

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2026 – SMS

O **Município de Luziânia – Estado de Goiás**, com Gestão Plena do Sistema de Saúde, vêm por intermédio do Fundo Municipal de Saúde de Luziânia, Estado de Goiás, Pessoa Jurídica de Direito Público Interno, inscrito no CNPJ nº. 07.556.717/0001-63, com sede na Rua Professor Arthur Roriz, Setor Aeroporto, Luziânia, Goiás, neste ato devidamente representado pelo Gestor do Fundo Municipal de Saúde, o senhor Glênio Magrini Roque, inscrito no CPF sob o nº 014.663.081-50, com poderes constituídos por meio do Decreto nº 080 de 25 de fevereiro de 2025, no uso de suas atribuições legais e regulamentares, em cumprimento ao disposto nos artigos 6º, XLIII e 79 da Lei Federal 14.133/2021 e suas alterações posteriores, vem **TORNAR PÚBLICO** o presente Edital de Chamamento Público CREDENCIAMENTO, cujo objeto é a prestação de serviços complementares de saúde por intermédio do credenciamento de pessoas jurídicas para a prestação de serviços de saúde de média e alta complexidade de Consultas, Exames, Procedimentos e Cirurgias, de acordo com a necessidade da Secretaria Municipal de Saúde-SMS, em conformidade com as normas estabelecidas neste Edital.

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 2026013004

O presente Edital de chamamento público terá validade pelo período do dia 30 de abril de 2026 a 31 de dezembro de 2026, podendo ser prorrogado por igual período, e estará aberto e disponível, **a partir do dia 30 de abril de 2026**, quando a Comissão de Contratação, estará recebendo as documentações, conforme este Edital, para os procedimentos de cadastramento para efeito de credenciamento, conforme necessidade da Secretaria Municipal de Saúde, condicionada a existência de disponibilidade orçamentária e financeira. Os contratos serão celebrados de acordo com os ditames da Lei Federal 14.133/21 e suas posteriores alterações.

1. OBJETO:

1.1 O presente Edital destina-se cadastrar pessoas Jurídicas para posterior credenciamento e prestação de serviços de saúde de média e alta complexidade para Consultas, Exames, Procedimentos e Cirurgias, para o Fundo Municipal de Saúde, remunerados por procedimento, em conformidade com os valores contidos na **Tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM, 5ª Edição – versão atualizada em 2015**, bem como pelo **Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP)** mediante documentação e pedido de inscrição.

1.2 Poderão participar do certame quaisquer pessoas jurídicas interessadas que comprovadamente atuem no ramo correlacionado ao objeto deste Chamamento Público, desde que satisfaçam as condições exigidas no presente edital e seus anexos.

1.3 A participação neste credenciamento implica em concordância e aceitação de todas as condições estabelecidas neste Instrumento Convocatório.

14 A execução dos serviços será autorizada mediante a subscrição periódica da Central Municipal de Regulação, de acordo com as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, desde que não ultrapasse o limite do físico financeiro mensal contratado. A produtividade deverá ser informada mensalmente pelos prestadores ao departamento de Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde, as quais contemplarão a cota atribuída a cada um dos credenciados, observada a capacidade operacional destes indicada no requerimento de credenciamento, o prazo de vigência e o valor total da respectiva autorização.

15 A periodicidade da emissão das Guias de Autorização será definida pela Secretaria Municipal da Saúde, em conformidade com a rede de prestadores então existente, assegurada a isonomia entre os prestadores e a rotatividade, excluída a vontade da Administração na determinação da demanda.

16 A efetiva realização dos serviços contratados deverá ser concedida exclusivamente aos pacientes que portarem a Guia de Autorização emitida pela Central Municipal de Regulação. No caso de multirões, demanda espontânea.

17 É vedada a cessão ou transferência, total ou parcial do contrato, sem o assentimento da Secretaria de Saúde, bem como, a fusão, cisão ou incorporação da contratada, a subcontratação parcial do objeto ou a associação da contratada com outrem, não se responsabilizando o contratante por nenhum compromisso assumido por aquela com terceiros.

18 Os serviços objeto deste credenciamento não poderão sofrer solução de continuidade durante todo o prazo da sua vigência, devendo ser executados pela contratada, sob a inteira responsabilidade trabalhista, funcional e operacional desta.

19 Os interessados poderão ter acesso ao edital e demais informações no portal da transparência do Município, no endereço eletrônico www.luziania.go.gov.br. Informações adicionais poderão ser solicitadas por escrito por meio do e-mail chamamentopublicolza@luziania.go.gov.br, ou pelo telefone: 61-99666-5753 – (Diretoria Administrativa).

1.10 A documentação exigida para habilitação deve ser enviada para o e-mail chamamentopublicolza@luziania.go.gov.br.

1.11 Os prestadores de serviços de saúde de média e alta complexidade para Consultas, Exames, Procedimentos e Cirurgias, deverão se inscrever por lote, especificando em sua proposta todos os itens que deseja se habilitar, conforme sua capacidade técnica, segundo os lotes descritos no **ANEXO X**.

1.12 **VALORES DE REFERÊNCIA:** Os preços praticados no credenciamento terão como base a Tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM, 5ª edição, versão atualizada em 2015, com aplicação de 10% de correção. Esse percentual foi estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde, apesar do índice aplicado pelo detentor da tabela, ser de 26,90% no período de 2021 a 2025. Desse modo, considerando que o primeiro credenciamento ocorreu no ano de 2021, perfeitamente justificado o reajuste. E ainda, para alguns itens, o Portal Nacional de

Contratações Públicas (PNCP), devidamente aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde, conforme Resolução nº 59 de 16 de abril de 2026.

1.13 DO VALOR DA CONTRATAÇÃO: Estima-se o valor anual de **R\$ 70.000.000,00 (setenta milhões)** para o presente credenciamento.

2. DA PARTICIPAÇÃO:

2.1 Poderão participar do procedimento os interessados (pessoa jurídica) que atenderem a todas as exigências contidas no Edital e nos seus anexos, que pertençam ao ramo de atividade pertinente ao objeto contratado e que comprovem a regularidade jurídica, fiscal e técnica; capacidade operacional; disponibilidade de unidade hospitalar e/ou ambulatorial, quando for o caso; apresentem todos os documentos exigidos no Edital e regulamentos correlatos, e; aceitem as exigências estabelecidas nas normas do Sistema Único de Saúde – SUS, no prazo de vigência do presente certame.

2.2 A inscrição dos interessados será realizada mediante envio da documentação necessária, descrita no presente Edital, para o e-mail chamamentopublicolza@luziania.go.gov.br.

2.3 Ao Fundo Municipal de Saúde de Luziânia ficarão os encargos das contratações e dos pagamentos.

2.4 Não serão credenciadas:

2.4.1 pessoas físicas;

2.4.2 pessoas jurídicas que deixem de apresentar documentação ou informação prevista neste Regulamento, no Edital do Credenciamento ou apresente-a incompleta ou em desacordo com as disposições;

2.4.3 pessoas jurídicas cujos sócios, proprietários, administradores ou dirigentes também ocupem cargo de direção ou função de confiança no Sistema Único de Saúde – SUS, seja na esfera Federal, Estadual ou Municipal (art. 26, § 4º da Lei Federal nº 8.080/90);

2.4.4 pessoas jurídicas cujos sócios, proprietários, administradores ou dirigentes também sejam servidores ou dirigentes do órgão responsável pelo presente credenciamento;

2.4.5 pessoas jurídicas que se encontrem suspensas ou declaradas inidôneas para licitar ou contratar com a Administração Pública Federal, estadual ou Municipal;

2.4.6 pessoas jurídicas que se encontrem suspensas para credenciamento no SUS ou que tenham sido descredenciadas do SUS em decorrência de cometimento de infrações.

3. DA HABILITAÇÃO

3.1. É condição básica para a fase de habilitação o envio de todos os documentos exigidos no presente Edital, para o e-mail chamamentopublicolza@luziania.go.gov.br;

3.2. É facultado à toda pessoa jurídica que preencher os requisitos mínimos fixados pela Administração, requerer sua habilitação, o que significa sua inclusão a um cadastro de prestadores de serviços que ficará à disposição do CREDENCIANTE e os respectivos contratos serão firmados na medida da necessidade;

3.3. A inscrição no credenciamento não garante a contratação do interessado pelo Fundo Municipal de Saúde;

3.5 O requerimento de inscrição dos interessados (anexo I), dirigido à Secretaria Municipal de Saúde de Luziânia, deve estar acompanhado dos seguintes documentos:

3.5.1 Indicação dos serviços que pretende executar em decorrência do credenciamento, com a relação de lotes/itens que pretende oferecer à rede SUS.

3.5.2 Habilitação jurídica, comprovada mediante a apresentação:

3.5.2.1 de registro público no caso de empresário individual;

3.5.2.2 em se tratando de sociedades empresárias, do ato constitutivo, estatuto ou contrato social, com suas eventuais alterações supervenientes em vigor, devidamente registrados, acompanhados, quando for o caso, dos documentos societários comprobatórios de eleição ou designação e investidura dos atuais administradores;

3.5.2.3 no caso de sociedades simples, do ato constitutivo, estatuto ou contrato social, com suas eventuais alterações supervenientes em vigor, devidamente registrados, acompanhados dos atos comprobatórios de eleição e investidura dos atuais administradores;

3.5.2.4 decreto de autorização, no caso 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.

3.5.3 Regularidade fiscal e trabalhista, mediante apresentação de:

3.5.3.1 prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ

3.5.3.2 inscrição junto ao cadastro nacional de estabelecimentos de saúde – CNES, no município de Luziânia Goiás, dispensado para as empresas que prestarão serviços exclusivamente nas unidades de saúde do município;

3.5.3.3 prova de regularidade para com a Fazenda Estadual e Municipal do domicílio ou sede da empresa prestadora;

3.5.3.4 prova de regularidade para com a Fazenda Federal, na forma da Lei e com a Procuradoria da Fazenda Nacional, através da Certidão Negativa da Dívida Ativa da União, **abrangendo inclusive as contribuições sociais**, de acordo com a Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 02/10/2014;

3.5.3.5 prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), mediante a apresentação do Certificado de Regularidade do FGTS - CRF.

3.5.3.6 regularidade trabalhista, mediante a apresentação de prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, através de certidão negativa, ou positiva com efeitos de negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943.

3.5.4 Qualificação Técnica, por meio de:

3.5.4.1 registro ou inscrição da pessoa jurídica na Entidade Profissional;

3.5.4.2 Comprovação de aptidão para desempenho de atividade pertinente e compatível em características, com o objeto do credenciamento, e indicação das instalações e do aparelhamento adequados e disponíveis para a realização do objeto da licitação. Considerando-se que os serviços de cirurgias poderão ser realizadas em estruturas físicas municipais, notadamente no Hospital Municipal do Jardim Ingá;

3.5.4.3 Considerando que no lote: 01 – CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS

e 02 – EXAMES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, os serviços poderão ser prestados em unidades móveis, em qualquer local do município, devendo ser comprovada a condição no momento do credenciamento, qual seja: documentos de propriedade dos veículos e equipamentos para os exames em nome da credenciada.

3.5.4.4 no caso dos prestadores do lote, 03 – PROCEDIMENTOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE será necessária a apresentação de atestado de capacidade técnica específico para procedimentos clínicos e comprovação de experiência através de execução de no **mínimo 100 procedimentos do item que irá realizar**; e ainda a comprovação de experiência de execução total de **no mínimo 1000 procedimentos cirúrgicos de qualquer natureza (qualquer tipo de cirurgia)**;

3.5.4.5 no caso dos prestadores do lote, 05 – CIRURGIAS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, será necessária a apresentação de atestado de capacidade técnica específico para cirurgias e **comprovação de experiência através de execução de no mínimo 1000 procedimentos da cirurgia em que a pessoa jurídica se habilitar**.

3.5.4.6 quando o serviço envolver cirurgia, deverá ser apresentado os títulos de especialidades dos profissionais médicos que prestarão o serviço;

3.5.4.7 declaração do proponente de que tomou conhecimento de todas as informações e declaração do proponente de que tomou conhecimento de todas as informações e das condições para o cumprimento das obrigações objeto deste credenciamento, conforme modelo constante em anexo do Edital que regulamentara o certame.

3.5.4.8 alvará da vigilância sanitária competente, dentro do prazo de validade. Nos casos em que os prestadores credenciados prestarão o serviço nas unidades de saúde municipais, o alvará fica dispensado;

3.5.4.9 indicação das instalações, do aparelhamento e do pessoal técnico, adequados e disponíveis para a realização do objeto da licitação, bem como da qualificação de cada um dos membros da equipe técnica que se responsabilizará pelos trabalhos, conforme modelo anexo ao Edital que regulamentara o certame;

3.5.4.10 A aptidão exigida nos itens **3.5.4.3, 3.5.4.4 e 3.5.4.5** deverão contemplar:

3.5.4.10.1 relação, especificando e quantificando os equipamentos e as unidades móveis referentes ao serviço pleiteado, bem como as instalações físicas (Anexo V);

3.5.4.10.2 comprovação de que a equipe técnica apresentada na proposta se vincula à empresa, o que poderá ser feito através de **uma das seguintes formas**: Carteira de Trabalho; contrato social(para os sócios); contrato de prestação de serviços; contrato de trabalho registrado na Delegacia Regional do Trabalho;

3.5.4.10.3 cópia do Diploma e comprovação do registro junto aos respectivos Conselhos Regionais ou Órgãos de Classe dos profissionais;

3.5.4.10.4 prova de habilitação técnica dos profissionais ao exercício da especialidade.

3.5.4.10.5 somente será admitida a substituição de algum membro da equipe técnica, no curso da execução do contrato, por outro profissional de comprovada experiência equivalente ou superior.

3.5.5 Qualificação econômico-financeira:

3.5.5.1. por meio de Certidão negativa de Concordata, Falência Recuperação Judicial e extrajudicial da sede da Pessoa Jurídica expedida pelo cartório distribuidor (Fórum) a menos de 30 dias da data da inscrição, podendo, a critério da administração, exigir nova certidão no ato da formalização do contrato de prestação do respectivo serviço;

3.5.5.2. Declaração de Proteção ao Trabalho do Menor e Declaração de

Idoneidade, conforme o inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal, para os fins do disposto no art. 68, VI da Lei Federal 14.133/21, modelos constantes dos Anexo deste Edital;

3.5.5.3. Declaração dos sócios e diretores de que não ocupam cargo ou função de chefia, assessoramento ou função de confiança no SUS, nos termos do parágrafo 4º do artigo 26 da Lei nº 8.080/1990, conforme modelo disponível no Anexo;

3.5.5.4. Declaração de idoneidade para licitar e/ou contratar com a Administração Pública, conforme modelo anexo ao Edital;

4. DA CONTRATAÇÃO:

4.1 Considerando a necessidade da Secretaria Municipal de Saúde, bem como a disponibilidade orçamentária e financeira, inicialmente, poderão ser contratadas até 10 (dez) empresas, por lote, dentre aquelas habilitadas, **de acordo com ordem cronológica de recebimento das propostas** pela Comissão de Contratação.

4.2 Durante a vigência do Edital poderão ser contratadas novas empresas.

4.3 A empresa habilitada que for convocada pela Secretaria Municipal de Saúde para prestar os serviços em saúde para o qual se inscreveu firmará Contrato de Credenciamento, aplicando-lhe quanto à formação e execução as disposições gerais da Lei nº 14.133/2021, cuja minuta segue no Anexo VIII.

4.4 O deferimento das contratações fica condicionado ao atendimento das exigências previstas neste edital, podendo a secretaria requisitar vistoria prévia nas instalações da Credenciada.

4.5 O contrato que vier a ser firmado terá prazo de vigência de 12 (doze) meses, a contar da data da sua assinatura, com possibilidade de prorrogação, conforme disposto no art. 107 da Lei Federal 14.133/2021.

4.6 Os serviços objeto desta contratação não poderão sofrer solução de continuidade durante todo o prazo da sua vigência, devendo ser executados por profissional vinculado à Contratada, sob a inteira responsabilidade funcional e operacional desta, sobre os quais manterá estrita e exclusiva fiscalização.

4.7 Para a assinatura do Contrato as empresas interessadas deverão ser representadas por:

- a) Administrador que tenha poderes de gerência;
- b) Procurador com poderes específicos para assinar o Contrato.

4.8 É vedado à Contratada cobrar diretamente aos usuários do SUS qualquer importância pelos serviços prestados.

4.9 A contratada deverá manter, durante toda a vigência do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições exigidas neste Regulamento.

5. DAS OBRIGAÇÕES

5.1 DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA:

5.1.1 Executar os serviços de acordo com as especificações exigidas, utilizando equipamentos e materiais apropriados, cumprindo, dentro dos prazos estabelecidos todas as obrigações assumidas, obedecendo rigorosamente às normas técnicas respectivas e os parâmetros de cobertura do Credenciamento;

5.1.2 Executar os serviços em unidades próprias, nos termos descritos em cada ITEM de procedimentos apresentado neste instrumento convocatório;

5.1.3 Prover os recursos humanos necessários, adequados e suficientes para realização dos procedimentos contratados;

5.1.4 Dispor de todos os equipamentos, materiais e insumos necessários, suficientes e adequados para realização dos procedimentos contratados, bem como a contratação da equipe capacitada e habilitada para a realização dos procedimentos, respeitados os aspectos normativos de operacionalidade aplicáveis e previstos nos instrumentos normativos do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do município de Luziânia-GO;

5.1.5 Arcar com todo e qualquer dano ou prejuízo material causado ao MUNICÍPIO e/ou a terceiros, inclusive por seus empregados;

5.1.6 Comunicar ao MUNICÍPIO qualquer anormalidade que interfira no bom andamento dos serviços;

5.1.7 Zelar pela boa e completa execução dos serviços contratados;

5.1.8 Observar e respeitar as Legislações Federal, Estadual e Municipal relativas à prestação dos seus serviços;

5.1.9 Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás junto às repartições competentes, necessários à execução dos serviços;

5.1.10 Honrar os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais e outras obrigações previstas em Lei, ficando registrado que o pessoal empregado pela CREDENCIADA não terá nenhum vínculo jurídico com o MUNICÍPIO;

5.1.11 Encarregar-se exclusivamente pelo pagamento de todos os impostos, taxas e emolumentos sobre eles incidentes, prêmios de seguro de responsabilidade civil, indenização devida a terceiros por fatos oriundos dos serviços e fornecimentos contratados, além de quaisquer outras despesas incidentes, devendo apresentar, sempre que solicitado, a comprovação dos recolhimentos respectivos;

5.1.12 Acatar apenas as solicitações de serviços emitidas por servidores formalmente autorizados pelo MUNICÍPIO;

5.1.13 Apresentar à **Coordenação de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde, ao Auditor(a) da Secretaria Municipal de Saúde e ao Fiscal/Gestor do Contrato** para efeito de pagamento, documentação comprobatória da realização dos serviços prestados mensalmente, como: relatório dos procedimentos realizados pela contratada, com a devida identificação e assinatura do paciente e/ou responsáveis; Guia de Autorização do médico que solicitou o procedimento, bem como a Guia de autorização da Central de Regulação; no caso das cirurgias: ficha de admissão com dados de identificação do paciente (nome completo, data de nascimento, contato telefônico e etc.) e assinatura do mesmo ou do responsável atestando a veracidade das informações; relatórios médicos, relatórios cirúrgicos e de alta, todos assinados e carimbados pelo médico assistente, sem qualquer rasura e que estejam preenchidos

com informações mínimas; na forma de AIH **de forma digital** ou **em papel** (se solicitado), em conformidade com os parâmetros do Ministério da Saúde, **até o 5º dia útil de cada mês.**

5.1.14 No caso de procedimentos de urgência e emergência e/ou demanda espontânea deverá apresentar à Coordenação de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde, ao Auditor(a) da Secretaria Municipal de Saúde e ao Fiscal/Gestor do Contrato: Relação nominativa com o CPF do paciente, pedido médico e autorização da unidade de saúde/ profissional médico **de forma digital** ou **em papel** (se solicitado).

