cumprimento das disposições deste Contrato e a prestação dos serviços, bem como esclarecer eventuais dúvidas;
- d) Fornecer requisições para execução dos serviços.
- e) Fornecer os formulários padrões para a prescrição de remédios, referencia, contra-referência e procedimentos, necessários para continuidade do atendimento.

## **CLÁUSULA SEXTA - DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO**

- a) Executar os serviços nas condições estipuladas, observando-se os parâmetros de boa técnica e resolutividade, bem como as normas legais aplicáveis;
- b) Prestar os serviços apenas mediante apresentação da “requisição”, autorizada pelo órgão municipal responsável pelos encaminhamentos;
- c) Prestar atendimento adequado aos usuários e fornecer as informações ao CISAMVI sobre os serviços prestados de maneira correta e nos prazos estabelecidos neste Edital;
- d) Faturar a requisição em sistema “on-line”, disponibilizado pelo CISAMVI, por meio do código de barras impresso no documento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a execução do serviço prestado.
- e) Apresentar laudo técnico juntamente com os resultados do exame, quando necessário;
- f) Após aprovação do faturamento, apresentar documento fiscal dos serviços prestados no mês anterior.



- g) Manter todas as condições de habilitação exigidas para o credenciamento durante todo o período em que se mantiver credenciado;
- h) Responsabilizar-se integralmente pela qualidade, responsabilidade técnica e plena execução dos serviços contratados;
- i) Prestar prontamente todos os esclarecimentos que forem solicitados pelo CISAMVI, e atender e/ou responder as reclamações relativas aos serviços prestados;
- j) Executar diretamente os serviços contratados, sem transferência de responsabilidade;
- k) Prestar prontamente todos os esclarecimentos que forem solicitados pelo CISAMVI, e atender e/ou responder as reclamações relativas aos serviços prestados;
- l) Assumir o pagamento de todos os tributos, taxas, contribuições previdenciárias e trabalhistas e todas as despesas incidentes sobre os serviços realizados e/ou necessárias ao cumprimento do objeto do credenciamento.
- m) Comunicar ao CISAMVI, por escrito e com antecedência mínima de 05 (cinco) dias úteis, os motivos de ordem técnica que impossibilitem a execução dos serviços ou quando verificar condições inadequadas ou a iminência de fatos que possam prejudicar a perfeita prestação dos serviços;
- n) O Credenciado deverá afixar aviso, em local visível, sobre sua condição de entidade integrante do SUS e da gratuidade dos serviços prestados pela mesma em razão do vínculo junto ao SUS/CISAMVI.
- o) Utilizar formulário padrão, quando disponibilizado pelo CISAMVI, para a prescrição de remédios, referência, contra-referência e procedimentos, necessários para continuidade do atendimento (a fim de que este paciente seja facilmente identificado na rede municipal de saúde).

## **CLÁUSULA SÉTIMA - DO DESCREDENCIAMENTO**

7.1 - Constituem motivo para o descredenciamento:

- a) Deixar de atender a requisição para prestação do serviço e/ou a atualização dos documentos de habilitação e de regularidade fiscal;
- b) Apuração de fatos supervenientes que importem no comprometimento da capacidade jurídica, técnica e/ou fiscal do CREDENCIADO;
- c) Conduta profissional que fira o padrão ético ou operacional exigido para a prestação dos serviços;
- d) As hipóteses previstas no art. 78 da Lei nº 8.666/93.

7.2 - O CREDENCIADO poderá descredenciar-se voluntariamente, mediante requerimento por escrito com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, e desde que não prejudique os atendimentos já agendados, ou que venham a ser agendados antes de decorrido o prazo de 60 (sessenta) dias. Decorrido o prazo mencionado, será lavrado o termo de descredenciamento e/ou rescisão contratual, quando cessará as obrigações para ambas as partes.



7.3 - O descredenciamento não exige a aplicação das sanções previstas no artigo 87 da Lei Federal nº 8.666/93, se for o caso.

## **CLÁUSULA OITAVA – DAS PENALIDADES**

8.1 Quando o Credenciado não cumprir com as obrigações assumidas ou com os preceitos legais serão aplicadas as seguintes penalidades, cumulativas ou não, conforme o caso:

8.1.1 Advertência.

8.1.2 Multa de 2 % (dois por cento) sobre o valor contratual quando:

d) Os serviços estiverem em desacordo com as especificações contidas no contrato ou em descumprimento com uma das cláusulas;

e) Se houver rescisão por culpa ou requerimento da Contratada sem causa justificada ou amparo legal;

f) Pela descontinuidade dos serviços, a ser cobrada por dia parado, até o limite de 10 (dez) dias;

8.2 Sem prejuízo da multa estabelecida pela Contratante, a Contratada responderá pelas perdas e danos causados, os quais serão mensurados caso a caso.