5.1.15 Apresentar à **Coordenação De Controle, Avaliação e Auditoria, de forma digital** ou **em papel** (se solicitado), mensalmente, conforme faturamento: planilha com o nome, CPF e os procedimentos realizados pelo paciente; Pedidos de exames e autorização da Secretaria Municipal de Saúde, **devidamente assinado pelo responsável técnico e o sócio da contratada;**

5.1.16 Apresentar à **Coordenação De Controle, Avaliação e Auditoria e a Diretoria do Fundo Municipal de Saúde, de forma digital** ou **em papel** (se solicitado), a planilha consolidada com o número total por procedimentos, valor unitário e valor total, de acordo com o que será emitido na nota fiscal de serviços, **devidamente assinado pelo responsável técnico e o sócio da contratada;**

5.1.17 Manter, durante a execução do Contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação comprovadas no processo

5.1.18 Adotar, no que couber, os princípios da biossegurança;

5.1.19 Afixar aviso, em local visível, de sua condição de entidade credenciada pelo SUS, ficando autorizada a divulgação, por quaisquer meios, dessa condição;

5.1.20 Autorizar a divulgação, por quaisquer meios, da sua condição de credenciado do SUS;

5.1.21 Comunicar à Secretaria de Saúde quaisquer mudanças implementadas no seu corpo clínico, realizando as substituições por profissionais de mesmo nível e qualificação;

5.1.22 Cumprir as disposições legais, as normas, especificações e diretrizes técnicas expedidas pelos órgãos de vigilância sanitária;

5.1.23 Disponibilizar documentos, arquivos ou instrumentos de controle para a averiguação imediata, por parte das auditorias médica e administrativa da Secretaria de Saúde;

5.1.24 Encaminhar previamente à Coordenação de Controle, Avaliação e Auditoria solicitação de autorização para procedimentos, com relatórios circunstanciados que justifiquem sua realização;

5.1.25 Esclarecer ao beneficiário do SUS sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

5.1.26 Zelar pela integridade física dos beneficiários, durante o atendimento, protegendo-os de situações de risco;

5.1.27 Informar à Comissão de Monitoramento e Avaliação a eventual alteração de sua razão social, de seu controle acionário ou de mudança de sua diretoria ou de seu estatuto, enviando cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas;

5.1.28 Manter quadro de pessoal qualificado, promovendo a capacitação contínua de suas equipes;

5.1.29 Manter atualizado o prontuário médico do paciente, observando os requisitos previstos em lei; Sendo obrigada a disponibilizar à contratante, de forma imediata,

sempre que for requisitado pelo paciente ou seu representante legal, bem como por determinação judicial ou outras situações previstas no Código de Ética Médica e legislação pertinente;

5.1.30 Manter arquivo médico, observando os requisitos previstos em lei;

5.1.31 Observar as questões de sigilo profissional, zelando pela preservação dos preceitos éticos, na forma prevista em lei, código ou regulamento, garantindo ao paciente a confidencialidade dos dados e informações sobre sua assistência;

5.1.32 Permitir o acesso de prepostos e auditores da Secretaria de Saúde para supervisionar e acompanhar a execução dos serviços de saúde decorrentes do contrato;

5.1.33 Respeitar a decisão do beneficiário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;

5.1.34 Utilizar, de forma racional, os recursos tecnológicos;

5.1.35 Atender todos os pacientes, inclusive com comorbidades, idosos e/ou crianças, com exceção da parte cirúrgica que envolve processo de triagem diverso;

5.1.36 Agendar as revisões cirúrgicas de rotina dos pacientes operados, garantindo-as até 30 dias da alta hospitalar;

5.1.37 Assinar a declaração do solicitante do credenciamento de que está de acordo com as normas e tabelas de valores definidos para o presente Credenciamento e que realizará todos os procedimentos a que se propôs;

5.1.38 Encaminhar POR ESCRITO à Central de Regulação, qualquer recusa ou contrarreferência dos pacientes, caso contrário, o retorno do paciente à unidade de origem, não será permitido;

5.1.39 Manter atualizado o prontuário médico e arquivos dos pacientes, no caso de papel, pelo prazo mínimo de 20 (vinte) anos, e no formato digital de forma permanente, conforme disposto na Lei Federal 13.787/2018 e Resolução do CFM nº 1.821/2007;

5.1.40 Garantir a confidencialidade dos dados e informações dos pacientes;

5.1.41 Esclarecer ao responsável legal pelo paciente sobre os seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos e justificar ao mesmo, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional à execução dos procedimentos previstos neste contrato;

5.1.42 Facilitar os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores da Secretaria de Saúde de Luziânia designados para tal fim, de acordo com os artigos 15, inciso I e XI e artigo 17, incisos II e XI da Lei Federal 8.080/90;

5.1.43 Participar das reuniões quando convocados Pela Central de Regulação, Secretaria de Saúde e Comissão de Monitoramento e Avaliação.

5.1.44 Obedecer aos protocolos clínicos recomendados pela Sociedade Brasileira de Medicina para a correta prestação dos serviços como também pelos protocolos de regulação adotados pela Central de Regulação, Secretaria de Saúde e Comissão de Monitoramento e Avaliação.

5.1.45 Responsabilizar por todos os encargos tributários, sociais e previdenciários incidentes sobre os valores dos serviços prestados, comprovando, mediante apresentação de documentos, eventual isenção tributária;

5.1.46 Apresentar, quando solicitado, a comprovação de regularidade fiscal;

5.1.47 Manter, durante toda a vigência do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas neste instrumento;

5.1.48 Não subcontratar, ceder ou transferir, total ou parcialmente, o objeto deste credenciamento;

5.1.49 Permitir o acesso de preposto e auditores da Secretaria de Saúde para

supervisão e acompanhamento da execução dos serviços prestados;

5.1.50 Entregar o resultado dos exames laboratoriais de acordo com as exigências do atendimento;

5.1.51 Responsabilizar para que caso haja necessidade de prescrição de medicamentos aos pacientes do SUS para tratamento domiciliar, que os medicamentos sejam prioritariamente os constantes na REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais ou nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde.

5.1.52 Providenciar carimbo ou outro meio para identificar as prescrições dos pacientes do SUS, a fim de que possam fazer a retirada dos medicamentos prescritos nas farmácias públicas comunitárias municipais. As prescrições passarão por auditorias permanentes, a fim de comprovar que os pacientes efetivamente foram direcionados pelos serviços do SUS.

5.1.53 Apresentar à **Coordenação de Controle, Avaliação e Auditoria** a documentação comprobatória da realização dos serviços prestados mensalmente, como: relatório dos procedimentos que foram realizados dos pacientes na instituição com a devida identificação e assinatura do mês e/ou responsáveis; Guia de Autorização do médico que solicitou o procedimento, bem como a Guia de autorização da Central de Regulação, até o 5º (quinto) dia útil de cada mês, com as informações referentes às atividades assistenciais realizadas, na forma de AIH em meio magnético, em conformidade com os parâmetros do Ministério da Saúde, no seguinte endereço: controlesmsluzi@gmail.com. A documentação apresentada será analisada e atestada pelo coordenador do departamento e pela Comissão de Monitoramento e Avaliação. É vedado cobrar diretamente aos usuários do SUS qualquer importância pelos serviços prestados.

5.2 DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE:

O MUNICIPIO, além das obrigações contidas no contrato por determinação legal, obriga-se a:

5.2.1 Gerenciar e orientar o credenciamento, inclusive a emissão de normativas com exigências necessárias à prestação de contas;

5.2.2 Efetuar os devidos pagamentos ao CONTRATADO, na forma e condições ajustadas com os descontos e recolhimentos previstos em Lei;

5.2.3 Estabelecer padrões técnicos de qualidade a serem adotados;

5.2.4 Cumprir e fazer cumprir as disposições regulamentares dos serviços e cláusulas contratuais, aplicando as penalidades previstas quando for o caso;

5.2.5 Fiscalizar os serviços CONTRATADOS por intermédio de técnicos de seu quadro designados para esse fim e executar, mediante comunicado prévio, as fiscalizações que serão feitas no local da execução do objeto;

5.2.6 Se responsabilizar em capacitar os técnicos do faturamento da credenciada a operacionalizar o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e/ou a APAC;

5.2.7 Poderá disponibilizar estruturas físicas do município para atendimentos em larga escala para dar vazão à grande demanda reprimida existente.

6. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E DAS RESCISÕES CONTRATUAIS

6.1 DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

6.1.1 Sem prejuízo das sanções administrativas previstas no art. 156 e ss. da Lei

Federal 14.133/21, com as cominações inerentes, a inexecução contratual, inclusive por atraso injustificado na execução do contrato, sujeitará o contratado à multa de mora, que será graduada de acordo com a gravidade da infração, obedecidos os seguintes limites máximos:

6.1.1.1 10% (dez por cento) sobre o valor do contrato, em caso de descumprimento total da obrigação, inclusive no de recusa injustificada do adjudicatário em receber os pacientes encaminhados pela Central Municipal de Regulação;

6.1.1.2 0,3% (três décimos por cento) ao dia, até o trigésimo dia de atraso, sobre o valor da parte do fornecimento ou serviço não realizado;

6.1.1.3 0,7% (sete décimos por cento) sobre o valor da parte do fornecimento ou serviço não realizado, por cada dia subsequente ao trigésimo.

6.1.2 A multa a que se refere o item 6.1 não impede que a Administração rescinda unilateralmente o contrato e aplique as demais sanções previstas na lei; será necessário também informar o quantitativo para fins orçamentários.

6.1.3 A multa, aplicada após regular processo administrativo, será descontada dos pagamentos eventualmente devidos pela Administração ou, ainda, se for o caso, cobrada judicialmente.

6.1.4 As multas previstas neste item não têm caráter compensatório e o seu pagamento não eximirá o Contratado da responsabilidade por perdas e danos decorrentes das infrações cometidas.

6.2 DA RESCISÃO:

6.2.1 A inexecução, total ou parcial do contrato ensejará a sua rescisão, com as consequências contratuais e as previstas na Lei Federal nº 14.133/21.

6.2.2 A rescisão poderá ocorrer conforme artigos 137, 138 e ss da Lei Federal nº 14.133/21.

6.2.3 A rescisão do contrato implica o descredenciamento do prestador, o que poderá ocorrer ainda, quando:

6.2.3.1 comprovado fato ou circunstância que comprometa a capacidade técnica ou administrativa do credenciado, ou que reduza a capacidade de prestação de serviço a ponto de não atender às exigências estabelecidas;

6.2.3.2 o credenciado deixar de apresentar as atualizações dos documentos solicitados;

6.2.3.3 o estabelecimento do credenciado for reprovado pela vistoria técnica da Comissão de Monitoramento e Avaliação.

6.2.3.4 o Credenciado deixar de atender à cota definida sem motivo justo, previamente informado;

6.2.4 A contratada poderá resilir administrativamente o contrato, desde que comunique expressamente esta intenção com antecedência mínima de **90 (noventa) dias**, hipótese em que será procedido ao seu descredenciamento, sem prejuízo da conclusão dos serviços já iniciados.

7. DA REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS, DO PAGAMENTO, DO REAJUSTAMENTO, DA REVISÃO E DA REPACTUAÇÃO

7.1 DA REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS

7.1.1 Os serviços prestados serão remunerados com base nos valores definidos neste Termo de Referência e no Edital, estando vedada a cobrança direta de qualquer importância, a qualquer título, aos usuários do SUS.

7.1.2 Nos preços fixados estão incluídos todos os custos com material de consumo,

salários, encargos sociais, previdenciários e trabalhistas de todo o pessoal da CREDENCIADA, como também uniforme, equipamentos de proteção individual, transporte de qualquer natureza, materiais empregados, inclusive ferramentas, medicamentos e materiais médico hospitalares, equipamentos utilizados, depreciação, aluguéis, administração, impostos, taxas, emolumentos e quaisquer outros custos que, direta ou indiretamente, se relacionem com o fiel cumprimento pela CREDENCIADA das obrigações.

7.2 DO PAGAMENTO

7.2.1 As notas fiscais deverão ser emitidas somente com a autorização da Diretoria do Fundo Municipal de Saúde, após a apresentação dos documentos descritos nos itens **5.1.13, 5.1.14, 5.1.15 e 7.2.5**. Em caso de emissão sem autorização da Diretoria do Fundo Municipal de Saúde, as notas deverão ser canceladas pela contratada, sem ônus para a Secretaria Municipal de Saúde.

7.2.2 Para os pagamentos, a Nota Fiscal deverá ser atestada pela Comissão de Monitoramento e Avaliação, Fiscal do Contrato, Auditor(a) da Secretaria Municipal de Saúde e o Secretário Municipal de Saúde, em consonância com disposto no regulamento do Credenciamento. Os pagamentos devidos a CREDENCIADA serão efetuados através de ordem bancária ou crédito em conta corrente, no prazo não superior a 30(trinta) dias, contados da data de verificação do adimplemento de cada parcela.

7.2.3 A auditoria da documentação apresentada pela contratada deverá ocorrer no prazo máximo de 45 (quarenta e cinco) dias, contados da data da entrega. Eventuais inconformidades serão glosadas no pagamento subsequente.

7.2.4 Havendo alguma pendência impeditiva do pagamento, o prazo fluirá a partir da sua regularização por parte da CREDENCIADA.

7.2.5 A atualização monetária dos pagamentos devidos pela Administração, em caso de mora, será calculada considerando a data do vencimento da obrigação e do seu efetivo pagamento, de acordo com a variação do INPC do IBGE *pro rata tempore*.

7.2.6 As faturas far-se-ão acompanhar da documentação probatória relativa ao recolhimento dos impostos relacionados coma prestação do serviço, no mês anterior à realização dos serviços.

7.2.7 Nenhum pagamento será efetuado à credenciada na pendência de qualquer uma das situações abaixo especificadas, sem que isso gere direito a alteração de preços ou compensação financeira:

7.2.7.1 comprovação de regularidade junto ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (CRF) e às Fazendas Federal, Estadual e Municipal do domicílio ou sede e trabalhista;

7.2.7.2 atestação de conformidade da prestação do serviço;

7.2.7.3 cumprimento das obrigações assumidas;

7.2.7.4 manutenção de todas as condições de habilitação exigidas neste Edital e anexos

7.3 DO REAJUSTAMENTO

7.3.1 Os preços são fixos e irremovíveis.

8. DAS INSTALAÇÕES FÍSICAS/ MÓVEIS E DOS RECURSOS HUMANOS

8.1 A CONTRATADA deve dispor de estrutura funcional, com equipe qualificada e

capacitada para a prestação do serviço, dispendo de um conjunto de materiais e equipamentos, recursos diagnósticos e terapêuticos, conforme a necessidade prevista de cada um dos procedimentos de cada lote.

8.2 A gestão da CONTRATADA deverá respeitar a Legislação Ambiental e Sanitária. Os equipamentos e medicamentos que comporão a unidade de atendimento deverão atender às exigências da ANVISA, certificações e portarias do Ministério da Saúde.

8.3 O contratado deve dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados, obedecendo as Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, assim como Resoluções dos Conselhos Profissionais.

8.4 A equipe médica deverá ser disponibilizada em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços e composta por profissionais das especialidades exigidas, possuidores do título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (Resolução CFM nº 1634/2002), ensejando que a unidade realize a atividade assistencial quantificada no contrato.

8.5 A Unidade deverá possuir e disponibilizar as rotinas administrativas de funcionamento e de atendimento escritas, atualizadas e assinadas pelo Responsável Técnico. Tais rotinas deverão abordar e abranger todos os processos envolvidos na assistência, contemplando os aspectos organizacionais, operacionais e técnicos.

8.6 A Unidade deve possuir o prontuário do paciente individualizado, com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, todas escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento (médicos, equipe de enfermagem, fisioterapia, nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam). Os materiais/serviços, deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo de Prontuários, após a saída do paciente.

8.7 Os equipamentos listados nos ANEXOS, materiais e medicamentos que comporão a unidade de atendimento aos pacientes deverão atender às exigências da ANVISA, certificações e portarias do Ministério da Saúde.

8.8 A Unidade deve possuir o prontuário do paciente individualizado, com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, todas escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento (médicos, equipe de enfermagem, fisioterapia, nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam). Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo de Prontuários, após a saída do paciente.

8.9 Os Contratados deverão contar com um corpo clínico composto conforme perfil da Unidade. Os profissionais devem apresentar os seguintes documentos: do Conselho Regional pertinente a cada profissão, diploma para os profissionais de nível superior reconhecido pelo MEC, certificado de especialista e/ou residência médica na área indicada, na forma da lei, ou outro documento comprobatório em conformidade com a legislação vigente.

8.10 Os Contratados para realização de procedimentos cirúrgicos obrigatoriamente deverão apresentar comprovação da constituição de Comissões determinadas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM no ambiente hospitalar.

9. DA EXECUÇÃO, DA FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO E DO RECEBIMENTO DO OBJETO

9.1 Compete ao Município proceder ao acompanhamento da execução do contrato, na

forma dos artigos 7º, 104, III e 117 da Lei Federal 14.133/21, ficando esclarecido que a ação ou omissão, total ou parcial, da fiscalização do Município não eximirá à CREDENCIADA de total responsabilidade na execução do contrato.

9.2 Compete ainda ao Município:

- 9.2.1** Implementar o processo de credenciamento, coordenando e supervisionando todas as etapas, e quando necessário, prestando os devidos esclarecimentos;
- 9.2.2** Fiscalizar a prestação dos serviços de saúde nas Unidades de Atendimento credenciadas, observando-se as normas, portarias e regulamentações vigentes expedidas pelo Ministério da Saúde;
- 9.2.3** Assegurar o cumprimento das metas, gerais e específicas, tanto quantitativas quanto qualitativas, descritas no contrato;
- 9.2.4** Gerenciar, orientar e monitorar o credenciamento;
- 9.2.5** Assegurar que os princípios da igualdade, legalidade, moralidade, impessoalidade e eficiência sejam basilares das ações, normas e protocolos do Ministério da Saúde.

9.3 Compete aos prestadores de serviços credenciados:

- 9.3.1** Observar os seguintes princípios na prestação dos serviços, objeto deste Regulamento;
 - 9.3.2** Garantir a integridade física dos usuários durante os procedimentos, protegendo-os de situações de risco;
 - 9.3.3** Garantir a igualdade de tratamento sem quaisquer discriminações;
 - 9.3.4** Garantir o cumprimento das metas de qualidade gerais e específicas desde a admissão até a alta do usuário;
 - 9.3.5** Utilizar os recursos tecnológicos e equipamentos de maneira adequada;
 - 9.3.6** Obedecer aos protocolos clínicos pertinentes às áreas de atendimento de urgências e emergências recomendadas pelo Conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira das devidas especialidades para a correta prestação dos serviços;
 - 9.3.7** Promover um atendimento de qualidade, observando as questões de sigilo profissional e considerando o Código de Ética Médica, aprovado pelo Conselho Federal de Medicina;
 - 9.3.8** Dispor de todo o aparato tecnológico e de profissionais necessários, suficientes e adequados iguais ou superiores aos padrões estabelecidos pelos órgãos competentes.
- 9.4** O descredenciamento dos prestadores de serviços, assegurado o contraditório e a ampla defesa, poderá ocorrer quando:
- 9.4.1** Verificada qualquer das hipóteses de rescisão contratual previstas na Lei Federal nº 14.133/21;
 - 9.4.2** Comprovado fato ou circunstância que comprometa a capacidade técnica ou administrativa do prestador de serviço, ou que reduza a capacidade de prestação de serviço a ponto de não atender às exigências estabelecidas;
 - 9.4.3** O prestador de serviços deixar de apresentar as atualizações dos documentos solicitados;
 - 9.4.4** O prestador de serviço deixar, sem motivo justificado, previamente informado, de prestar os serviços contratados;
 - 9.4.5** O prestador de serviço deixar de prestar a assistência técnica prevista neste Regulamento;
 - 9.4.6** O prestador de serviço deixar de atender os usuários de forma adequada.
 - 9.4.7** O prestador de serviço poderá rescindir administrativamente o contrato, desde

que comunique expressamente esta intenção com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, hipótese em que será procedido ao seu descredenciamento, sem prejuízo da conclusão dos serviços já iniciados.

9.5 Qualquer situação não prevista nesta norma será deliberada pela Comissão de Credenciamento.

9.6 O recebimento do objeto se dará segundo o disposto no art. 140 da Lei Federal nº 14.133/21, sendo certo que, esgotado o prazo de vencimento do recebimento provisório sem qualquer manifestação do órgão, considerar-se-á definitivamente aceito pela Administração o objeto contratual, para todos os efeitos, salvo justificativa escrita fundamentada.

10. DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS:

10.1 Os recursos orçamentários do Fundo Municipal de Saúde de Luziânia destinados ao custeio das despesas com os pagamentos dos credenciados serão empenhados sob a **Dotação Orçamentária: 0301.10.302.0114.2965 – Assistência Hospitalar Ambulatorial; Emento da Despesa 3.3.90.39 – Outros serviços de Terceiros Pessoa Jurídica; Fontes: 225000, 131017 e 10200.**

11. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

11.1 A presente contratação não se confunde nem se encontra integralmente abrangida pelo Termo de Colaboração nº 001/2026, mantendo objeto autônomo e complementar às necessidades atuais da Secretaria Municipal de Saúde.

11.2 As empresas habilitadas serão convocadas pela Secretaria Municipal de Saúde para firmar contrato administrativo e para início da execução dos serviços;

11.3 Da referência de pacientes:

11.3.1 A identificação dos pacientes que serão beneficiados pelo CREDENCIAMENTO se efetivará através dos protocolos da Central Municipal de Regulação.

11.3.2 Estas solicitações, oriundas do Município de Luziânia e região (PPI – Programação Pactuada Integrada) serão processadas na Central de Regulação Municipal, bem como informadas pelos prestadores mensalmente à Coordenação de Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde.

11.4 Para fins do Chamamento Público são consideradas as seguintes definições:

11.4.1 Credenciamento: caso de inexigibilidade de licitação, caracterizada por inviabilidade de competição, quando, em razão da natureza do serviço a ser prestado e da impossibilidade prática de se estabelecer o confronto entre os interessados, no mesmo nível de igualdade, atende-se melhor à Administração contratando-se o maior número possível de prestadores de serviço;

11.4.2 Prestador de Serviços: Unidades Hospitalares e/ou Clínicas com experiência comprovada em serviços de saúde de média e alta complexidade;

11.4.3 Usuário: todo e qualquer cidadão que utiliza o Sistema Único de Saúde no Estado de Goiás, com acesso regulado através da Central Municipal de Regulação da Secretaria da Saúde do Município de Luziânia – Estado de Goiás, que garante acesso ao recurso disponível mais adequado às necessidades do usuário, utilizando o princípio da equidade e classificação de risco e posterior autorização de internação e encaminhamento para os credenciados;

- 11.4.4** Guia de Autorização: realizada pela Central de Regulação, bem como, informada pelos prestadores mensalmente ao núcleo de Informações da Secretaria Municipal de Saúde, onde será discriminado o nome do paciente, idade, procedência (unidade solicitante - origem), destino (unidade executante/credenciado) e o N^o do contrato/credenciamento;
- 11.4.5** BPA: O Sistema BPA - Boletim de Produção Ambulatorial permite o registro dos procedimentos realizados pelas unidades prestadoras de serviços, de forma agregada e/ou individualizada, com a finalidade específica de geração do arquivo de produção, capaz de informar para o sistema de processamento SIA/SUS, todo atendimento ambulatorial realizado. O SIA/SUS é responsável pela consolidação dos atendimentos realizados no âmbito municipal e/ou estadual, bem como, a geração de valores a serem repassados para as unidades;
- 11.4.6** Vistorias Técnicas: É o procedimento realizado para determinar a conformidade dos requisitos técnicos para realização dos procedimentos pleiteados com as exigências do credenciamento e evidenciar a capacidade operacional, quantidade e estado de conservação dos equipamentos. A vistoria é de suma importância, pois complementa a verificação da capacidade técnica da empresa a ser credenciada;
- 11.5** Compete à Central Municipal de Regulação, à Coordenação de Controle, Avaliação e Auditoria e à Comissão de Credenciamento:
- 11.5.1** Informar às unidades solicitantes que avaliaram inicialmente o quadro clínico do usuário, dos trâmites necessários para possibilitar o acesso deste aos procedimentos;
- 11.5.2** Orientar a rede de prestadores de serviços credenciados quanto à interpretação e o cumprimento desta Instrução, procedendo às revisões, sempre que necessário, a fim de adequá-la ao desenvolvimento científico e tecnológico, em conformidade com a realidade nacional;
- 11.5.3** Implementar o processo de credenciamento, coordenando e supervisionando todas as etapas, e, quando necessário, prestando esclarecimentos;
- 11.5.4** Assegurar o cumprimento das metas, gerais e específicas, tanto quantitativas quanto qualitativas, descritas no regulamento e no POA (Plano Operativo Anual), consideradas as peculiaridades do processo de credenciamento;
- 11.5.5** Gerenciar, orientar e monitorar o credenciamento e a rede de prestadores de serviços;
- 11.5.6** Assegurar que os princípios da igualdade, legalidade, moralidade, impessoalidade e eficiência sejam basilares das ações, normas e protocolos da Secretaria da Saúde de Luziânia.
- 11.6** Este Edital de Chamamento Público, depois de publicado na imprensa oficial e no site oficial, admitirá novas inscrições durante todo o período de vigência, incluindo-se aquele relativo a eventual prorrogação, contado da data de publicação deste edital.
- 11.7** Poderá o Município revogar este Edital de Chamamento Público, no todo ou em parte, por conveniência administrativa e interesse público, ou por fato superveniente, devidamente justificado, ou anulá-lo, nos casos previstos em lei.
- 11.8** As normas que disciplinam este Edital serão sempre interpretadas em favor do interesse público.
- 11.9** Aos casos omissos serão aplicadas as disposições da Lei Federal nº 14.133/21 com suas alterações posteriores e Decreto nº 163 de 31 de Março de 2022.
- 11.10** A Comissão de Credenciamento instaurada pela Portaria nº 201/2024, será

responsável por analisar e habilitar a proposta e a documentação especificada neste edital.

11.11 Para dirimir as questões oriundas deste Edital e não resolvidas na esfera administrativa é competente o Foro da Comarca de Luziânia.

11.12 O presente Instrumento será objeto de apreciação pela Controladoria Geral do Município e cadastrado no site do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado de Goiás – TCM, em até (3) dias úteis a contar da publicação oficial, com respectivo upload do arquivo correspondente, de acordo com o art. 15 da IN nº 15/12 do TCM-GO, não se responsabilizando o CREDENCIANTE, se aquela Corte de Contas, por qualquer motivo, denegar-lhe aprovação.

12. DOS ANEXOS

Integram o presente Edital os seguintes anexos:

ANEXO I – REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO

ANEXO II – PROCURAÇÃO PARA A PRÁTICA DE ATOS CONCERNENTES AO CERTAME

ANEXO III – DECLARAÇÃO DE PROTEÇÃO AO MENOR

ANEXO IV – DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO

ANEXO V – INDICAÇÃO DAS INSTALAÇÕES, DO APARELHAMENTO E DO PESSOAL TÉCNICO

ANEXO VI – DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

ANEXO VII – DECLARAÇÃO DOS SÓCIOS OU DIRETORES

ANEXO VIII – MINUTA DO CONTRATO

ANEXO IX – LISTA DE DEFINIÇÕES, SIGLAS E ABREVIATURAS

ANEXO X – PLANILHA DESCRITIVA DOS PROCEDIMENTOS E VALORES

Luziânia-GO, 30 de abril de 2026.

GLENIO MAGRINI ROQUE
Secretária Municipal de Saúde

ANEXO I

REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO nº 002/2026-SMS

ILMO. SR. Secretário Municipal de Saúde de Luziânia

Proponente / Razão Social		
Nome Fantasia		
CNPJ		
Área(s) de atuação		
Registro CNES		
Endereço		
Telefones ()		
Endereço Eletrônico		
Celular		
E-mail		
Representante (nome e cpf)		
Responsável técnico (nome e inscrição no respectivo conselho profissional)		
Dados bancários (banco, agência e conta)		
PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS PELO PRESTADOR		
LOTE		
ITEM	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR UNIT. DO PROCEDIMENTO

O proponente acima qualificado requer, por meio do presente documento, por intermédio do seu representante ou procurador, o seu CREDENCIAMENTO para a prestação de serviços elencados acima, e de acordo com a capacidade mensal afirmada, conforme Edital Credenciamento 002/2026-SMS e instrução publicada por esta Secretaria, declarando, sob as penas da lei, que:

- as informações prestadas neste pedido de credenciamento são verdadeiras;
- qualquer fato superveniente impeditivo de credenciamento ou de contratação será informado;

- c) conhece os termos do Edital de Credenciamento bem assim das informações e condições para o cumprimento todas as obrigações objeto do credenciamento, com as quais concorda;
- d) está de acordo com as normas e tabela de valores definidos;
- e) não se encontra suspenso, nem declarado inidôneo para participar de licitações ou contratar com órgão ou entidades da Administração Pública;
- f) não se enquadra nas situações de impedimentos previstos no edital do credenciamento;
- g) os serviços pleiteados para credenciamento são compatíveis com o seu objeto social, com o registro no Conselho profissional competente, com a experiência, a capacidade instalada, a infraestrutura adequada à prestação do serviço conforme exigido;
- h) realizará todas as atividades a que se propõe.

Anexando ao presente requerimento toda a documentação exigida no edital de credenciamento, devidamente assinada e rubricada, pede deferimento,

Luziânia-GO, ____ de _____ de 2026

Assinatura do representante legal da empresa (Carimbo CNPJ)

ANEXO II

MODELO DE PROCURAÇÃO PARA A PRÁTICA DE ATOS CONCERNENTES AO CERTAME CREDENCIAMENTO Nº 002/2026-SMS

Através do presente instrumento, nomeamos e constituímos o(a) Senhor(a) _____, (nacionalidade, estado civil, profissão), portador do Registro de Identidade nº _____, expedido pela _____, devidamente inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda, sob o nº _____, residente à _____ como nosso mandatário, a quem outorgamos amplos poderes para praticar todos os atos relativos ao procedimento licitatório indicado acima, conferindo-lhe poderes para: (apresentar proposta de preços, interpor recursos e desistir deles, contra-arrazoar, assinar contratos, negociar preços e demais condições, confessar, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação e praticar todos os demais atos pertinentes ao certame etc).

Luziânia-GO, ____ de _____ de 2026.

Assinatura do representante legal da empresa (Carimbo CNPJ)

ANEXO III

MODELO DE DECLARAÇÃO DE PROTEÇÃO AO MENOR CREDENCIAMENTO Nº 002/2026-SMS

Declaramos, sob as penas da lei, em atendimento ao quanto previsto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal, para os fins do disposto no art. 68, VI da Lei Federal 14.133/21, que não empregamos menor de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, nem menor de 16 anos e nem menor de 16 anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos.

Luziânia, ____ de _____ de 2026.

Assinatura do representante legal da empresa (Carimbo CNPJ)

ANEXO IV

MODELO DE DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO CREDENCIAMENTO 002/2026-SMS

Em cumprimento ao Instrumento Convocatório acima identificado, declaramos, para os fins do art. 67, VI da Lei Federal 14.133/21, termos conhecimento de todas as informações e das condições para o cumprimento das obrigações objeto do credenciamento.

Declaramos ainda, o pleno conhecimento e atendimento às exigências de habilitação, cientes das sanções factíveis de serem aplicadas a teor do art. 156 do mesmo diploma legal.

Luziânia, ____ de _____ de 2026.

Assinatura do representante legal da empresa (Carimbo CNPJ)

ANEXO V

MODELO DE INDICAÇÃO DAS INSTALAÇÕES (FÍSICAS/ MÓVEIS), DO APARELHAMENTO E DO PESSOAL TÉCNICO CREDENCIAMENTO Nº 002/2026-SMS

Indicamos, para os fins que as instalações, o aparelhamento e pessoal técnico adequados e disponíveis para realização do objeto do credenciamento, como sendo:

Luziânia, _____ de _____ de 2026.

Assinatura do representante legal da empresa (Carimbo CNPJ)

ANEXO VI

MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

CRENCIAMENTO Nº 002/2026 – SMS

Ao
Município de Luziânia
Credenciamento nº002/2026-SMS

OBJETO: Contratação de Serviços de Saúde de média e alta complexidade de Consultas, Exames, Procedimentos Clínicos e Cirurgias de acordo com as especificações constantes no edital de credenciamento, e respectivos anexos a serem credenciados pelo Fundo Municipal de Saúde.

A empresa _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, com sede na _____ (endereço completo), através de seu Diretor ou Responsável Legal, o(a) Sr.(ª)

_____, declara, sob as penas da lei, que não foi declarada inidônea para licitar ou contratar com a Administração Pública.

Por ser expressão de verdade, firmamos o presente.

Luziânia, ____ de _____ de 2026.

Assinatura do representante legal da empresa (Carimbo CNPJ)

ANEXO VII

MODELO DECLARAÇÃO DOS SÓCIOS OU DIRETORES CREDENCIAMENTO Nº 002/2026-SMS

A empresa _____, inscrita no
CNPJ sob o nº _____, com sede na _____ (endereço completo),
através de seu Diretor ou Responsável Legal, o(a) Sr.(a)

_____, declara, sob as penas da lei, que nenhum
sócio ou diretor exerce cargo ou função de chefia ou assessoramento, em qualquer
nível, no Sistema Único de Saúde, não comprometendo, desta forma, a participação
da Instituição supracitada no presente processo de Chamada Pública.

Por ser expressão de verdade, firmo o presente.

Luziânia, ____ de _____ de 2026.

Assinatura do representante legal da empresa (Carimbo CNPJ)

serem executados na forma de serviços complementares e especializados na área da saúde, de acordo com as especificações e valores abaixo:

LOTE 01 - CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS – UNIDADE DA CREDENCIADA

ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS	VALOR (RS)
1.1	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM OTORRINOLARINGOLOGIA	R\$ 92,37
1.2	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM PNEUMOLOGIA	R\$ 92,37
1.3	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM UROLOGIA	R\$ 92,37
1.4	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM DERMATOLOGIA	R\$ 92,37
1.5	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM ENDOCRINOLOGIA	R\$ 92,37
1.6	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM NEUROLOGIA	R\$ 160,43
1.7	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM NEUROLOGIA PEDIÁTRICA	R\$ 193,13
1.8	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM ANESTESIOLOGIA	R\$ 92,37
1.9	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM CIRURGIA	R\$ 92,37
1.10	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO	R\$ 92,37
1.11	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM MASTOLOGIA	R\$ 92,37
1.12	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM GASTROENTEROLOGIA	R\$ 92,37
1.13	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM COLOPROCTOLOGIA	R\$ 92,37
1.14	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM ORTOPEDIA	R\$ 92,37
1.15	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM CARDIOLOGIA	R\$ 92,37
1.16	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM ALERGOLOGIA	R\$ 92,37
1.17	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM NEFROLOGIA	R\$ 92,37
1.18	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA	R\$ 92,37
1.19	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM ANGIOLOGIA	R\$ 92,37
1.20	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM GINECOLOGIA	R\$ 92,37
1.21	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM OBSTETRÍCIA	R\$ 92,37
1.22	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM NEUROPSICOLOGIA PEDIÁTRICA	R\$ 92,37
1.23	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM IMUNOLOGIA	R\$ 92,37
1.24	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM PSIQUIATRIA	R\$ 193,13
1.25	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM PEDIATRIA	R\$ 92,37
1.26	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM FONOAUDIOLOGIA	R\$ 92,37
1.27	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM AUDIOMETRIA	R\$ 92,37
1.28	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM REUMATOLOGIA	R\$ 92,37
1.29	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM VASCULARIZAÇÃO	R\$ 92,37
1.30	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM NUTROLOGIA	R\$ 92,37
1.31	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM GLAUCOMA	R\$ 92,37
1.32	03.01.01.006-4	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM CLÍNICA MÉDICA	R\$ 92,37
1.33	03.01.01.007-2	CONSULTA ESPECIALIZADA EM NUTRIÇÃO	R\$ 92,37
1.34	03.01.01.007-2	CONSULTA ESPECIALIZADA EM PSICOLOGIA	R\$ 92,37

CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS – UNIDADE MÓVEL

ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS	VALOR (RS)
2.1	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM OTORRINOLARINGOLOGIA	R\$ 92,37
2.2	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM PNEUMOLOGIA	R\$ 92,37
2.3	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM UROLOGIA	R\$ 92,37

2.4	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM DERMATOLOGIA	R\$ 92,37
2.5	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM ENDOCRINOLOGIA	R\$ 92,37
2.6	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM NEUROLOGIA	R\$ 160,43
2.7	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM NEUROLOGIA PEDIÁTRICA	R\$ 193,13
2.8	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM ANESTESIOLOGIA	R\$ 92,37
2.9	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM CIRURGIA	R\$ 92,37
2.10	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO	R\$ 92,37
2.11	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM MASTOLOGIA	R\$ 92,37
2.12	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM GASTROENTEROLOGIA	R\$ 92,37
2.13	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM COLOPROCTOLOGIA	R\$ 92,37
2.14	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM ORTOPEDIA	R\$ 92,37
2.15	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM CARDIOLOGIA	R\$ 92,37
2.16	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM ALERGOLOGIA	R\$ 92,37
2.17	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM NEFROLOGIA	R\$ 92,37
2.18	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA	R\$ 92,37
2.19	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM ANGIOLOGIA	R\$ 92,37
2.20	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM GINECOLOGIA	R\$ 92,37
2.21	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM OBSTETRÍCIA	R\$ 92,37
2.22	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM NEUROPSICOLOGIA PEDIÁTRICA	R\$ 92,37
2.23	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM IMUNOLOGIA	R\$ 92,37
2.24	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM PSIQUIATRIA	R\$ 193,13
2.25	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM PEDIATRIA	R\$ 92,37
2.26	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM FONOAUDIOLOGIA	R\$ 92,37
2.27	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM AUDIOMETRIA	R\$ 92,37
2.28	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM REUMATOLOGIA	R\$ 92,37
2.29	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM VASCULARIZAÇÃO	R\$ 92,37
2.30	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM NUTROLOGIA	R\$ 92,37
2.31	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM GLAUCOMA	R\$ 92,37
2.32	03.01.01.006-4	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM CLÍNICA MÉDICA	R\$ 92,37
2.33	03.01.01.007-2	CONSULTA ESPECIALIZADA EM NUTRIÇÃO	R\$ 92,37
2.34	03.01.01.007-2	CONSULTA ESPECIALIZADA EM PSICOLOGIA	R\$ 92,37

LOTE 02 - EXAMES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – UNIDADE DA CREDENCIADA

ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES NA ÁREA DE OTORRINOLARINGOLOGIA	VALOR (RS)
1.1	02.09.04.002-5	LARINGOSCOPIA	R\$ 307,64
1.2	02.09.04.004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA	R\$ 288,10
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES NA ÁREA DE FONOAUDIOLOGIA	VALOR (RS)
1.3	02.11.07.001-7	ANÁLISE ACÚSTICA DA VOZ POR MEIO DE LABORATÓRIO DE VOZ	R\$ 106,61
1.4	02.11.07.002-5	AUDIOMETRIA DE REFORÇO VISUAL (VIA AÉREA/ÓSSEA)	R\$ 43,18
1.5	02.11.07.003-3	AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	R\$ 106,61
1.6	02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AÉREA/ÓSSEA)	R\$ 106,61
1.7	02.11.07.026-2	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA MÉDIA E LONGA LATÊNCIA (BERA)	R\$ 305,21
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES NA ÁREA DE PNEUMOLOGIA	VALOR (RS)
1.8	02.09.04.001-7	BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA)	R\$ 664,43
1.9	02.11.08.005-5	PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR/ ESPIROMETRIA	R\$ 139,44

ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES NA ÁREA DE UROLOGIA	VALOR (R\$)
1.10	02.09.02.001-6	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA	R\$ 435,97
1.11	02.11.09.001-8	AVALIAÇÃO URODINÂMICA COMPLETA	R\$ 412,43
1.12	02.11.09.007-7	UROFLUXOMETRIA	R\$ 139,44
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES NA ÁREA DE NEUROLOGIA	VALOR (R\$)
1.13	02.11.05.002-4	ELETOENCEFALOGRAFIA EM VIGÍLIA C/ OU S/ FOTO-ESTÍMULO	R\$ 121,19
1.14	02.11.05.003-2	ELETOENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG)	R\$ 235,23
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES NA ÁREA DE GASTROENTEROLOGIA	VALOR (R\$)
1.15	02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EDA)	R\$ 613,17
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES NA ÁREA DE COLOPROCTOLOGIA	VALOR (R\$)
1.16	02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	R\$ 835,26
1.17	02.09.01.005-3	RETOSIGMOIDOSCOPIA	R\$ 220,96
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES DE MAMOGRAFIA	VALOR (R\$)
1.18	02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA UNILATERAL	R\$ 227,01
1.19	02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	R\$ 167,62
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES NA ÁREA DE CARDIOLOGIA	VALOR (R\$)
1.20	02.11.02.004-4	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HORAS (3 CANAIS)	R\$ 248,92
1.21	02.11.02.005-2	MONITORAMENTO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL (MAPA)	R\$ 248,92
1.22	02.11.02.006-0	TESTE DE ESFORÇO/TESTE ERGOMÉTRICO	R\$ 171,65
1.23	02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	R\$ 386,32
1.24	02.11.02.003-6	ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 40,64
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES NA ÁREA DE OFTALMOLOGIA	VALOR (R\$)
1.25	02.11.06.025-9	TONOMETRIA – BINOCULAR	R\$ 78,27
1.26	02.11.06.006-2	CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)	R\$ 79,52
1.27	02.11.06.014-3	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CÓRNEA	R\$ 130,02
1.28	02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	R\$ 86,87
1.29	02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO	R\$ 55,64
1.30	02.11.06.018-6	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R\$ 159,96
1.31	02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	R\$ 90,27
1.32	02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA – MONOCULAR	R\$ 106,47
1.33	02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA MANUAL – MONOCULAR	R\$ 55,03
1.34	02.05.02.008-9	ULTRASSONOGRAMA OCULAR	R\$ 124,30
1.35	02.05.02.002-0	CERATOSCOPIA COMPUTADORIZADA – MONOCULAR	R\$ 87,80
1.36	02.11.06.028-3	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA SIMPLES – MONOCULAR	R\$ 47,98
1.37	02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERENCIA OPTICA – MONOCULAR	R\$ 193,20
1.38	02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA	R\$ 75,20
1.39	02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO	R\$ 160,33
1.40	02.11.06.028-3	OCT - GLAUCOMA TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA – MONOCULAR	R\$ 631,91
1.41	02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA – BINOCULAR	R\$ 75,20
1.42	02.11.06.003-8	CAMPO VISUAL CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA – MONOCULAR	R\$ 285,54