8.3 Caso a Contratada não venha a recolher a multa devida dentro do prazo determinado, a mesma será descontada do valor das parcelas de pagamento vincendas, garantindo a esta o pleno direito de defesa;

8.4 Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a administração, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação, perante o CISAMVI, que ocorrerá sempre que o faltoso ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada.

8.5 Impedimento de participar de licitações e contratar com o CISAMVI, por prazo não superior a 2 (dois) anos;

8.6 Além das penalidades citadas, a licitante vencedora ficará sujeita, ainda, ao cancelamento de sua inscrição no cadastro de fornecedores do CISAMVI e, no que couber às demais penalidades referida no Capítulo IV da Lei 8.666/93.

## **CLÁUSULA NONA - DAS CONDIÇÕES GERAIS**

9.1 - Em caso de atraso na entrega das faturas pelo CREDENCIADO, o pagamento feito pelo CISAMVI será retardado proporcionalmente.

9.2 - É vedado ao CREDENCIADO cobrar ou receber qualquer outra importância a título de honorários pelos serviços prestados, além da prevista na Cláusula Terceira deste contrato, seja do CISAMVI, do usuário, paciente ou terceiro.

9.3 - O CISAMVI reserva-se ao direito de, após a conferência técnica e administrativa efetuada por profissionais habilitados e solicitação de perícias e informações adicionais, glosar despesas e procedimentos das faturas apresentadas.



9.4 - A remuneração recebida pelo CREDENCIADO não gerará nenhum vínculo de natureza trabalhista ou previdenciária de seus profissionais com o CISAMVI.

9.5 - O credenciamento de que trata o Processo de Inexigibilidade nº. 04/2018 será de caráter precário e “*intuito personae*”, podendo ser revogado a qualquer momento, a juízo de conveniência e oportunidade do CISAMVI.

9.6 – Aplica-se a este contrato, as condições e preceitos contidos no Processo de Inexigibilidade nº. 04/2018 e na Ficha de Credenciamento firmada pelo CREDENCIADO, independentemente de transcrição.

9.7 - Os casos omissos serão discutidos e analisados pelo CISAMVI, sob os aspectos da legislação pertinente, visando sempre o melhor atendimento aos usuários.

9.8 - As despesas decorrentes das contratações realizadas a partir deste Contrato correrão por conta da dotação orçamentária própria consignada no Orçamento Programa Anual do CISAMVI (3390 – *Manutenção das Atividades de Procedimento Médico Hospitalar*).

#### **CLÁUSULA DÉCIMA - DO FORO**

10.1 - As partes elegem o foro da Comarca de Blumenau (SC) para conhecer e dirimir quaisquer controvérsias decorrentes da execução ou interpretação deste instrumento, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem inteiramente de acordo com as condições aqui estipuladas, lavrou-se o presente Contrato em 03 (três) vias de igual teor e para o mesmo efeito, que lido e achado conforme, vai assinado pelas partes contratantes.

Blumenau (SC), xx de xxx de xxxx.

#### **CISAMVI**

Cleones Hostins

Diretor Executivo

#### **Razão Social**

Representante Legal Credenciado





#### ANEXO IV – ENCAMINHAR PREENCHIDO

#### DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE INSTALADA E DISPONIBILIDADE AO SUS

**Nome/Razão Social:**

C.N.P.J:

Telefone:

E-mail:

O interessado acima qualificado, em atenção ao EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 04/2018, vem declarar que possui capacidade instalada para realização/atendimento de **XX (por extenso)** procedimentos/usuários por mês, conforme segue:

| Código do Procedimento<br>(usar como referencia a<br>tabela do anexo I) | Nome do Procedimento<br>(usar como referencia a tabela<br>do anexo I) | Capacidade instalada no<br>estabelecimento<br>(em quantidade mensal) | Quantidade<br>proposta para<br>atendimento do<br>CISAMVI<br>(em quantidade<br>mensal) |
|---|---|--|---|
|   |   |  |   |
|   |   |  |   |
|   |   |  |   |
|   |   |  |   |
|   |   |  |   |
|   |   |  |   |
|   |   |  |   |
|   |   |  |   |

*Cidade, Dia, Mês, Ano*

*Assinatura do Responsável legal pelo CNPJ*



cisamvi@cisamvi.sc.gov.br  
**CISAMVI.SC.GOV.BR**

Rua Alberto Stein, 466 | Velha  
Blumenau | SC | 89.036-200  
Fone: 47 3331-5812