1.43	02.11.06.025-9	TONOMETRIA – BINOCULAR	R\$ 78,27
1.44	02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA – MONOCULAR	R\$ 154,28
1.45	NÃO SE APLICA	RETINOGRAFIA (SÓ HONORÁRIO) MONOCULAR	R\$ 120,51
1.46	02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R\$ 150,00
1.47	NÃO SE APLICA	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL (PAM)	R\$ 350,00
1.48	NÃO SE APLICA	PENTACAM	R\$ 350,00
1.49	NÃO SE APLICA	PENTACAM MONOCULAR	R\$ 280,00
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAME DE TOMOGRAFIA	VALOR (RS)
1.50	02.06.01.001-0	TC DE COLUNA CERVICAL COM OU SEM CONTRASTE	R\$ 441,22
1.51	02.06.01.002-8	TC DE COLUNA LOMBO SACRA COM OU SEM CONTRASTE	R\$ 441,22
1.52	02.06.01.003-6	TC DE COLUNA TORÁCICA COM OU SEM CONTRASTE	R\$ 441,22
1.53	02.06.01.004.4	TC DE FACE/ SEIOS DA FACE E ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULAR	R\$ 541,90
1.54	02.06.01.005-2	TC DE PESCOÇO	R\$ 556,12
1.55	02.06.01.006-0	TC DE SELA TÚRCICA	R\$ 489,53
1.56	02.06.01.007-9	TC DE CRÂNIO	R\$ 489,53
1.57	02.06.02.001-5	TC DE ARTICULAÇÃO DE MEMBROS SUPERIORES	R\$ 512,17
1.58	02.06.02.002-3	TC DE SEGMENTOS APENDICULARES	R\$ 522,17
1.59	02.06.03.001-0	TC DE TÓRAX	R\$ 556,12
1.60	02.06.03.002-9	TC DE HEMITÓRAX / MEDIASTINO (POR PLANO)	R\$ 556,12
1.61	02.06.04.001-6	TC DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 556,12
1.62	02.06.05.001-1	TC DE ARTICULAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 522,17
1.63	02.06.06.001-7	TC DE Pelve/ BACIA	R\$ 522,17
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICAS	VALOR (RS)
1.64	02.07.02.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA/ PELVE/ ABDÔMEN	R\$ 1.046,82
1.65	02.07.01.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL/ PESCOÇO	R\$ 1.046,82
1.66	02.07.01.004-8	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 1.046,82
1.67	02.07.01.005-6	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	R\$ 1.046,82
1.68	02.07.03.001-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 1.046,82
1.69	02.07.01.007-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA	R\$ 1.046,82
1.70	02.07.02.001-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 1.103,34
1.71	02.07.01.002-1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR	R\$ 1.024,11
1.72	02.07.01.006-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	R\$ 1.046,82
1.73	02.07.04.001-5	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX	R\$ 1.103,34
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES DE RADIOGRAFIAS	VALOR (RS)
1.74	02.04.01.005-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR BILATERAL	R\$ 68,51
1.75	02.04.01.008-0	RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA + LATERAL)	R\$ 62,81
1.76	02.04.01.014-4	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 65,20
1.77	02.04.06.002-8	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO/ FLEXÃO)	R\$ 62,36
1.78	02.04.06.006-0	RADIOGRAFIA DA COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 95,69
1.79	02.04.06.008-7	RADIOGRADIA DE COLUNA TORÁCICA (AP + LATERAL)	R\$ 95,69
1.80	02.04.03.015-3	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL)	R\$ 67,44
1.81	02.04.04.001-9	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO	R\$ 61,22
1.82	02.04.04.002-7	RADIOGRAFIA DE BRAÇO	R\$ 62,81
1.83	02.04.04.003-5	RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA	R\$ 62,81

1.84	02.04.04.004-3	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 59,40
1.85	02.04.04.005-1	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO	R\$ 58,94
1.86	02.04.04.006-0	RADIOGRAFIA DE MÃO	R\$ 59,40
1.87	02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO	R\$ 58,94
1.88	02.04.04.008-6	RADIOGRAFIA DE ESCÁPULA / OMBRO (3 POSIÇÕES)	R\$ 60,99
1.89	02.04.04.010-8	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLÍQUA)	R\$ 62,13
1.90	02.04.05.001-4	RADIOGRAFIA DE ABDÔMEN (AP + LATERAL)	R\$ 97,11
1.91	02.04.06.001-0	RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 61,53
1.92	02.04.06.003-6	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 65,85
1.93	02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R\$ 61,22
1.94	02.04.06.013-3	RADIOGRAFIA DE PÉ / DEDOS DO PÉ	R\$ 61,22
1.95	02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$ 64,25
1.96	02.04.01.017-9	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	R\$ 64,85
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES DE ULTRASSONOGRÁFIAS	VALOR (RS)
1.97	02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 236,81
1.98	02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 3 VASOS)	R\$ 248,88
1.99	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTÉRIAS RENAIAS	R\$ 190,49
1.100	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ILÍACAS	R\$ 162,60
1.101	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS PENIANAS (SEM FÁRMACO INDUÇÃO)	R\$ 121,32
1.102	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS VISCERAIS (MESENTÉRICAS SUPERIOR E INFERIOR E TRONCO CELIACO)	R\$ 190,49
1.103	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE HEMANGIOMA	R\$ 84,12
1.104	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE ÓRGÃO OU ESTRUTURA ISOLADA	R\$ 95,81
1.105	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS BILATERAL (CARÓTIDAS E VERTEBRAIS)	R\$ 428,19
1.106	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS VENOSOS BILATERAL (SUBCLÁVIAS E JUGULARES)	R\$ 301,81
1.107	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VEIA CAVA SUPERIOR OU INFERIOR	R\$ 84,12
1.108	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO PENIANO COM FÁRMACO-INDUÇÃO	R\$ 177,24
1.109	02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	R\$ 165,56
1.110	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN INFERIOR MASCULINO (BEXIGA, PRÓSTATA E VESÍCULAS/ SEMINAIS)	R\$ 108,86
1.111	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN INFERIOR FEMININO (BEXIGA, ÚTERO, OVÁRIO E ANEXOS)	R\$ 114,04
1.112	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DERMATOLÓGICA – PELE E SUBCULTÂNEO (PARTES MOLES)	R\$ 64,36
1.113	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA RETROPERITÔNIO (GRANDES VASOS OU ADRENAIS)	R\$ 64,36
1.114	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA BIOMICROSCÓPICA - MONOCULAR	R\$ 160,33
1.115	02.05.02.008-9	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	R\$ 160,33
1.116	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA GLOBO OCULAR COM DOPPLER COLORIDO - BILATERAL	R\$ 182,99
1.117	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA HISTEROSSONOGRAFIA	R\$ 260,64
1.118	02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA	R\$ 249,52
1.119	02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA	R\$ 349,63
1.120	02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA: PERFIL BIOFÍSICO FETAL	R\$ 95,59
1.121	02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	R\$ 234,94
1.122	02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$ 145,59
1.123	02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO FEMININO (RINS, URETERES E BEXIGA)	R\$ 153,37
1.124	02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO MASCULINO (RINS, URETES, BEXIGA E	R\$ 205,37

		PRÓSTATA)	
1.125	02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO	R\$ 139,84
1.126	02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 116,77
1.127	02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRRAFIA MAMÁRIA BILATERAL	R\$ 139,84
1.128	02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 144,51
1.129	02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 222,55
1.130	02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 116,77
1.131	02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	R\$ 151,70
1.132	02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA	R\$ 297,69
1.133	02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL (OBSTÉTRICA)	R\$ 141,40
1.134	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRRAFIA ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL OU AXILAS OU MÚSCULO OU TENDÃO)	R\$ 95,71
1.135	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRRAFIA GLÂNDULAS SALIVARES (TODAS)	R\$ 104,59
1.136	02.05.02.013-1	ULTRASSONOGRRAFIA ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO)	R\$ 100,00
1.137	02.05.01.004-7	ULTRASSONOGRRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DE ÓRGÃO OU ESTRUTURA ISOLADA	R\$ 230,00
1.138	02.05.01.004-7	ULTRASSONOGRRAFIA COM DOPPLER COLORIDO INTRAOPERATÓRIO	R\$ 350,00
1.139	02.08.04.008-0	DENSITOMETRIA ÓSSEA	R\$ 250,96

EXAMES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – UNIDADE MÓVEL

ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES NA ÁREA DE OTORRINOLARINGOLOGIA	VALOR (RS)
2.1	02.09.04.002-5	LARINGOSCOPIA	R\$ 307,64
2.2	02.09.04.004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA	R\$ 288,10
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES NA ÁREA DE FONOAUDIOLOGIA	VALOR (RS)
2.3	02.11.07.001-7	ANÁLISE ACÚSTICA DA VOZ POR MEIO DE LABORATÓRIO DE VOZ	R\$ 106,61
2.4	02.11.07.002-5	AUDIOMETRIA DE REFORÇO VISUAL (VIA AÉREA/ÓSSEA)	R\$ 43,18
2.5	02.11.07.003-3	AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	R\$ 106,61
2.6	02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AÉREA/ÓSSEA)	R\$ 106,61
2.7	02.11.07.026-2	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA MÉDIA E LONGA LATÊNCIA (BERA)	R\$ 305,21
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES NA ÁREA DE PNEUMOLOGIA	VALOR (RS)
2.8	02.09.04.001-7	BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA)	R\$ 664,43
2.9	02.11.08.005-5	PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR/ ESPIROMETRIA	R\$ 139,44
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES NA ÁREA DE UROLOGIA	VALOR (RS)
2.10	02.09.02.001-6	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA	R\$ 435,97
2.11	02.11.09.001-8	AVALIAÇÃO URODINÂMICA COMPLETA	R\$ 412,43
2.12	02.11.09.007-7	UROFLUXOMETRIA	R\$ 139,44
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES NA ÁREA DE NEUROLOGIA	VALOR (RS)
2.13	02.11.05.002-4	ELETRORRINOCÉFALOGRAFIA EM VIGÍLIA C/ OU S/ FOTO-ESTÍMULO	R\$ 121,19
2.14	02.11.05.003-2	ELETRORRINOCÉFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG)	R\$ 235,23
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES E PROCEDIMENTOS NA ÁREA DE GASTROENTEROLOGIA	VALOR (RS)
2.15	02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EDA)	R\$ 613,17
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES NA ÁREA DE COLOPROCTOLOGIA	VALOR (RS)

2.16	02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	R\$ 835,26
2.17	02.09.01.005-3	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	R\$ 220,96
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES DE MAMOGRAFIA	VALOR (RS)
2.18	02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA UNILATERAL	R\$ 227,01
2.19	02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	R\$ 167,62
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES NA ÁREA DE CARDIOLOGIA	VALOR (RS)
2.20	02.11.02.004-4	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HORAS (3 CANAIS)	R\$ 248,92
2.21	02.11.02.005-2	MONITORAMENTO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL (MAPA)	R\$ 248,92
2.22	02.11.02.006-0	TESTE DE ESFORÇO/TESTE ERGOMÉTRICO	R\$ 171,65
2.23	02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	R\$ 386,32
2.24	02.11.02.003-6	ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 40,64
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES NA ÁREA DE OFTALMOLOGIA	VALOR (RS)
2.25	02.11.06.025-9	TONOMETRIA – BINOCULAR	R\$ 78,27
2.26	02.11.06.006-2	CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)	R\$ 79,52
2.27	02.11.06.014-3	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CÓRNEA	R\$ 130,02
2.28	02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	R\$ 86,87
2.29	02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO	R\$ 55,64
2.30	02.11.06.018-6	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R\$ 159,96
2.31	02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	R\$ 90,27
2.32	02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA – MONOCULAR	R\$ 106,47
2.33	02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA MANUAL – MONOCULAR	R\$ 55,03
2.34	02.05.02.008-9	ULTRASSONOGRAMA OCULAR	R\$ 124,30
2.35	02.05.02.002-0	CERATOSCOPIA COMPUTADORIZADA – MONOCULAR	R\$ 87,80
2.36	02.11.06.028-3	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA SIMPLES – MONOCULAR	R\$ 47,98
2.37	02.11.06.028-3	TOMOGRAMA DE COERENCIA OPTICA – MONOCULAR	R\$ 193,20
2.38	02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA	R\$ 75,20
2.39	02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO	R\$ 160,33
2.40	02.11.06.028-3	OCT - GLAUCOMA TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA – MONOCULAR	R\$ 631,91
2.41	02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA – BINOCULAR	R\$ 75,20
2.42	02.11.06.003-8	CAMPO VISUAL CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA – MONOCULAR	R\$ 285,54
2.43	02.11.06.025-9	TONOMETRIA – BINOCULAR	R\$ 78,27
2.44	02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA – MONOCULAR	R\$ 154,28
2.45	NÃO SE APLICA	RETINOGRAFIA (SÓ HONORÁRIO) MONOCULAR	R\$ 120,51
2.46	02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R\$ 150,00
2.47	NÃO SE APLICA	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL (PAM)	R\$ 350,00
2.48	NÃO SE APLICA	PENTACAM	R\$ 350,00
2.49	NÃO SE APLICA	PENTACAM MONOCULAR	R\$ 280,00
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAME DE TOMOGRAFIA	VALOR (RS)
2.50	02.06.01.001-0	TC DE COLUNA CERVICAL COM OU SEM CONTRASTE	R\$ 441,22
2.51	02.06.01.002-8	TC DE COLUNA LOMBO SACRA COM OU SEM CONTRASTE	R\$ 441,22
2.52	02.06.01.003-6	TC DE COLUNA TORÁCICA COM OU SEM CONTRASTE	R\$ 441,22
2.53	02.06.01.004.4	TC DE FACE/ SEIOS DA FACE E ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULAR	R\$ 541,90
2.54	02.06.01.005-2	TC DE PESCOÇO	R\$ 556,12

2.55	02.06.01.006-0	TC DE SELA TÚRCICA	R\$ 489,53
2.56	02.06.01.007-9	TC DE CRÂNIO	R\$ 489,53
2.57	02.06.02.001-5	TC DE ARTICULAÇÃO DE MEMBROS SUPERIORES	R\$ 512,17
2.58	02.06.02.002-3	TC DE SEGMENTOS APENDICULARES	R\$ 522,17
2.59	02.06.03.001-0	TC DE TÓRAX	R\$ 556,12
2.60	02.06.03.002-9	TC DE HEMITÓRAX / MEDIASTINO (POR PLANO)	R\$ 556,12
2.61	02.06.04.001-6	TC DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 556,12
2.62	02.06.05.001-1	TC DE ARTICULAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 522,17
2.63	02.06.06.001-7	TC DE Pelve/ BACIA	R\$ 522,17
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICAS	VALOR (RS)
2.64	02.07.02.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA/ PELVE/ ABDÔMEN	R\$ 1.046,82
2.65	02.07.01.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL/ PESCOÇO	R\$ 1.046,82
2.66	02.07.01.004-8	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 1.046,82
2.67	02.07.01.005-6	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	R\$ 1.046,82
2.68	02.07.03.001-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 1.046,82
2.69	02.07.01.007-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA	R\$ 1.046,82
2.70	02.07.02.001-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 1.103,34
2.71	02.07.01.002-1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR	R\$ 1.024,11
2.72	02.07.01.006-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	R\$ 1.046,82
2.73	02.07.04.001-5	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX	R\$ 1.103,34
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES DE RADIOGRAFIAS	VALOR (RS)
2.74	02.04.01.005-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR BILATERAL	R\$ 68,51
2.75	02.04.01.008-0	RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA + LATERAL)	R\$ 62,81
2.76	02.04.01.014-4	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 65,20
2.77	02.04.06.002-8	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO/ FLEXÃO)	R\$ 62,36
2.78	02.04.06.006-0	RADIOGRAFIA DA COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 95,69
2.79	02.04.06.008-7	RADIOGRADIA DE COLUNA TORÁCICA (AP + LATERAL)	R\$ 95,69
2.80	02.04.03.015-3	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL)	R\$ 67,44
2.81	02.04.04.001-9	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO	R\$ 61,22
2.82	02.04.04.002-7	RADIOGRAFIA DE BRAÇO	R\$ 62,81
2.83	02.04.04.003-5	RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA	R\$ 62,81
2.84	02.04.04.004-3	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 59,40
2.85	02.04.04.005-1	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO	R\$ 58,94
2.86	02.04.04.006-0	RADIOGRAFIA DE MÃO	R\$ 59,40
2.87	02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO	R\$ 58,94
2.88	02.04.04.008-6	RADIOGRAFIA DE ESCÁPULA / OMBRO (3 POSIÇÕES)	R\$ 60,99
2.89	02.04.04.010-8	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLÍQUA)	R\$ 62,13
2.90	02.04.05.001-4	RADIOGRAFIA DE ABDÔMEN (AP + LATERAL)	R\$ 97,11
2.91	02.04.06.001-0	RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 61,53
2.92	02.04.06.003-6	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 65,85
2.93	02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R\$ 61,22
2.94	02.04.06.013-3	RADIOGRAFIA DE PÉ / DEDOS DO PÉ	R\$ 61,22
2.95	02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$ 64,25
2.96	02.04.01.017-9	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	R\$ 64,85

ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES DE ULTRASSONOGRÁFIAS	VALOR (R\$)
2.97	02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 236,81
2.98	02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 3 VASOS)	R\$ 248,88
2.99	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTÉRIAS RENAIAS	R\$ 190,49
2.100	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ILÍACAS	R\$ 162,60
2.101	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS PENIANAS (SEM FÁRMACO INDUÇÃO)	R\$ 121,32
2.102	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS VISCERAIS (MESENTÉRICAS SUPERIOR E INFERIOR E TRONCO CELIACO)	R\$ 190,49
2.103	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE HEMANGIOMA	R\$ 84,12
2.104	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE ÓRGÃO OU ESTRUTURA ISOLADA	R\$ 95,81
2.105	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS BILATERAL (CARÓTIDAS E VERTEBRAIS)	R\$ 428,19
2.106	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS VENOSOS BILATERAL (SUBCLÁVIAS E JUGULARES)	R\$ 301,81
2.107	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VEIA CAVA SUPERIOR OU INFERIOR	R\$ 84,12
2.108	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO PENIANO COM FÁRMACO-INDUÇÃO	R\$ 177,24
2.109	02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	R\$ 165,56
2.110	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN INFERIOR MASCULINO (BEXIGA, PRÓSTATA E VESÍCULAS/ SEMINAIS)	R\$ 108,86
2.111	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN INFERIOR FEMININO (BEXIGA, ÚTERO, OVÁRIO E ANEXOS)	R\$ 114,04
2.112	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DERMATOLÓGICA – PELE E SUBCULTÂNEO (PARTES MOLES)	R\$ 64,36
2.113	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA RETROPERITÔNIO (GRANDES VASOS OU ADRENAIS)	R\$ 64,36
2.114	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA BIOMICROSCÓPICA - MONOCULAR	R\$ 160,33
2.115	02.05.02.008-9	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	R\$ 160,33
2.116	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA GLOBO OCULAR COM DOPPLER COLORIDO - BILATERAL	R\$ 182,99
2.117	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA HISTEROSSONOGRAFIA	R\$ 260,64
2.118	02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA	R\$ 249,52
2.119	02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA	R\$ 349,63
2.120	02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA: PERFIL BIOFÍSICO FETAL	R\$ 95,59
2.121	02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	R\$ 234,94
2.122	02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$ 145,59
2.123	02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO FEMININO (RINS, URETERES E BEXIGA)	R\$ 153,37
2.124	02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO MASCULINO (RINS, URETES, BEXIGA E PRÓSTATA)	R\$ 205,37
2.125	02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO	R\$ 139,84
2.126	02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 116,77
2.127	02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL	R\$ 139,84
2.128	02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 144,51
2.129	02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 222,55
2.130	02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 116,77
2.131	02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	R\$ 151,70
2.132	02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	R\$ 297,69
2.133	02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (OBSTÉTRICA)	R\$ 141,40
2.134	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL OU AXILAS OU MÚSCULO OU TENDÃO)	R\$ 95,71
2.135	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA GLÂNDULAS SALIVARES (TODAS)	R\$ 104,59

2.136	02.05.02.013-1	ULTRASSONOGRRAFIA ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO)	R\$ 100,00
2.137	02.05.01.004-7	ULTRASSONOGRRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DE ÓRGÃO OU ESTRUTURA ISOLADA	R\$ 230,00
2.138	02.05.01.004-7	ULTRASSONOGRRAFIA COM DOPPLER COLORIDO INTRAOPERATÓRIO	R\$ 350,00
2.139	02.08.04.008-0	DENSITOMETRIA ÓSSEA	R\$ 250,96

LOTE 03 - PROCEDIMENTOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE - UNIDADE DA CREDENCIADA

ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	PROCEDIMENTOS NA ÁREA DE OFTALMOLOGIA	VALOR (RS)
1.1	04.05.03.004-5	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER	R\$ 410,90
1.2	04.05.05.002-0	CAPSULOTOMIA POR YAG-LASER	R\$ 485,91
1.3	04.05.05.037-2	FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR DOBRÁVEL	R\$ 1.806,28
1.4	04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	R\$ 1.480,00
1.5	04.05.03.013-4	VITRECTOMIA ANTERIOR	R\$ 1.099,40
1.6	04.05.03.014-2	VITRECTOMIA POSTERIOR	R\$ 8.278,54
1.7	03.03.05.023-3	TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE DOENÇA DA RETINA	R\$ 1.000,00
1.8	04.05.05.019-4	IRIDOTOMIA A LASER	R\$ 600,00
1.9	04.05.01.011-7	RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL	R\$ 2.000,00
1.10	04.05.01.015-0	SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL	R\$ 1.000,00
1.11	04.05.01.018-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE BLEFAROCALASE	R\$ 3.500,00
1.12	04.05.04.020-2	TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL	R\$ 3.500,00
1.13	04.05.01.007-9	EXÉRESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS	R\$ 1.800,00
1.14	07.01.04.005-0	ÓCULOS COM LENTES CORRETIVAS IGUAIS/ MAIORES QUE 0,5 DIOPTRIAS	R\$ 572,00
1.15	04.05.05.017-8	IRIDECTOMIA (LASER OU CIRÚRGICA) MONOCULAR	R\$ 2.419,08
1.16	NÃO SE APLICA	CIRURGIAS FISTULIZANTES ANTIGLAUCOMATOSAS/ MITOMICIANA MONOCULAR	R\$ 4.674,46
1.17	04.05.05.020-8	PARACENTESE DE CAMARA ANTERIOR	R\$ 1.357,73
1.18	04.05.05.016-0	INJEÇÃO/ INFILTRAÇÃO SUBCONJUNTIVAL	R\$ 546,49
1.19	NÃO SE APLICA	CURATIVO OFTALMOLÓGICO	R\$ 546,49
1.20	04.05.05.012-7	FOTOTRABECULOPLASTIA (LASER) MONOCULAR	R\$ 2.048,92
1.21	04.05.05.032-1	GONIOTOMIA OU TRABECULECTOMIA MONOCULAR	R\$ 7.381,00
1.22	NÃO SE APLICA	CIRURGIA FISTULIZANTES COM IMPLANTES VALVULARES (AHMED) MONOCULAR	R\$ 18.893,00
1.23	NÃO SE APLICA	CICLOTERRAPIA - QUALQUER TÉCNICA MONOCULAR	R\$ 3.295,00
1.24	04.04.01.029-6	SINEQUIOTOMIA (CIRÚRGICA)	R\$ 2.817,69
1.25	04.04.01.029-6	SINEQUIOTOMIA (LASER)	R\$ 2.817,09
1.26	NÃO SE APLICA	ESTRABISMO HORIZONTAL - MONOCULAR - TRATAMENTO CIRÚRGICO	R\$ 5.327,00
1.27	04.05.03.005-3	INJEÇÃO INTRA-VITREO + AFLIBERCEPT (EYLIA - NOME COMERCIAL)	R\$ 1.756,80
1.28	04.05.03.005-3	INJEÇÃO INTRA-VITREO + BEVACIZUMABE (AVASTIN - NOME COMERCIAL)	R\$ 1.897,99
1.29	04.05.03.005-3	INJEÇÃO INTRA-VITREO + POLÍMERO DE DEXAMETASONA LIBERAÇÃO LENTA (OZURDEX)	R\$ 4.404,46
1.30	04.05.03.005-3	INJEÇÃO INTRA-VITREO + TRIANCINOLONA (TRIANCIL)	R\$ 159,84
1.31	04.05.04.006-7	CIRURGIA DE EVICERAÇÃO OU ENUCLEAÇÃO	R\$ 11.350,72
1.32	04.05.04.013-0	INJEÇÃO RETROBULBAR	R\$ 3.500,00
1.33	04.05.05.012-7	FOTOTRABECULOPLASTIA	R\$ 650,00
1.34	04.05.05.004-6	CICLOTERRAPIA (QUALQUER TÉCNICA) CICLOFOTOCOAGULAÇÃO+SONDA MICROPULSE	R\$ 9.965,00
1.35	04.05.03.007-0	CIRURGIA INTROFLEXÃO ESCLERAL COM FAIXA DE SILICONE	R\$ 8.278,54
1.36	04.05.05.014-3	IMPLANTE DE ANEL DE FERRARA MONOCULAR	R\$ 4.800,00
1.37	04.05.05.014-3	CROSSLINKING CORNEANO MONOCULAR	R\$ 3.900,00
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS	VALOR (RS)

1.38	04.08.05.006-5	IMOBILIZAÇÕES NÃO GESSADAS	R\$ 14,15
1.39	04.16.11.001-5	MONITORAÇÃO OU PROCEDIMENTO INTRAOPERATÓRIO	R\$ 279,31
1.40	03.09.04.015-3	INFILTRAÇÃO ARTICULAR (PROCEDIMENTO + MEDICAÇÃO)	R\$ 350,00
1.41	03.03.09.003-0	INFILTRAÇÃO ARTICULAR POR ÁCIDO HIALURÔNICO (PROCEDIMENTO + MEDICAÇÃO)	R\$ 1.500,00
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	PROCEDIMENTOS DE BIÓPSIA	VALOR (RS)
1.42	02.01.01.002-0	BIOPSIA/PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DE PELE	R\$ 235,43
1.43	02.01.01.041-0	BIOPSIA DE PRÓSTATA	R\$ 752,87
1.44	02.01.01.047-0	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE – PAAF	R\$ 294,79
1.45	02.01.01.056-9	BIÓPSIA/EXÉRESE DE NÓDULO DE MAMA	R\$ 1.347,03
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	PROCEDIMENTOS MASSOTERAPÊUTICOS	VALOR (RS)
1.46	03.09.05.002-2	SESSÃO DE ACUPUNTURA COM INSERÇÃO DE AGULHAS	R\$ 92,37
1.47	03.09.05.001-4	SESSÃO DE ACUPUNTURA COM APLICAÇÃO DE VENTOSAS/MOXA	R\$ 92,37
1.48	03.09.05.004-9	SESSÃO DE AURICULOTERAPIA	R\$ 92,37
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	PROCEDIMENTOS FISIOTERAPÊUTICOS	VALOR (RS)
1.49	03.02.06.001-4	TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM LESÕES NERVOSAS PERIFÉRICAS AFETANDO MAIS DE UM NERVO COM ALTERAÇÕES SENSITIVAS E/ OU MOTORAS	R\$ 59,64
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	PROCEDIMENTOS NA ÁREA DE UROLOGIA	VALOR (RS)
1.50	02.09.02.001-6	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA	R\$ 435,97
1.51	02.11.09.001-8	AVALIAÇÃO URODINÂMICA COMPLETA	R\$ 412,43
1.52	02.11.09.007-7	UROFLUXOMETRIA	R\$ 139,44
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	PROCEDIMENTOS NA ÁREA DE MASTOLOGIA	VALOR (RS)
1.53	02.01.01.058-5	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	R\$ 301,06
1.54	02.01.01.060-7	PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA GROSSA	R\$ 644,69
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	PROCEDIMENTOS NA ÁREA DE GASTROENTEROLOGIA	VALOR (RS)
1.55	03.03.07.004-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESÔFAGO	R\$ 705,09
LOTE 04 - EXAMES LABORATORIAIS – UNIDADE DA CREDENCIADA E CREDENCIANTE			
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES E PROCEDIMENTOS ANATOMOPATOLÓGICOS	VALOR (RS)
1.1	02.03.02.003-0	ESTUDO ANATOMOPATOLÓGICO DE PEÇA CIRÚRGICA SIMPLES	R\$ 149,35
1.2	02.03.02.003-0	ESTUDO ANATOMOPATOLÓGICO DE PEÇA CIRÚRGICA COMPLEXA	R\$ 194,05
1.3	02.03.02.008-1	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DO COLO UTERINO – BIÓPSIA	R\$ 149,35
1.4	02.03.02.006-5	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE MAMA	R\$ 149,35
1.5	02.03.02.007-3	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE MAMA – PEÇA CIRÚRGICA	R\$ 149,35
1.6	02.03.01.004-3	EXAME CITOPATOLÓGICO DE MAMA	R\$ 90,22
1.7	02.03.02.004-9	IMUNO-HISTOQUÍMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 364,55
1.8	02.02.09.003-5	CITOLOGIA CERVICAL	R\$ 90,22
1.9	02.03.01.001-9	EXAME CITOPATOLÓGICO CÉRVICO-VAGINAL/ MICROFLORA – RASTREAMENTO	R\$ 90,22
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES HEMATOLÓGICOS E HEMOSTASIA	VALOR (RS)
1.10	02.02.02.009-6	TEMPO DE SANGRAMENTO - DUKE	R\$ 4,46

1.11	02.02.02.007-0	TEMPO DE COAGULAÇÃO	R\$ 4,46
1.12	02.02.02.050-9	PROVA DO LAÇO	R\$ 4,46
1.13	02.02.02.049-5	RETRAÇÃO DO COÁGULO	R\$ 4,46
1.14	02.02.02.047-9	COOMBS DIRETO	R\$ 10,21
1.15	02.02.02.047-9	COOMBS INDIRETO	R\$ 30,18
1.16	02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 15,58
1.17	02.02.02.015-0	HEMOSEDIMENTAÇÃO – VHS	R\$ 6,32
1.18	02.02.02.003-7	RETICULÓCITOS	R\$ 9,20
1.19	02.02.02.014-2	TAP (TEMPO DE PROTROMBINA)	R\$ 9,20
1.20	02.02.02.013-4	TTPA (TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA)	R\$ 9,20
1.21	NÃO SE APLICA	D-ÍMERO	R\$ 49,54
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES DE UROANÁLISE	VALOR (RS)
1.22	02.02.05.009-2	MICROALBUMINÚRIA	R\$ 29,60
1.23	02.02.05.001-7	UROANÁLISE - EAS	R\$ 29,31
1.24	02.02.08.008-0	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE BACTERIAS (URINA)	R\$ 50,12
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES HORMONAIIS	VALOR (RS)
1.25	02.02.03.009-1	ALFA-FETOPROTEÍNA	R\$ 45,98
1.26	02.02.06.021-7	BETA HCG	R\$ 32,73
1.27	02.02.06.013-6	CORTISOL	R\$ 37,34
1.28	02.02.06.016-0	ESTRADIOL	R\$ 48,52
1.29	02.02.06.017-9	ESTRIOL	R\$ 62,84
1.30	02.02.06.018-7	ESTRONA	R\$ 62,84
1.31	02.02.06.023-3	FSH - HORMÔNIO FOLÍCULO ESTIMULANTE	R\$ 34,79
1.32	02.02.06.024-1	HORMÔNIO LUTEINIZANTE – LH	R\$ 34,79
1.33	02.02.06.026-8	INSULINA	R\$ 34,79
1.34	02.02.06.029-2	PROGESTERONA	R\$ 37,34
1.35	02.02.06.030-6	PROLACTINA	R\$ 44,58
1.36	02.02.06.039-0	T3 – TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 37,34
1.37	02.02.06.038-1	T4 - TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 45,43
1.38	02.02.06.037-3	T4 – TIROXINA (T4)	R\$ 32,73
1.39	02.02.06.035-7	TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 65,30
1.40	02.02.06.034-9	TESTOSTERONA TOTAL	R\$ 48,52
1.41	02.02.06.025-0	TSH – HORMÔNIO TIREOESTIMULANTE	R\$ 36,35
1.42	02.02.01.070-8	VITAMINA B12	R\$ 28,31
1.43	02.02.01.076-7	VITAMINA D-25	R\$ 28,82
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES IMUNO-HEMATOLÓGICOS	VALOR (RS)
1.44	02.02.02.041-0	CÉLULAS LE	R\$ 19,25
1.45	02.02.02.035-5	ELETOFORESE DE HEMOGLOBINAS	R\$ 34,91
1.46	02.02.12.002-3	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 10,21
1.47	02.02.12.008-2	PESQUISA DE FATOR RH	R\$ 11,32
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES BIOQUÍMICOS	VALOR (RS)
1.48	02.02.01.012-0	ÁCIDO ÚRICO	R\$ 6,32
1.49	02.02.01.018-0	AMILASE	R\$ 11,64

1.50	02.02.01.020-1	BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	R\$ 7,01
1.51	02.02.01.021-0	CÁLCIO	R\$ 7,01
1.52	02.02.01.022-8	CÁLCIO IÔNICO	R\$ 17,39
1.53	02.02.01.002-3	CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	R\$ 8,77
1.54	02.02.05.002-5	CLEARANCE DE CREATINA	R\$ 17,39
1.55	02.02.09.014-0	COLORO	R\$ 7,01
1.56	02.02.01.029-5	COLESTEROL TOTAL	R\$ 7,01
1.57	02.02.01.027-9	COLESTEROL HDL	R\$ 9,77
1.58	NÃO SE APLICA	COLESTEROL VLDL	R\$ 12,92
1.59	02.02.01.028-7	COLESTEROL LDL	R\$ 12,92
1.60	02.02.01.031-7	CREATININA	R\$ 12,92
1.61	02.02.01.032-5	CREATINO FOSFOQUINASE - CPK	R\$ 17,39
1.62	02.02.01.033-3	CREATINO FOSFOQUINASE - MB	R\$ 53,60
1.63	02.02.01.036-8	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA (DHL)	R\$ 8,77
1.64	02.02.01.072-4	ELETROFORESE DE PROTEÍNAS	R\$ 29,60
1.65	02.02.01.038-4	FERRITINA	R\$ 37,34
1.66	02.02.01.039-2	FERRO SÉRICO	R\$ 9,72
1.67	02.02.01.042-2	FOSFATASE ALCALINA	R\$ 11,64
1.68	02.02.01.041-4	FOSFATASE ÁCIDA	R\$ 11,64
1.69	02.02.01.043-0	FÓSFORO	R\$ 7,01
1.70	02.02.01.046-5	GAMA-GLUTAMILTRANSFERASE - GGT	R\$ 12,92
1.71	02.02.01.047-3	GLICOSE EM JEJUM	R\$ 6,32
1.72	02.02.01.047-3	GLICOSE PÓS-PRANDIAL	R\$ 9,20
1.73	02.02.01.07.32	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2	R\$ 49,54
1.74	02.02.01.050-3	HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 53,60
1.75	02.02.01.055-4	LIPASE	R\$ 11,64
1.76	02.02.01.060-0	POTÁSSIO	R\$ 6,32
1.77	02.02.01.062-7	PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES	R\$ 7,01
1.78	02.02.01.063-5	SÓDIO	R\$ 7,01
1.79	02.02.01.064-3	TRANSAMINASE OXALACÉTICA – TGO/AST	R\$ 12,92
1.80	02.02.01.065-1	TRANSAMINASE PIRÚVICA – TGP / ALT	R\$ 12,92
1.81	02.02.01.066-0	TRANSFERRINA	R\$ 27,71
1.82	02.02.01.067-8	TRIGLICERÍDEOS	R\$ 9,72
1.83	02.02.01.069-4	UREIA	R\$ 7,01
1.84	02.02.03.085-7	CITOMEGALOVIRUS , IFI (IGM)	R\$ 25,25
1.85	02.02.01.007-4	CURVA GLICEMICA CLASSICA 5 DOSAGENS-ORAL	R\$ 136,88
1.86	02.02.03.074-1	CITOMEGALOVIRUS , IFI (IGG)	R\$ 32,08
1.87	02.02.03.059-8	FAN - ANTICORPOS ANTI-NUCLEO , IFI	R\$ 13,87
1.88	02.02.03.008-3	PROTEINA C REATIVA , PESQUISA	R\$ 13,55
1.89	02.02.03.010-5	PSA LIVRE	R\$ 36,76
1.90	02.02.03.081-4	RUBEOLA , ANTICORPOS IGG	R\$ 20,80
1.91	02.02.03.092-0	RUBEOLA , ANTICORPOS IGM	R\$ 25,25
1.92	02.13.01.057-7	TOXOPLASMOSE IFI (IGG)	R\$ 20,80
1.93	02.02.11.015-0	TOXOPLASMOSE IFI (IGM)	R\$ 25,25
1.94	02.14.01.008-2	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	R\$ 13,35
1.95	02.02.05.009-2	ALBUMINA, PESQUISA	R\$ 4,55
1.96	02.02.08.001-3	ANTIBIOGRAMA	R\$ 4,95
1.97	NÃO SE APLICA	CHAGAS , IFI - IGG	R\$ 21,12

1.98	NÃO SE APLICA	CHAGAS , IFI - IGM	R\$ 25,57
1.99	02.02.01.004-0	CURVA GLICEMICA - 2 DOSAGENS-ORAL	R\$ 95,67
1.100	02.02.03.101-2	FATOR REUMATOIDE , TESTE DO LATEX	R\$ 13,55
1.101	02.02.01.056-2	MAGNÉSIO	R\$ 4,55
1.102	02.02.01.057-0	MUCO PROTEINAS	R\$ 20,90
1.103	NÃO SE APLICA	PCR QUALITATIVA P/ HPV (PAPILOMAVIRUS HUMANO)	R\$ 384,37
1.104	02.02.03.010-5	PSA TOTAL	R\$ 28,36
1.105	NÃO SE APLICA	VITAMINA A	R\$ 103,49
1.106	NÃO SE APLICA	VITAMINA B1	R\$ 255,86
1.107	NÃO SE APLICA	VITAMINA B2	R\$ 386,73
1.108	NÃO SE APLICA	VITAMINA C	R\$ 25,16
1.109	NÃO SE APLICA	VITAMINA E	R\$ 103,49
1.110	02.02.03.031-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 49,54
1.111	02.02.03.030-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 17,34
1.112	02.02.03.080-6	HEPATITE A, ANTICORPOS IGG	R\$ 21,12
1.113	02.02.03.091-1	HEPATITE A, ANTICORPOS IGM	R\$ 25,57
1.114	02.02.03.078-4	HEPATITE B - HBCAC - IGG (ANTI-CORE IGG OU ACOREG) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 24,77
1.115	02.02.03.078-4	HEPATITE B - HBCAC - IGM (ANTI-CORE IGM OU ACOREM) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 29,72
1.116	02.02.03.064-4	HEPATITE B - HBEAC (ANTI HBE) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 24,77
1.117	02.02.03.098-9	HEPATITE B - HBEAG (ANTÍGENO "E") - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 24,77
1.118	02.02.03.097-0	HEPATITE B - HBSAC (ANTI-ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 19,81
1.119	02.02.03.097-0	HEPATITE B - HBSAG (AU, ANTÍGENO AUSTRÁLIA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 17,34
1.120	02.02.03.067-9	HEPATITE C, ANTI-HCV - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 49,54
1.121	02.02.03.067-9	HEPATITE C, ANTI-HCV - IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 30,96
1.122	02.02.03.068-7	HEPATITE DELTA (HDV), ANTICORPOS IGG	R\$ 47,62
1.123	02.02.03.068-7	HEPATITE DELTA (HDV), ANTICORPOS IGM	R\$ 46,59
1.124	NÃO SE APLICA	HEPATITE E, ANTICORPOS IGG	R\$ 49,54
1.125	NÃO SE APLICA	HEPATITE E, ANTICORPOS IGM	R\$ 49,54
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES PARASITOLÓGICOS	VALOR (RS)
1.126	NÃO SE APLICA	PARASITOLÓGICO (METODOS DE CONCENTRACAO) - AMOSTRA 3	R\$ 11,08
1.127	02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 11,08
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES DE TESTE RÁPIDO	VALOR (RS)
1.28	02.14.01.012-0	DENGUE IGG	R\$ 30,00
1.29	02.14.01.012-0	DENGUE IGM	R\$ 30,00
1.30	NÃO SE APLICA	DENGUE NS1	R\$ 45,00
LOTE 05 - CIRURGIAS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE - UNIDADE DA CREDENCIANTE E DA CREDENCIADA			
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	CIRURGIAS DO APARELHO DIGESTIVO E HÉRNIAS	VALOR (RS)
1.1	04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	R\$ 1.595,66
1.2	04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	R\$ 5.524,62
1.3	04.07.04.004-8	HERNIOPLASTIA DIAFRAGMÁTICA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 5.285,02
1.4	04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	R\$ 1.772,59
1.5	04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R\$ 1.635,44

1.6	04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL BILATERAL (COM TELA)	R\$ 2.250,23
1.7	04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL UNILATERAL (COM TELA)	R\$ 2.153,50
1.8	04.07.04.014-5	HERNIOPLASTIA ESTRANGULADA	R\$ 3.234,79
1.9	04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	R\$ 2.051,30
1.10	04.07.04.022-6	REPARAÇÃO DE OUTRAS HÉRNIAS	R\$ 1.394,42
1.11	04.07.04.016-1	LAPAROTOMIA EXPLORADORA	R\$ 1.479,49
1.12	04.01.02.007-0	EXÉRESE DE CISTO DERMÓIDE	R\$ 643,00
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	CIRURGIAS UROLÓGICAS E ANDROLÓGICAS	VALOR (RS)
1.13	04.09.04.021-5	HIDROCELE	R\$ 1.724,83
1.14	04.09.04.024-0	VASECTOMIA	R\$ 1.507,58
1.15	04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	R\$ 1.802,17
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	VALOR (RS)
1.16	04.09.07.005-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	R\$ 3.245,78
1.17	04.09.06.010-0	HISTERECTOMIA VAGINAL	R\$ 3.738,42
1.18	04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	R\$ 4.528,73
1.19	04.09.06.011-9	HISTERECTOMIA COM ANEXECTOMIA	R\$ 3.611,20
1.20	04.09.06.018-6	LAQUEADURA TUBÁRIA	R\$ 2.341,59
1.21	04.09.06.019-4	MIOMECTOMIA	R\$ 2.411,88
1.22	04.09.06.021-6	OOFORECTOMIA	R\$ 3.612,43
1.23	04.09.02.011-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA SUBURETRAL (COM IMPLANTE DE TELA)	R\$ 662,60
1.24	04.09.07.009-2	COLPORRAFIA ANTERIOR COM TELA (RECONSTRUÇÃO VAGINAL COM USO DE TELA)	R\$ 919,59
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	CIRURGIAS PLÁSTICAS E REPARADORAS	VALOR (RS)
1.25	04.10.01.007-3	PLÁSTICA MAMÁRIA FEMININA NÃO-ESTÉTICA UNILATERAL	R\$ 5.327,42
1.26	04.10.01.008-1	PLÁSTICA MAMÁRIA MASCULINA	R\$ 4.105,39
1.27	04.01.02.005-3	EXCISÃO E SUTURA DE TUMOR DE PELE	R\$ 1.390,63
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	CIRURGIAS OTORRINOLARINGOLÓGICAS	VALOR (RS)
1.28	04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA	R\$ 3.366,21
1.29	04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA	R\$ 3.925,43
1.30	04.04.01.003-2	ADENOIDECTOMIA COM AMIGDALECTOMIA	R\$ 3.164,36
1.31	04.01.01.008-2	FRENECTOMIA/FRENOTOMIA	R\$ 320,00
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	CIRURGIAS DERMATOLÓGICAS	VALOR (RS)
1.32	04.15.04.003-5	DESRIDAMENTO DE ÚLCERA/TECIDO DESVITALIZADOS	R\$ 1.513,16
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	CIRURGIAS VASCULARES ENDOVASCULARES / HEMODINÂMICAS	VALOR (RS)
1.33	04.06.03.001-4	ANGIOPLASTIA CORONARIANA	R\$ 2.001,83
1.34	04.06.03.002-2	ANGIOPLASTIA CORONARIANA C/ IMPLANTE DE DOIS STENTS	R\$ 2.649,13
1.35	04.06.03.003-0	ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM IMPLANTE DE STENT	R\$ 1.688,27
1.36	04.06.03.004-9	ANGIOPLASTIA CORONARIANA PRIMÁRIA	R\$ 1.815,82
1.37	04.06.03.005-7	ANGIOPLASTIA COM IMPLANTE DE DUPLO STENT EM AORTA/ARTERIA PULMONAR E RAMOS	R\$ 1.575,72
1.38	04.06.03.006-5	ANGIOPLASTIA EM ENXERTO CORONARIANO	R\$ 1.491,96

1.39	04.06.03.007-3	ANGIOPLASTIA EM ENXERTO CORONARIANO (COM IMPLANTE DE STENT)	R\$ 1.986,20
1.40	04.06.04.002-8	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE AORTA, VEIA CAVA / VASOS ILÍACOS (COM STENT)	R\$ 2.800,66
1.41	04.06.04.004-4	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE AORTA, VEIA CAVA / VASOS ILÍACOS (SEM STENT)	R\$ 1.101,00
1.42	04.06.04.005-2	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DAS EXTREMIDADES (SEM STENT)	R\$ 2.253,24
1.43	04.06.04.006-0	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DAS EXTREMIDADES (COM STENT NÃO RECOBERTO)	R\$ 2.663,40
1.44	04.06.04.007-9	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DAS EXTREMIDADES (COM STENT RECOBERTO)	R\$ 2.663,40
1.45	04.06.04.008-7	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DO PESCOÇO / TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS (SEM STENT)	R\$ 2.663,40
1.46	04.06.04.009-5	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DO PESCOÇO OU TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS (COM STENT NÃO RECOBERTO)	R\$ 2.663,40
1.47	04.06.04.010-9	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS VISCERAIS COM STENT NÃO RECOBERTO	R\$ 2.663,40
1.48	04.06.04.011-7	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS VISCERAIS COM STENT RECOBERTO	R\$ 1.065,36
1.49	04.06.04.012-5	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS VISCERAIS / RENAIIS	R\$ 2.663,40
1.50	04.06.04.013-3	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DOS VASOS DO PESCOÇO / TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS (COM STENT RECOBERTO)	R\$ 1.065,36
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	CIRURGIAS VASCULARES - ACESSOS PARA HEMODIÁLISE	VALOR (RS)
1.51	04.18.01.001-3	CONFECCAO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA C/ ENXERTIA DE POLITETRAFLUORETILENO (PTFE)	R\$ 1.534,62
1.52	04.18.01.002-1	CONFECCAO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA C/ ENXERTO AUTOLOGO	R\$ 713,26
1.53	04.18.01.003-0	CONFECCAO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA P/ HEMODIALISE	R\$ 1.081,18
1.54	04.18.01.004-8	IMPLANTE DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIALISE	R\$ 200,00
1.55	04.18.01.005-6	IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN NA IRA (INCLUI CATETER)	R\$ 163,89
1.56	04.18.01.006-4	IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN P/HEMODIALISE	R\$ 261,82
1.57	04.18.01.007-2	IMPLANTE DE CATETER TENCKHOFF OU SIMILAR DE LONGA PERMANÊNCIA NA IRA (INCLUI CATETER)	R\$ 206,80
1.58	04.18.01.008-0	IMPLANTE DE CATETER TIPO TENCKHOFF OU SIMILAR P/ DPA/DPAC	R\$ 400,00
1.59	04.18.01.009-9	IMPLANTE DE CATETER TIPO TENCKOFF OU SIMILAR P/DPI	R\$ 110,29
1.60	04.18.02.001-9	INTERVENCAO EM FÍSTULA ARTERIO-VENOSA	R\$ 632,44
1.61	04.18.02.002-7	LIGADURA DE FISTULA ARTERIO-VENOSA	R\$ 632,44
1.62	04.18.02.003-5	RETIRADA DE CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILAR DE LONGA PERMANÊNCIA	R\$ 400,00
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	CIRURGIAS VASCULARES VENOSAS / TRATAMENTO DE VARIZES	VALOR (RS)
1.58	03.03.06.030-1	TRATAMENTO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES COM ÚLCERA	R\$ 388,82
1.59	03.09.07.001-5	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	R\$ 720,85
1.60	03.09.07.002-3	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (BILATERAL)	R\$ 583,09
1.61	04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	R\$ 2.481,61
1.62	04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	R\$ 1.434,76
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	CIRURGIAS ORTOPÉDICAS	VALOR (RS)
1.63	04.08.06.008-5	BURSECTOMIA	R\$ 832,71
1.64	04.08.06.031-0	RESSECÇÃO SIMPLES DE TUMOR ÓSSEO/ DE PARTES MOLES	R\$ 1.162,45
1.65	04.08.06.037-9	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS	R\$ 488,04
1.66	04.08.06.044-1	TENÓLISE	R\$ 1.454,13
1.67	04.08.02.032-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO	R\$ 1.006,61
1.68	04.03.02.012-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SÍNDROME COMPRESSIVA EM TÚNEL OSTEO-FIBROSO AO NÍVEL DO CARPO	R\$ 1.966,93

1.69	04.08.01.015-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA	R\$ 2.998,50
1.70	04.08.02.054-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE OLÉCRANO	R\$ 3.115,00
1.71	04.08.05.054-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL	R\$ 1.280,39
1.72	04.08.05.057-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR	R\$ 2.675,39
1.73	04.08.05.049-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR/ TRIMALCOLAR/ DA FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO	R\$ 3.772,50
1.74	04.08.04.009-2	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA/ HIBRIDA	R\$ 6.726,42
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	ANESTESIOLOGIA	VALOR (RS)
1.75	04.17.01.004-4	ANESTESIA GERAL	R\$ 350,00
1.76	04.17.01.005-2	ANESTESIA REGIONAL	R\$ 182,00
1.77	04.17.01.006-0	SEDAÇÃO	R\$ 509,07

§ 1º. A execução dos serviços será autorizada mediante a subscrição periódica da Central Municipal de Regulação, de acordo com a necessidade da Secretaria Municipal de Saúde, restrito ao valor empenhado.

§ 2º. A produtividade deverá ser informada pelos prestadores mensalmente à Gerência de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde, observada a capacidade operacional destes, indicada no requerimento de credenciamento, o prazo de vigência e o valor total da respectiva autorização.

§ 3º. A periodicidade da emissão das Guias de Autorização será definida pela Secretaria Municipal da Saúde, em conformidade com a rede de prestadores então existente, assegurada isonomia entre os prestadores e a rotatividade, excluída a vontade da Administração na determinação da demanda.

§ 4º. A efetiva realização dos serviços contratados deverá ser precedida exclusivamente aos pacientes que portarem a Guia de Autorização emitida pela Central Municipal de Regulação, com base nos protocolos já estabelecidos.

§ 5º. É vedada a cessão ou transferência, total ou parcial do contrato, bem como, sem o assentimento da Secretaria de Saúde, a fusão, cisão ou incorporação da contratada, a subcontratação parcial do objeto ou a associação da contratada com outrem, não se responsabilizando o contratante por nenhum compromisso assumido por aquela com terceiros.

§ 6º. Os serviços objeto deste credenciamento não poderão sofrer solução de continuidade durante todo o prazo da sua vigência, devendo ser executados pela contratada, sob a inteira responsabilidade trabalhista, funcional e operacional desta.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA VIGÊNCIA

§ 1º. O presente contrato terá vigência de **XX meses**, contados a partir do dia XX de XXXX de XXXX até XX de XXXX de XXXX, podendo ser prorrogado por meio de Termo Aditivo, na conveniência da Administração Pública, nos termos do Art. 107 da Lei Federal 14.133/21 e suas alterações posteriores, mediante processo administrativo prévio.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS

§ 1º. Os serviços serão remunerados com base nos valores definidos na cláusula primeira do presente contrato, estando vedada a cobrança direta aos usuários do SUS de qualquer importância a qualquer título.

§ 2º. Nos preços fixados estão incluídos todos os custos com material de consumo, salários, encargos sociais, previdenciários e trabalhistas de todo o pessoal da **CRENCIADA**, como também fardamento, transporte de qualquer natureza, materiais empregados, inclusive ferramentas, utensílios e equipamentos utilizados, depreciação, aluguéis, administração, impostos, taxas, emolumentos e quaisquer outros custos que, direta ou indiretamente, se relacionem com o fiel cumprimento pela CRENCIADA das obrigações.

CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR E DA DOTACAO ORCAMENTÁRIA

§ 1º. Estima-se para a execução do presente contrato o valor de **R\$ XXXXXXXX (XXXXXXXXXX)**, que correrão por conta dos recursos da Dotação Orçamentária a seguir:

Autorização de Compras: XXXXXXXX

Valor: R\$ XXXXXXXXXXXXXXXX

Dotação Orçamentária	0301.10.30X.XXXX.XXXX – XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXX
Natureza da despesa	XXXXXXXXXXXX - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Sub elemento	XXXXXXXXXXXX - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Fonte	XXXX
Empenho	XXXX

§ 2º. Os empenhos serão estimativos, de acordo com a necessidade da Secretaria, sendo empenhado nesse momento o valor de R\$ XXXXXXXXXXXX (XXXXXXXXXXXX).

§ 3º. Em caso de aumento na demanda da Secretaria Municipal de Saúde, poderá ser alterado o número de procedimentos, sendo o valor empenhado por intermédio de termo de apostilamento na respectiva dotação orçamentária.

CLÁUSULA QUINTA – DO PAGAMENTO

§ 1º. Em consonância com disposto no regulamento do Credenciamento, os pagamentos devidos à CRENCIADA serão efetuados através de ordem bancária ou crédito em conta corrente, no prazo não superior a 30 (trinta) dias, contados da data de verificação do adimplemento de cada parcela.

§ 2º. Havendo alguma pendência impeditiva do pagamento, o prazo fluirá a partir da sua regularização por parte da **CRENCIADA**.

§ 3º. A atualização monetária dos pagamentos devidos pela Administração, em caso de mora, será calculada considerando a data do vencimento da obrigação e do seu efetivo pagamento, de acordo com a variação do INPC do IBGE *pro rata tempore*.

§ 4º. As faturas far-se-ão acompanhar da documentação probatória relativa ao recolhimento dos impostos relacionados com a prestação do serviço, no mês anterior à realização dos serviços.

§ 5º. Nenhum pagamento será efetuado à credenciada na pendência de qualquer uma das situações abaixo especificadas, sem que isso gere direito a alteração de preços ou

compensação financeira: comprovação de regularidade junto ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (CRF) e à Fazendas Federal, Estadual e Municipal do domicílio e da sede trabalhista; atestado de conformidade da prestação do serviço emitido pela Gerência de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde; atestado do Auditor da Secretaria Municipal de Saúde; manutenção de todas as condições de habilitação exigidas no edital e anexos.

CLÁUSULA SEXTA – DO REAJUSTE

§ 1º. Os preços são fixos e irredutíveis.

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIADA/CONTRATADA

§ 1º. A **CREDENCIADA**, além das determinações contidas no instrumento convocatório e na legislação vigente, obriga-se a: executar os serviços de acordo com as especificações exigidas, utilizando equipamentos e materiais apropriados, cumprindo, dentro dos prazos estabelecidos todas as obrigações assumidas, obedecendo rigorosamente às normas técnicas respectivas e os parâmetros de cobertura do Credenciamento; Responsabilizar-se por todos os insumos, equipamentos, pessoal e demais necessidades para a realização e entrega dos procedimentos; arcar com todos os danos eventualmente causados ao município e/ou terceiros, de qualquer forma originados da prestação dos serviços; comunicar ao município qualquer anormalidade que interfira no bom andamento dos serviços; zelar pela boa e completa execução dos serviços contratados; agir conforme a legislação vigente; manter atualizadas junto às repartições públicas e privadas todas as licenças, alvarás e demais documentos inerentes a prestação dos serviços e funcionamento da empresa.

§ 2º. Pagar os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais e outras obrigações previstas em lei, especialmente seus empregados. Inclusive em relação aos empregados que por força dos serviços atuam dentro das unidades de saúde da Secretaria Municipal de Saúde, que mesmo nessa condição, não têm vínculo empregatício com o contratante.

§ 3º. Pagar todos os impostos, taxas e emolumentos sobre incidentes, prêmios de seguro de responsabilidade civil, indenização devida a terceiros por fatos oriundos dos serviços e fornecimentos contratados, além de quaisquer outras despesas incidentes, devendo apresentar, sempre que solicitado, a comprovação dos recolhimentos respectivos; acatar apenas as solicitações de serviços emitidas por servidores formalmente autorizados pelo MUNICÍPIO.

§ 4º. Apresentar à **Coordenação de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde, ao Auditor(a) da Secretaria Municipal de Saúde e ao Fiscal/Gestor do Contrato** para efeito de pagamento, documentação comprobatória da realização dos serviços prestados mensalmente, como: relatório dos procedimentos realizados pela contratada, com a devida identificação e assinatura do paciente e/ou responsáveis; Guia de Autorização do médico que solicitou o procedimento, bem como a Guia de autorização da Central de Regulação; no caso das cirurgias: ficha de admissão com dados de identificação do paciente (nome completo, data de nascimento, contato telefônico e etc.) e assinatura do mesmo ou do responsável atestando a veracidade das informações; relatórios médicos, relatórios

cirúrgicos e de alta, todos assinados e carimbados pelo médico assistente, sem qualquer rasura e que estejam preenchidos com informações mínimas; na forma de AIH **de forma digital** ou **em papel** (se solicitado), em conformidade com os parâmetros do Ministério da Saúde, **até o 5º dia útil de cada mês.**

§ 5º. No caso de procedimentos de urgência e emergência e/ou demanda espontânea deverá apresentar à **Coordenação de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde, ao Auditor(a) da Secretaria Municipal de Saúde e ao Fiscal/Gestor do Contrato:** Relação nominativa com o CPF do paciente, pedido médico e autorização da unidade de saúde/ profissional médico **de forma digital** ou **em papel** (se solicitado).

§ 6º. Apresentar à **Coordenação De Controle, Avaliação e Auditoria, de forma digital** ou **em papel** (se solicitado), mensalmente, conforme faturamento: planilha com o nome, CPF e os procedimentos realizados pelo paciente; Pedidos de exames e autorização da Secretaria Municipal de Saúde, **devidamente assinado pelo responsável técnico e o sócio da contratada;**

§ 7º. Apresentar à **Coordenação De Controle, Avaliação e Auditoria e a Diretoria do Fundo Municipal de Saúde, de forma digital** ou **em papel** (se solicitado), a planilha consolidada com o número total por procedimentos, valor unitário e valor total, de acordo com o que será emitido na nota fiscal de serviços, **devidamente assinado pelo responsável técnico e o sócio da contratada;**

§ 8º. Manter, durante a execução do Contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação comprovadas no processo.

§ 9º. Adotar, no que couber, os princípios da biossegurança; afixar aviso, em local visível, de sua condição de entidade credenciada pelo SUS, ficando autorizada a divulgação, por quaisquer meios, dessa condição; autorizar a divulgação, por quaisquer meios, da sua condição de credenciado do SUS;

§ 10º. Comunicar a Secretaria de Saúde quaisquer mudanças implementadas no seu corpo clínico, realizando as substituições por profissionais de mesmo nível e qualificação.

§ 11º. Cumprir as disposições legais, as normas, especificações e diretrizes técnicas expedidas pelos órgãos de vigilância sanitária;

§ 12º. Disponibilizar documentos, arquivos ou instrumentos de controle para a averiguação imediata, por parte das auditorias médica e administrativa da Secretaria de Saúde;

§ 13º. Encaminhar previamente ao SUS, solicitação de autorização para procedimentos, com relatórios circunstanciados que justifiquem sua realização;

§ 14º. Esclarecer aos beneficiários do SUS sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

§ 15º. Zelar pela integridade física dos beneficiários, durante o atendimento, protegendo-os de situações de risco;

§ 16º. Informar à Secretaria Municipal de Saúde eventual alteração de sua razão social, de seu controle acionário ou de mudança de sua diretoria ou desejo estatuto, enviando cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas;

§ 17º. Manter o quadro de pessoal qualificado, promovendo a capacitação contínua de suas equipes; manter atualizado o prontuário médico do paciente, no caso de papel, pelo prazo mínimo de 20 (vinte) anos, e no formato digital de forma permanente, conforme disposto na Lei Federal 13.787/2018 e Resolução do CFM nº 1.821/2007; manter sigilo profissional,

zelando pela preservação dos preceitos éticos, na forma prevista em lei, código ou regulamento, garantindo ao paciente a confidencialidade dos dados e informações sobre sua assistência;

§ 18º. Disponibilizar à contratante o prontuário médico, de forma imediata, sempre que for requisitado pelo paciente ou seu representante legal, bem como por determinação judicial ou outras situações previstas no Código de Ética Médica e legislação pertinente;

§ 19º. Permitir o acesso de prepostos e auditores da Secretaria de Saúde para supervisionar e acompanhar a execução dos serviços de saúde decorrente deste contrato;

§ 20º. Respeitar a decisão do beneficiário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal; utilizar, de forma racional, os recursos tecnológicos;

§ 21º. Atender todos os pacientes, inclusive com comorbidades, idosos e/ou crianças, com exceção da parte cirúrgica que envolve processo de triagem diverso;

§ 22º. Agendar as revisões cirúrgicas de rotina dos pacientes operados, garantindo-as até 30 dias da alta hospitalar;

§ 23º. Agendar as revisões de consultas conforme critério médico;

§ 24º. Encaminhar **POR ESCRITO** à Central de Regulação, qualquer recusa ou contrarreferência dos pacientes, caso contrário, o retorno do paciente a unidade de origem, não será permitido;

§ 25º. Esclarecer ao responsável legal pelo paciente sobre os seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos e justificar ao mesmo, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional à execução dos procedimentos previstos neste contrato;

§ 26º. Facilitar os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores da Secretaria de Saúde de Luziânia designados para tal fim, de acordo com os artigos 15, inciso I e XI e artigo 17, incisos II e XI da Lei Federal 8.080/90;

§ 27º. Participar das reuniões quando convocados Pela Central de Regulação e Secretaria de Saúde;

§ 28º. Fornecer todos os equipamentos, insumos, materiais e medicamentos necessários, em perfeito estado de conservação, bem como a contratação da equipe capacitada e habilitada para a realização dos procedimentos;

§ 29º. Obedecer aos protocolos clínicos recomendados pela Sociedade Brasileira de Medicina para a correta prestação dos serviços como também pelos protocolos de regulação adotados pela Central de Regulação e Secretaria de Saúde;

§ 30º. Responsabilizar para que caso haja necessidade de prescrição de medicamentos aos pacientes do SUS para tratamento domiciliar, que os medicamentos sejam prioritariamente os constantes na REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais ou nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde.

§ 31º. Providenciar carimbo ou outro meio para identificar as prescrições dos pacientes do SUS, a fim de que possam fazer a retirada dos medicamentos prescritos nas farmácias públicas comunitárias municipais. As prescrições passarão por auditorias permanentes, a fim de comprovar que os pacientes efetivamente foram direcionados pelos serviços do SUS.

§ 32º. Apresentar comprovação da constituição de Comissões determinadas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM no ambiente hospitalar, no caso de contratado para realização de procedimentos cirúrgicos.

§ 33º. É vedado cobrar diretamente aos usuários do SUS qualquer importância pelos serviços prestados.

§ 34º. Capacitar seus técnicos sobre faturamento e operacionalização do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e/ou a APAC;

§ 35º. Conforme os lotes descritos no objeto deste contrato, bem como o edital do credenciamento, a credenciada também deverá prestar os serviços de exames de RX nas unidades de saúde: UPA I, UPA II, CAIS - LUZIÂNIA e HOSPITAL MUNICIPAL DO JARDIM DO INGÁ, sendo responsável pelos equipamentos, insumos, corpo técnico e tudo o mais necessário para a prestação dos serviços.

CLÁUSULA OITAVA - DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIANTE/CONTRATANTE

A **CREDENCIANTE**, além das obrigações contidas neste contrato, no instrumento convocatório e na legislação vigente, obriga-se a:

§ 1º. Gerenciar e orientar o credenciamento;

§ 2º. Efetuar os devidos pagamentos ao CONTRATADO, na forma e condições ajustadas com os descontos e recolhimentos previstos em Lei;

§ 3º. Estabelecer padrões técnicos de qualidade a serem adotados;

§ 4º. Cumprir e fazer cumprir as disposições regulamentares dos serviços e cláusulas contratuais, aplicando as penalidades previstas quando for o caso;

§ 5º. Fiscalizar os serviços contratados por intermédio de técnicos de seu quadro, do Gestor e/ou Fiscal do contrato;

§ 6º. Poderá disponibilizar estruturas físicas do município para atendimentos, realização de exames laboratoriais e de imagem, segundo as descrições dos lotes objeto deste contrato; sendo os equipamentos, insumos, profissionais e tudo os mais necessários para a realização obrigação da contratada/credenciada;

§ 7º. Poderá disponibilizar estruturas físicas do município para atendimentos em larga escala, para dar vazão a grande demanda reprimida existente, segundo descrições nos lotes elencados neste contrato;

CLÁUSULA NONA - DO REGIME DE EXECUÇÃO

O presente contrato é firmado por valor global estimado, sendo executado por valor unitário, conforme os procedimentos realizados.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO E RECEBIMENTO DO OBJETO

§ 1º. O CONTRATANTE/CREDENCIANTE, conforme o art. 117 da Lei Federal 14.133/21, reserva-se no direito de exercer a fiscalização dos serviços ora contratados, por intermédio do Fiscal de Contrato, na pessoa do servidor(a) XXXXXXXXXXXXXXXX, com o CPF: XXX.XXX.XXX-XX e matrícula nº XXXXX, Gestor dos Contratos, na pessoa do servidor(a) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, com o CPF: XXX.XXX.XXX-XX e matrícula nº XXXXX, Auditor(a) da Secretaria Municipal de Saúde na pessoa do servidor(a) XXXXXXXXXXXXXXXX,

com o CPF: XXX.XXX.XXX-XX e matrícula nº XXXXX, e a Comissão de Monitoramento e Avaliação conforme Portaria nº XXX, de XX de XXXXXXX de XXXX, os quais deverão acompanhar a execução do objeto contratado e prestar as informações cabíveis e atestar a validade.

§ 2º. Na impossibilidade do Fiscal do Contrato, este será substituído pelo Gestor dos Contratos.

§ 3º. Para o recebimento do objeto será observado o disposto no art. 140 da Lei Federal 14.133/21.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA- DAS PENALIDADES

§ 1º. Caso o Credenciado/Contratado incorra nas infrações previstas no art. 155 da Lei Federal nº 14.133/21 ou outras previstas na Legislação Pátria, serão aplicadas as sanções previstas no artigo 156 da mesma lei, ressalvado o direito ao contraditório e ampla defesa em processo administrativo próprio.

§ 2º. As multas previstas neste item não têm caráter compensatório e o seu pagamento não eximirá o Contratado da responsabilidade por perdas e danos decorrentes das infrações cometidas.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA RESCISÃO

§ 1º. A inexecução total ou parcial do contrato, conforme previsto no art. 137 da Lei Federal 14.133/21, ensejará a sua rescisão, que deverá ocorrer na forma do art. 138 da mesma lei.

§ 2º. Em razão da rescisão contratual unilateral pela Administração Pública, poderá ser aplicado.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA VINCULAÇÃO AO INSTRUMENTO CONVOCATÓRIO

Consideram-se integrantes do presente instrumento contratual os termos do Edital de Chamamento Público e seus Anexos, e demais documentos constantes do processo referido no preâmbulo deste instrumento, independentemente de transcrição.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Aos casos omissos, aplicar-se-á as disposições da Lei Federal nº 14.133/21 e alterações posteriores, bem como demais diplomas legais pertinentes.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA- DO FORO

§ 1º. As partes elegem o Foro da Cidade do Luziânia, Estado de Goiás, que prevalecerá sobre qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato.

§ 2º. E, por estarem assim justos e contratados, firmam o presente termo de adesão em 02 (duas) vias de igual teor e forma na presença das testemunhas que subscrevem depois de lido e achado conforme.

Luziânia-Goiás, XX de XXXXXXXX de XXXX.

GLENIO MAGRINI ROQUE
Secretário Municipal de Saúde

Contratada

TESTEMUNHAS:

1. _____

CPF: _____

2. _____

CPF: _____

3. _____

CPF: _____

4. _____

CPF: _____

ANEXO IX

LISTA DE DEFINIÇÕES, SIGLAS E ABREVIATURAS

- a. Credenciamento: caso de inexigibilidade de licitação, caracterizada por inviabilidade de competição, quando, em razão da natureza do serviço a ser prestado e da impossibilidade prática de se estabelecer o confronto entre os interessados, no mesmo nível de igualdade, atende-se melhor à Administração contratando-se o maior número possível de prestadores de serviço;
- b. Prestador de Serviços: Unidades Hospitalares e/ou Clínicas com experiência comprovada em serviços de saúde de média e alta complexidade;
- c. Usuário: todo e qualquer cidadão que utiliza o Sistema Único de Saúde, com acesso regulado através da Central Municipal de Regulação da Secretaria da Saúde do Município de Luziânia – Estado de Goiás, que garante acesso ao recurso disponível mais adequado às necessidades do usuário, utilizando o princípio da equidade e classificação de risco e posterior autorização de internação e encaminhamento para os credenciados;
- d. Guia de Autorização: realizada pela Central Municipal de Regulação, bem como, informada pelos prestadores mensalmente ao núcleo de Informações da Secretaria Municipal de Saúde, onde será discriminado o nome do paciente, idade, procedência (unidade solicitante - origem), destino (unidade executante/credenciado) e o N^o do contrato/credenciamento;
- e. BPA: O Sistema BPA - Boletim de Produção Ambulatorial permite o registro dos procedimentos realizados pelas unidades prestadoras de serviços, de forma agregada e/ou individualizada, com a finalidade específica de geração do arquivo de produção, capaz de informar para o sistema de processamento SIA/SUS, todo atendimento ambulatorial realizado. O SIA/SUS é responsável pela consolidação dos atendimentos realizados no âmbito municipal e/ou estadual, bem como, a geração de valores a serem repassados para as unidades;
- f. Vistorias Técnicas: É o procedimento realizado para determinar a conformidade dos requisitos técnicos para realização dos procedimentos pleiteados com as exigências do credenciamento e evidenciar a capacidade operacional, quantidade e estado de conservação dos equipamentos. A vistoria é de suma importância, pois complementa a verificação da capacidade técnica da empresa a ser credenciada;
- g. APAC: Autorização de Procedimento de Alta Complexidade.

ANEXO X

PLANILHA DOS PROCEDIMENTOS E VALORES

LOTE 01 - CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS – UNIDADE DA CREDENCIADA

ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS	VALOR (RS)
1.1	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM OTORRINOLARINGOLOGIA	R\$ 92,37
1.2	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM PNEUMOLOGIA	R\$ 92,37
1.3	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM UROLOGIA	R\$ 92,37
1.4	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM DERMATOLOGIA	R\$ 92,37
1.5	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM ENDOCRINOLOGIA	R\$ 92,37
1.6	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM NEUROLOGIA	R\$ 160,43
1.7	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM NEUROLOGIA PEDIÁTRICA	R\$ 193,13
1.8	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM ANESTESIOLOGIA	R\$ 92,37
1.9	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM CIRURGIA	R\$ 92,37
1.10	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO	R\$ 92,37
1.11	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM MASTOLOGIA	R\$ 92,37
1.12	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM GASTROENTEROLOGIA	R\$ 92,37
1.13	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM COLOPROCTOLOGIA	R\$ 92,37
1.14	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM ORTOPEDIA	R\$ 92,37
1.15	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM CARDIOLOGIA	R\$ 92,37
1.16	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM ALERGOLOGIA	R\$ 92,37
1.17	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM NEFROLOGIA	R\$ 92,37
1.18	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA	R\$ 92,37
1.19	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM ANGIOLOGIA	R\$ 92,37
1.20	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM GINECOLOGIA	R\$ 92,37
1.21	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM OBSTETRÍCIA	R\$ 92,37
1.22	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM NEUROPSICOLOGIA PEDIÁTRICA	R\$ 92,37
1.23	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM IMUNOLOGIA	R\$ 92,37
1.24	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM PSIQUIATRIA	R\$ 193,13
1.25	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM PEDIATRIA	R\$ 92,37
1.26	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM FONOAUDIOLOGIA	R\$ 92,37
1.27	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM AUDIOMETRIA	R\$ 92,37
1.28	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM REUMATOLOGIA	R\$ 92,37
1.29	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM VASCULARIZAÇÃO	R\$ 92,37
1.30	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM NUTROLOGIA	R\$ 92,37
1.31	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM GLAUCOMA	R\$ 92,37
1.32	03.01.01.006-4	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM CLÍNICA MÉDICA	R\$ 92,37
1.33	03.01.01.007-2	CONSULTA ESPECIALIZADA EM NUTRIÇÃO	R\$ 92,37
1.34	03.01.01.007-2	CONSULTA ESPECIALIZADA EM PSICOLOGIA	R\$ 92,37

CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS – UNIDADE MÓVEL

ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS	VALOR (RS)
------	--------------------	----------------------------------	------------

2.1	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM OTORRINOLARINGOLOGIA	R\$ 92,37
2.2	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM PNEUMOLOGIA	R\$ 92,37
2.3	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM UROLOGIA	R\$ 92,37
2.4	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM DERMATOLOGIA	R\$ 92,37
2.5	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM ENDOCRINOLOGIA	R\$ 92,37
2.6	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM NEUROLOGIA	R\$ 160,43
2.7	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM NEUROLOGIA PEDIÁTRICA	R\$ 193,13
2.8	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM ANESTESIOLOGIA	R\$ 92,37
2.9	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM CIRURGIA	R\$ 92,37
2.10	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO	R\$ 92,37
2.11	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM MASTOLOGIA	R\$ 92,37
2.12	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM GASTROENTEROLOGIA	R\$ 92,37
2.13	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM COLOPROCTOLOGIA	R\$ 92,37
2.14	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM ORTOPEDIA	R\$ 92,37
2.15	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM CARDIOLOGIA	R\$ 92,37
2.16	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM ALERGOLOGIA	R\$ 92,37
2.17	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM NEFROLOGIA	R\$ 92,37
2.18	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA	R\$ 92,37
2.19	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM ANGIOLOGIA	R\$ 92,37
2.20	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM GINECOLOGIA	R\$ 92,37
2.21	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM OBSTETRÍCIA	R\$ 92,37
2.22	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM NEUROPSICOLOGIA PEDIÁTRICA	R\$ 92,37
2.23	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM IMUNOLOGIA	R\$ 92,37
2.24	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM PSIQUIATRIA	R\$ 193,13
2.25	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM PEDIATRIA	R\$ 92,37
2.26	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM FONOAUDIOLOGIA	R\$ 92,37
2.27	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM AUDIOMETRIA	R\$ 92,37
2.28	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM REUMATOLOGIA	R\$ 92,37
2.29	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM VASCULARIZAÇÃO	R\$ 92,37
2.30	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM NUTROLOGIA	R\$ 92,37
2.31	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM GLAUCOMA	R\$ 92,37
2.32	03.01.01.006-4	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM CLÍNICA MÉDICA	R\$ 92,37
2.33	03.01.01.007-2	CONSULTA ESPECIALIZADA EM NUTRIÇÃO	R\$ 92,37
2.34	03.01.01.007-2	CONSULTA ESPECIALIZADA EM PSICOLOGIA	R\$ 92,37

LOTE 02 - EXAMES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – UNIDADE DA CREDENCIADA

ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES NA ÁREA DE OTORRINOLARINGOLOGIA	VALOR (RS)
1.1	02.09.04.002-5	LARINGOSCOPIA	R\$ 307,64
1.2	02.09.04.004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA	R\$ 288,10
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES NA ÁREA DE FONOAUDIOLOGIA	VALOR (RS)
1.3	02.11.07.001-7	ANÁLISE ACÚSTICA DA VOZ POR MEIO DE LABORATÓRIO DE VOZ	R\$ 106,61
1.4	02.11.07.002-5	AUDIOMETRIA DE REFORÇO VISUAL (VIA AÉREA/ÓSSEA)	R\$ 43,18
1.5	02.11.07.003-3	AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	R\$ 106,61

1.6	02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AÉREA/ÓSSEA)	R\$ 106,61
1.7	02.11.07.026-2	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA MÉDIA E LONGA LATÊNCIA (BERA)	R\$ 305,21
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES NA ÁREA DE PNEUMOLOGIA	VALOR (RS)
1.8	02.09.04.001-7	BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA)	R\$ 664,43
1.9	02.11.08.005-5	PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR/ ESPIROMETRIA	R\$ 139,44
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES NA ÁREA DE UROLOGIA	VALOR (RS)
1.10	02.09.02.001-6	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA	R\$ 435,97
1.11	02.11.09.001-8	AVALIAÇÃO URODINÂMICA COMPLETA	R\$ 412,43
1.12	02.11.09.007-7	UROFLUXOMETRIA	R\$ 139,44
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES NA ÁREA DE NEUROLOGIA	VALOR (RS)
1.13	02.11.05.002-4	ELETOENCEFALOGRAFIA EM VIGÍLIA C/ OU S/ FOTO-ESTÍMULO	R\$ 121,19
1.14	02.11.05.003-2	ELETOENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG)	R\$ 235,23
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES NA ÁREA DE GASTROENTEROLOGIA	VALOR (RS)
1.15	02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EDA)	R\$ 613,17
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES NA ÁREA DE COLOPROCTOLOGIA	VALOR (RS)
1.16	02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	R\$ 835,26
1.17	02.09.01.005-3	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	R\$ 220,96
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES DE MAMOGRAFIA	VALOR (RS)
1.18	02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA UNILATERAL	R\$ 227,01
1.19	02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	R\$ 167,62
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES NA ÁREA DE CARDIOLOGIA	VALOR (RS)
1.20	02.11.02.004-4	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HORAS (3 CANAIS)	R\$ 248,92
1.21	02.11.02.005-2	MONITORAMENTO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL (MAPA)	R\$ 248,92
1.22	02.11.02.006-0	TESTE DE ESFORÇO/TESTE ERGOMÉTRICO	R\$ 171,65
1.23	02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	R\$ 386,32
1.24	02.11.02.003-6	ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 40,64
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES NA ÁREA DE OFTALMOLOGIA	VALOR (RS)
1.25	02.11.06.025-9	TONOMETRIA – BINOCULAR	R\$ 78,27
1.26	02.11.06.006-2	CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)	R\$ 79,52
1.27	02.11.06.014-3	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CÓRNEA	R\$ 130,02
1.28	02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	R\$ 86,87
1.29	02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO	R\$ 55,64
1.30	02.11.06.018-6	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R\$ 159,96
1.31	02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	R\$ 90,27
1.32	02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA – MONOCULAR	R\$ 106,47
1.33	02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA MANUAL – MONOCULAR	R\$ 55,03

1.34	02.05.02.008-9	ULTRASSONOGRRAFIA OCULAR	R\$ 124,30
1.35	02.05.02.002-0	CERATOSCOPIA COMPUTADORIZADA – MONOCULAR	R\$ 87,80
1.36	02.11.06.028-3	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA SIMPLES – MONOCULAR	R\$ 47,98
1.37	02.11.06.028-3	TOMOGRRAFIA DE COERENCIA OPTICA – MONOCULAR	R\$ 193,20
1.38	02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA	R\$ 75,20
1.39	02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO	R\$ 160,33
1.40	02.11.06.028-3	OCT - GLAUCOMA TOMOGRRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA – MONOCULAR	R\$ 631,91
1.41	02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA – BINOCULAR	R\$ 75,20
1.42	02.11.06.003-8	CAMPO VISUAL CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA – MONOCULAR	R\$ 285,54
1.43	02.11.06.025-9	TONOMETRIA – BINOCULAR	R\$ 78,27
1.44	02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA – MONOCULAR	R\$ 154,28
1.45	NÃO SE APLICA	RETINOGRRAFIA (SÓ HONORÁRIO) MONOCULAR	R\$ 120,51
1.46	02.11.06.017-8	RETINOGRRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R\$ 150,00
1.47	NÃO SE APLICA	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL (PAM)	R\$ 350,00
1.48	NÃO SE APLICA	PENTACAM	R\$ 350,00
1.49	NÃO SE APLICA	PENTACAM MONOCULAR	R\$ 280,00
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAME DE TOMOGRAFIA	VALOR (RS)
1.50	02.06.01.001-0	TC DE COLUNA CERVICAL COM OU SEM CONTRASTE	R\$ 441,22
1.51	02.06.01.002-8	TC DE COLUNA LOMBO SACRA COM OU SEM CONTRASTE	R\$ 441,22
1.52	02.06.01.003-6	TC DE COLUNA TORÁCICA COM OU SEM CONTRASTE	R\$ 441,22
1.53	02.06.01.004.4	TC DE FACE/ SEIOS DA FACE E ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULAR	R\$ 541,90
1.54	02.06.01.005-2	TC DE PESCOÇO	R\$ 556,12
1.55	02.06.01.006-0	TC DE SELA TÚRCICA	R\$ 489,53
1.56	02.06.01.007-9	TC DE CRÂNIO	R\$ 489,53
1.57	02.06.02.001-5	TC DE ARTICULAÇÃO DE MEMBROS SUPERIORES	R\$ 512,17
1.58	02.06.02.002-3	TC DE SEGMENTOS APENDICULARES	R\$ 522,17
1.59	02.06.03.001-0	TC DE TÓRAX	R\$ 556,12
1.60	02.06.03.002-9	TC DE HEMITÓRAX / MEDIASTINO (POR PLANO)	R\$ 556,12
1.61	02.06.04.001-6	TC DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 556,12
1.62	02.06.05.001-1	TC DE ARTICULAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 522,17
1.63	02.06.06.001-7	TC DE PELVE/ BACIA	R\$ 522,17
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICAS	VALOR (RS)
1.64	02.07.02.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA/ PELVE/ ABDÔMEN	R\$ 1.046,82
1.65	02.07.01.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL/ PESCOÇO	R\$ 1.046,82
1.66	02.07.01.004-8	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 1.046,82
1.67	02.07.01.005-6	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	R\$ 1.046,82
1.68	02.07.03.001-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 1.046,82
1.69	02.07.01.007-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA	R\$ 1.046,82
1.70	02.07.02.001-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 1.103,34
1.71	02.07.01.002-1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR	R\$ 1.024,11
1.72	02.07.01.006-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	R\$ 1.046,82
1.73	02.07.04.001-5	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX	R\$ 1.103,34

ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES DE RADIOGRAFIAS	VALOR (RS)
1.74	02.04.01.005-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR BILATERAL	R\$ 68,51
1.75	02.04.01.008-0	RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA + LATERAL)	R\$ 62,81
1.76	02.04.01.014-4	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 65,20
1.77	02.04.06.002-8	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO/ FLEXÃO)	R\$ 62,36
1.78	02.04.06.006-0	RADIOGRAFIA DA COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 95,69
1.79	02.04.06.008-7	RADIOGRADIA DE COLUNA TORÁCICA (AP + LATERAL)	R\$ 95,69
1.80	02.04.03.015-3	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL)	R\$ 67,44
1.81	02.04.04.001-9	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO	R\$ 61,22
1.82	02.04.04.002-7	RADIOGRAFIA DE BRAÇO	R\$ 62,81
1.83	02.04.04.003-5	RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA	R\$ 62,81
1.84	02.04.04.004-3	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 59,40
1.85	02.04.04.005-1	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO	R\$ 58,94
1.86	02.04.04.006-0	RADIOGRAFIA DE MÃO	R\$ 59,40
1.87	02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO	R\$ 58,94
1.88	02.04.04.008-6	RADIOGRAFIA DE ESCÁPULA / OMBRO (3 POSIÇÕES)	R\$ 60,99
1.89	02.04.04.010-8	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLÍQUA)	R\$ 62,13
1.90	02.04.05.001-4	RADIOGRAFIA DE ABDÔMEN (AP + LATERAL)	R\$ 97,11
1.91	02.04.06.001-0	RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 61,53
1.92	02.04.06.003-6	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 65,85
1.93	02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R\$ 61,22
1.94	02.04.06.013-3	RADIOGRAFIA DE PÉ / DEDOS DO PÉ	R\$ 61,22
1.95	02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$ 64,25
1.96	02.04.01.017-9	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	R\$ 64,85
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIAS	VALOR (RS)
1.97	02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 236,81
1.98	02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 3 VASOS)	R\$ 248,88
1.99	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTÉRIAS RENAIIS	R\$ 190,49
1.100	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ILÍACAS	R\$ 162,60
1.101	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS PENIANAS (SEM FÁRMACO INDUÇÃO)	R\$ 121,32
1.102	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS VISCERAIS (MESENTÉRICAS SUPERIOR E INFERIOR E TRONCO CELIACO)	R\$ 190,49
1.103	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE HEMANGIOMA	R\$ 84,12
1.104	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE ÓRGÃO OU ESTRUTURA ISOLADA	R\$ 95,81
1.105	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS BILATERAL (CARÓTIDAS E VERTEBRAIS)	R\$ 428,19
1.106	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS VENOSOS BILATERAL (SUBCLÁVIAS E JUGULARES)	R\$ 301,81
1.107	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VEIA CAVA SUPERIOR OU INFERIOR	R\$ 84,12
1.108	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO PENIANO COM FÁRMACO-INDUÇÃO	R\$ 177,24
1.109	02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	R\$ 165,56

1.110	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN INFERIOR MASCULINO (BEXIGA, PRÓSTATA E VESÍCULAS/ SEMINAIS)	R\$ 108,86
1.111	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN INFERIOR FEMININO (BEXIGA, ÚTERO, OVÁRIO E ANEXOS)	R\$ 114,04
1.112	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DERMATOLÓGICA – PELE E SUBCULTÂNEO (PARTES MOLES)	R\$ 64,36
1.113	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA RETROPERITÔNIO (GRANDES VASOS OU ADRENAIS)	R\$ 64,36
1.114	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA BIOMICROSCÓPICA - MONOCULAR	R\$ 160,33
1.115	02.05.02.008-9	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	R\$ 160,33
1.116	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA GLOBO OCULAR COM DOPPLER COLORIDO - BILATERAL	R\$ 182,99
1.117	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA HISTEROSSONOGRAFIA	R\$ 260,64
1.118	02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA	R\$ 249,52
1.119	02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA	R\$ 349,63
1.120	02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA: PERFIL BIOFÍSICO FETAL	R\$ 95,59
1.121	02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	R\$ 234,94
1.122	02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$ 145,59
1.123	02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO FEMININO (RINS, URETERES E BEXIGA)	R\$ 153,37
1.124	02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO MASCULINO (RINS, URETES, BEXIGA E PRÓSTATA)	R\$ 205,37
1.125	02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO	R\$ 139,84
1.126	02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 116,77
1.127	02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL	R\$ 139,84
1.128	02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 144,51
1.129	02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 222,55
1.130	02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 116,77
1.131	02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	R\$ 151,70
1.132	02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	R\$ 297,69
1.133	02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (OBSTÉTRICA)	R\$ 141,40
1.134	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL OU AXILAS OU MÚSCULO OU TENDÃO)	R\$ 95,71
1.135	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA GLÂNDULAS SALIVARES (TODAS)	R\$ 104,59
1.136	02.05.02.013-1	ULTRASSONOGRAFIA ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO)	R\$ 100,00
1.137	02.05.01.004-7	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DE ÓRGÃO OU ESTRUTURA ISOLADA	R\$ 230,00
1.138	02.05.01.004-7	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO INTRAOPERATÓRIO	R\$ 350,00
1.139	02.08.04.008-0	DENSITOMETRIA ÓSSEA	R\$ 250,96

EXAMES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – UNIDADE MÓVEL

ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES NA ÁREA DE OTORRINOLARINGOLOGIA	VALOR (R\$)
2.1	02.09.04.002-5	LARINGOSCOPIA	R\$ 307,64
2.2	02.09.04.004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA	R\$ 288,10
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES NA ÁREA DE FONOAUDIOLOGIA	VALOR (R\$)
2.3	02.11.07.001-7	ANÁLISE ACÚSTICA DA VOZ POR MEIO DE LABORATÓRIO DE VOZ	R\$ 106,61
2.4	02.11.07.002-5	AUDIOMETRIA DE REFORÇO VISUAL (VIA AÉREA/ÓSSEA)	R\$ 43,18
2.5	02.11.07.003-3	AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	R\$ 106,61
2.6	02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AÉREA/ÓSSEA)	R\$ 106,61

2.7	02.11.07.026-2	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA MÉDIA E LONGA LATÊNCIA (BERA)	R\$ 305,21
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES NA ÁREA DE PNEUMOLOGIA	VALOR (RS)
2.8	02.09.04.001-7	BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA)	R\$ 664,43
2.9	02.11.08.005-5	PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR/ ESPIROMETRIA	R\$ 139,44
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES NA ÁREA DE UROLOGIA	VALOR (RS)
2.10	02.09.02.001-6	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA	R\$ 435,97
2.11	02.11.09.001-8	AVALIAÇÃO URODINÂMICA COMPLETA	R\$ 412,43
2.12	02.11.09.007-7	UROFLUXOMETRIA	R\$ 139,44
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES NA ÁREA DE NEUROLOGIA	VALOR (RS)
2.13	02.11.05.002-4	ELETOENCEFALOGRAFIA EM VIGÍLIA C/ OU S/ FOTO-ESTÍMULO	R\$ 121,19
2.14	02.11.05.003-2	ELETOENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG)	R\$ 235,23
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES E PROCEDIMENTOS NA ÁREA DE GASTROENTEROLOGIA	VALOR (RS)
2.15	02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EDA)	R\$ 613,17
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES NA ÁREA DE COLOPROCTOLOGIA	VALOR (RS)
2.16	02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	R\$ 835,26
2.17	02.09.01.005-3	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	R\$ 220,96
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES DE MAMOGRAFIA	VALOR (RS)
2.18	02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA UNILATERAL	R\$ 227,01
2.19	02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	R\$ 167,62
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES NA ÁREA DE CARDIOLOGIA	VALOR (RS)
2.20	02.11.02.004-4	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HORAS (3 CANAIS)	R\$ 248,92
2.21	02.11.02.005-2	MONITORAMENTO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL (MAPA)	R\$ 248,92
2.22	02.11.02.006-0	TESTE DE ESFORÇO/TESTE ERGOMÉTRICO	R\$ 171,65
2.23	02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	R\$ 386,32
2.24	02.11.02.003-6	ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 40,64
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES NA ÁREA DE OFTALMOLOGIA	VALOR (RS)
2.25	02.11.06.025-9	TONOMETRIA – BINOCULAR	R\$ 78,27
2.26	02.11.06.006-2	CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)	R\$ 79,52
2.27	02.11.06.014-3	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CÓRNEA	R\$ 130,02
2.28	02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	R\$ 86,87
2.29	02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO	R\$ 55,64
2.30	02.11.06.018-6	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R\$ 159,96
2.31	02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	R\$ 90,27
2.32	02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA – MONOCULAR	R\$ 106,47
2.33	02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA MANUAL – MONOCULAR	R\$ 55,03
2.34	02.05.02.008-9	ULTRASSONOGRAFIA OCULAR	R\$ 124,30

2.35	02.05.02.002-0	CERATOSCOPIA COMPUTADORIZADA – MONOCULAR	R\$ 87,80
2.36	02.11.06.028-3	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA SIMPLES – MONOCULAR	R\$ 47,98
2.37	02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERENCIA OPTICA – MONOCULAR	R\$ 193,20
2.38	02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA	R\$ 75,20
2.39	02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO	R\$ 160,33
2.40	02.11.06.028-3	OCT - GLAUCOMA TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA – MONOCULAR	R\$ 631,91
2.41	02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA – BINOCULAR	R\$ 75,20
2.42	02.11.06.003-8	CAMPO VISUAL CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA – MONOCULAR	R\$ 285,54
2.43	02.11.06.025-9	TONOMETRIA – BINOCULAR	R\$ 78,27
2.44	02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA – MONOCULAR	R\$ 154,28
2.45	NÃO SE APLICA	RETINOGRAFIA (SÓ HONORÁRIO) MONOCULAR	R\$ 120,51
2.46	02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R\$ 150,00
2.47	NÃO SE APLICA	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL (PAM)	R\$ 350,00
2.48	NÃO SE APLICA	PENTACAM	R\$ 350,00
2.49	NÃO SE APLICA	PENTACAM MONOCULAR	R\$ 280,00
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAME DE TOMOGRAFIA	VALOR (RS)
2.50	02.06.01.001-0	TC DE COLUNA CERVICAL COM OU SEM CONTRASTE	R\$ 441,22
2.51	02.06.01.002-8	TC DE COLUNA LOMBO SACRA COM OU SEM CONTRASTE	R\$ 441,22
2.52	02.06.01.003-6	TC DE COLUNA TORÁCICA COM OU SEM CONTRASTE	R\$ 441,22
2.53	02.06.01.004.4	TC DE FACE/ SEIOS DA FACE E ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULAR	R\$ 541,90
2.54	02.06.01.005-2	TC DE PESCOÇO	R\$ 556,12
2.55	02.06.01.006-0	TC DE SELA TÚRCICA	R\$ 489,53
2.56	02.06.01.007-9	TC DE CRÂNIO	R\$ 489,53
2.57	02.06.02.001-5	TC DE ARTICULAÇÃO DE MEMBROS SUPERIORES	R\$ 512,17
2.58	02.06.02.002-3	TC DE SEGMENTOS APENDICULARES	R\$ 522,17
2.59	02.06.03.001-0	TC DE TÓRAX	R\$ 556,12
2.60	02.06.03.002-9	TC DE HEMITÓRAX / MEDIASTINO (POR PLANO)	R\$ 556,12
2.61	02.06.04.001-6	TC DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 556,12
2.62	02.06.05.001-1	TC DE ARTICULAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 522,17
2.63	02.06.06.001-7	TC DE Pelve/ BACIA	R\$ 522,17
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICAS	VALOR (RS)
2.64	02.07.02.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA/ PELVE/ ABDÔMEN	R\$ 1.046,82
2.65	02.07.01.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL/ PESCOÇO	R\$ 1.046,82
2.66	02.07.01.004-8	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 1.046,82
2.67	02.07.01.005-6	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	R\$ 1.046,82
2.68	02.07.03.001-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 1.046,82
2.69	02.07.01.007-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA	R\$ 1.046,82
2.70	02.07.02.001-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 1.103,34
2.71	02.07.01.002-1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR	R\$ 1.024,11
2.72	02.07.01.006-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	R\$ 1.046,82
2.73	02.07.04.001-5	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX	R\$ 1.103,34

ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES DE RADIOGRAFIAS	VALOR (RS)
2.74	02.04.01.005-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR BILATERAL	R\$ 68,51
2.75	02.04.01.008-0	RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA + LATERAL)	R\$ 62,81
2.76	02.04.01.014-4	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 65,20
2.77	02.04.06.002-8	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO/ FLEXÃO)	R\$ 62,36
2.78	02.04.06.006-0	RADIOGRAFIA DA COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 95,69
2.79	02.04.06.008-7	RADIOGRADIA DE COLUNA TORÁCICA (AP + LATERAL)	R\$ 95,69
2.80	02.04.03.015-3	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL)	R\$ 67,44
2.81	02.04.04.001-9	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO	R\$ 61,22
2.82	02.04.04.002-7	RADIOGRAFIA DE BRAÇO	R\$ 62,81
2.83	02.04.04.003-5	RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA	R\$ 62,81
2.84	02.04.04.004-3	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 59,40
2.85	02.04.04.005-1	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO	R\$ 58,94
2.86	02.04.04.006-0	RADIOGRAFIA DE MÃO	R\$ 59,40
2.87	02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO	R\$ 58,94
2.88	02.04.04.008-6	RADIOGRAFIA DE ESCÁPULA / OMBRO (3 POSIÇÕES)	R\$ 60,99
2.89	02.04.04.010-8	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLÍQUA)	R\$ 62,13
2.90	02.04.05.001-4	RADIOGRAFIA DE ABDÔMEN (AP + LATERAL)	R\$ 97,11
2.91	02.04.06.001-0	RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 61,53
2.92	02.04.06.003-6	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 65,85
2.93	02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R\$ 61,22
2.94	02.04.06.013-3	RADIOGRAFIA DE PÉ / DEDOS DO PÉ	R\$ 61,22
2.95	02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$ 64,25
2.96	02.04.01.017-9	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	R\$ 64,85
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIAS	VALOR (RS)
2.97	02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 236,81
2.98	02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 3 VASOS)	R\$ 248,88
2.99	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTÉRIAS RENAIIS	R\$ 190,49
2.100	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ILÍACAS	R\$ 162,60
2.101	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS PENIANAS (SEM FÁRMACO INDUÇÃO)	R\$ 121,32
2.102	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS VISCERAIS (MESENTÉRICAS SUPERIOR E INFERIOR E TRONCO CELIACO)	R\$ 190,49
2.103	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE HEMANGIOMA	R\$ 84,12
2.104	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE ÓRGÃO OU ESTRUTURA ISOLADA	R\$ 95,81
2.105	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS BILATERAL (CARÓTIDAS E VERTEBRAIS)	R\$ 428,19
2.106	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS VENOSOS BILATERAL (SUBCLÁVIAS E JUGULARES)	R\$ 301,81
2.107	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VEIA CAVA SUPERIOR OU INFERIOR	R\$ 84,12
2.108	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO PENIANO COM FÁRMACO-INDUÇÃO	R\$ 177,24
2.109	02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	R\$ 165,56

2.110	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN INFERIOR MASCULINO (BEXIGA, PRÓSTATA E VESÍCULAS/ SEMINAIS)	R\$ 108,86
2.111	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN INFERIOR FEMININO (BEXIGA, ÚTERO, OVÁRIO E ANEXOS)	R\$ 114,04
2.112	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRRAFIA DERMATOLÓGICA – PELE E SUBCULTÂNEO (PARTES MOLES)	R\$ 64,36
2.113	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRRAFIA RETROPERITÔNIO (GRANDES VASOS OU ADRENAIS)	R\$ 64,36
2.114	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRRAFIA BIOMICROSCÓPICA - MONOCULAR	R\$ 160,33
2.115	02.05.02.008-9	ULTRASSONOGRRAFIA DIAGNÓSTICA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	R\$ 160,33
2.116	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRRAFIA GLOBO OCULAR COM DOPPLER COLORIDO - BILATERAL	R\$ 182,99
2.117	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRRAFIA HISTEROSSONOGRRAFIA	R\$ 260,64
2.118	02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA	R\$ 249,52
2.119	02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA	R\$ 349,63
2.120	02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA: PERFIL BIOFÍSICO FETAL	R\$ 95,59
2.121	02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	R\$ 234,94
2.122	02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$ 145,59
2.123	02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO FEMININO (RINS, URETERES E BEXIGA)	R\$ 153,37
2.124	02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO MASCULINO (RINS, URETES, BEXIGA E PRÓSTATA)	R\$ 205,37
2.125	02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO	R\$ 139,84
2.126	02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 116,77
2.127	02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRRAFIA MAMÁRIA BILATERAL	R\$ 139,84
2.128	02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 144,51
2.129	02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 222,55
2.130	02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 116,77
2.131	02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	R\$ 151,70
2.132	02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA	R\$ 297,69
2.133	02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL (OBSTÉTRICA)	R\$ 141,40
2.134	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRRAFIA ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL OU AXILAS OU MÚSCULO OU TENDÃO)	R\$ 95,71
2.135	NÃO SE APLICA	ULTRASSONOGRRAFIA GLÂNDULAS SALIVARES (TODAS)	R\$ 104,59
2.136	02.05.02.013-1	ULTRASSONOGRRAFIA ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO)	R\$ 100,00
2.137	02.05.01.004-7	ULTRASSONOGRRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DE ÓRGÃO OU ESTRUTURA ISOLADA	R\$ 230,00
2.138	02.05.01.004-7	ULTRASSONOGRRAFIA COM DOPPLER COLORIDO INTRAOPERATÓRIO	R\$ 350,00
2.139	02.08.04.008-0	DENSITOMETRIA ÓSSEA	R\$ 250,96

LOTE 03 - PROCEDIMENTOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE - UNIDADE DA CREDENCIADA

ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	PROCEDIMENTOS NA ÁREA DE OFTALMOLOGIA	VALOR (RS)
1.1	04.05.03.004-5	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER	R\$ 410,90
1.2	04.05.05.002-0	CAPSULOTOMIA POR YAG-LASER	R\$ 485,91
1.3	04.05.05.037-2	FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR DOBRÁVEL	R\$ 1.806,28
1.4	04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	R\$ 1.480,00
1.5	04.05.03.013-4	VITRECTOMIA ANTERIOR	R\$ 1.099,40
1.6	04.05.03.014-2	VITRECTOMIA POSTERIOR	R\$ 8.278,54
1.7	03.03.05.023-3	TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE DOENÇA DA RETINA	R\$ 1.000,00

1.8	04.05.05.019-4	IRIDOTOMIA A LASER	R\$ 600,00
1.9	04.05.01.011-7	RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL	R\$ 2.000,00
1.10	04.05.01.015-0	SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL	R\$ 1.000,00
1.11	04.05.01.018-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE BLEFAROCALASE	R\$ 3.500,00
1.12	04.05.04.020-2	TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL	R\$ 3.500,00
1.13	04.05.01.007-9	EXÉRESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS	R\$ 1.800,00
1.14	07.01.04.005-0	ÓCULOS COM LENTES CORRETIVAS IGUAIS/ MAIORES QUE 0,5 DIOPTRIAS	R\$ 572,00
1.15	04.05.05.017-8	IRIDECTOMIA (LASER OU CIRÚRGICA) MONOCULAR	R\$ 2.419,08
1.16	NÃO SE APLICA	CIRURGIAS FISTULIZANTES ANTIGLAUCOMATOSAS/ MITOMICIANA MONOCULAR	R\$ 4.674,46
1.17	04.05.05.020-8	PARACENTESE DE CAMARA ANTERIOR	R\$ 1.357,73
1.18	04.05.05.016-0	INJEÇÃO/ INFILTRAÇÃO SUBCONJUNTIVAL	R\$ 546,49
1.19	NÃO SE APLICA	CURATIVO OFTALMOLÓGICO	R\$ 546,49
1.20	04.05.05.012-7	FOTOTRABECULOPLASTIA (LASER) MONOCULAR	R\$ 2.048,92
1.21	04.05.05.032-1	GONIOTOMIA OU TRABECULECTOMIA MONOCULAR	R\$ 7.381,00
1.22	NÃO SE APLICA	CIRURGIA FISTULIZANTES COM IMPLANTES VALVULARES (AHMED) MONOCULAR	R\$ 18.893,00
1.23	NÃO SE APLICA	CICLOTERAPIA - QUALQUER TÉCNICA MONOCULAR	R\$ 3.295,00
1.24	04.04.01.029-6	SINEQUIOTOMIA (CIRÚRGICA)	R\$ 2.817,69
1.25	04.04.01.029-6	SINEQUIOTOMIA (LASER)	R\$ 2.817,09
1.26	NÃO SE APLICA	ESTRABISMO HORIZONTAL - MONOCULAR - TRATAMENTO CIRÚRGICO	R\$ 5.327,00
1.27	04.05.03.005-3	INJEÇÃO INTRA-VITREO + AFLIBERCEPT (EYLIA - NOME COMERCIAL)	R\$ 1.756,80
1.28	04.05.03.005-3	INJEÇÃO INTRA-VITREO + BEVACIZUMABE (AVASTIN - NOME COMERCIAL)	R\$ 1.897,99
1.29	04.05.03.005-3	INJEÇÃO INTRA-VITREO + POLÍMERO DE DEXAMETASONA LIBERAÇÃO LENTA (OZURDEX)	R\$ 4.404,46
1.30	04.05.03.005-3	INJEÇÃO INTRA-VITREO + TRIANCINOLONA (TRIANCIL)	R\$ 159,84
1.31	04.05.04.006-7	CIRURGIA DE EVICERAÇÃO OU ENUCLEAÇÃO	R\$ 11.350,72
1.32	04.05.04.013-0	INJEÇÃO RETROBULBAR	R\$ 3.500,00
1.33	04.05.05.012-7	FOTOTRABECULOPLASTIA	R\$ 650,00
1.34	04.05.05.004-6	CICLOTERAPIA (QUALQUER TÉCNICA) CICLOFOTOCOAGULAÇÃO+SONDA MICROPULSE	R\$ 9.965,00
1.35	04.05.03.007-0	CIRURGIA INTROFLEXÃO ESCLERAL COM FAIXA DE SILICONE	R\$ 8.278,54
1.36	04.05.05.014-3	IMPLANTE DE ANEL DE FERRARA MONOCULAR	R\$ 4.800,00
1.37	04.05.05.014-3	CROSSLINKING CORNEANO MONOCULAR	R\$ 3.900,00
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS	VALOR (RS)
1.38	04.08.05.006-5	IMOBILIZAÇÕES NÃO GESSADAS	R\$ 14,15
1.39	04.16.11.001-5	MONITORAÇÃO OU PROCEDIMENTO INTRAOPERATÓRIO	R\$ 279,31
1.40	03.09.04.015-3	INFILTRAÇÃO ARTICULAR (PROCEDIMENTO + MEDICAÇÃO)	R\$ 350,00
1.41	03.03.09.003-0	INFILTRAÇÃO ARTICULAR POR ÁCIDO HIALURÔNICO (PROCEDIMENTO + MEDICAÇÃO)	R\$ 1.500,00
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	PROCEDIMENTOS DE BIÓPSIA	VALOR (RS)
1.42	02.01.01.002-0	BIOPSIA/PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DE PELE	R\$ 235,43
1.43	02.01.01.041-0	BIOPSIA DE PRÓSTATA	R\$ 752,87
1.44	02.01.01.047-0	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE – PAAF	R\$ 294,79
1.45	02.01.01.056-9	BIÓPSIA/EXÉRESE DE NÓDULO DE MAMA	R\$ 1.347,03
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	PROCEDIMENTOS MASSOTERAPÊUTICOS	VALOR (RS)

1.46	03.09.05.002-2	SESSÃO DE ACUPUNTURA COM INSERÇÃO DE AGULHAS	R\$ 92,37
1.47	03.09.05.001-4	SESSÃO DE ACUPUNTURA COM APLICAÇÃO DE VENTOSAS/MOXA	R\$ 92,37
1.48	03.09.05.004-9	SESSÃO DE AURICULOTERAPIA	R\$ 92,37
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	PROCEDIMENTOS FISIOTERAPÊUTICOS	VALOR (RS)
1.49	03.02.06.001-4	TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM LESÕES NERVOSAS PERIFÉRICAS AFETANDO MAIS DE UM NERVO COM ALTERAÇÕES SENSITIVAS E/ OU MOTORAS	R\$ 59,64
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	PROCEDIMENTOS NA ÁREA DE UROLOGIA	VALOR (RS)
1.50	02.09.02.001-6	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA	R\$ 435,97
1.51	02.11.09.001-8	AVALIAÇÃO URODINÂMICA COMPLETA	R\$ 412,43
1.52	02.11.09.007-7	UROFLUXOMETRIA	R\$ 139,44
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	PROCEDIMENTOS NA ÁREA DE MASTOLOGIA	VALOR (RS)
1.53	02.01.01.058-5	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	R\$ 301,06
1.54	02.01.01.060-7	PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA GROSSA	R\$ 644,69
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	PROCEDIMENTOS NA ÁREA DE GASTROENTEROLOGIA	VALOR (RS)
1.55	03.03.07.004-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESÔFAGO	R\$ 705,09

LOTE 04 - EXAMES LABORATORIAIS – UNIDADE DA CREDENCIADA E CREDENCIANTE

ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES E PROCEDIMENTOS ANATOMOPATOLÓGICOS	VALOR (RS)
1.1	02.03.02.003-0	ESTUDO ANATOMOPATOLÓGICO DE PEÇA CIRÚRGICA SIMPLES	R\$ 149,35
1.2	02.03.02.003-0	ESTUDO ANATOMOPATOLÓGICO DE PEÇA CIRÚRGICA COMPLEXA	R\$ 194,05
1.3	02.03.02.008-1	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DO COLO UTERINO – BIOPSIA	R\$ 149,35
1.4	02.03.02.006-5	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE MAMA	R\$ 149,35
1.5	02.03.02.007-3	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE MAMA – PEÇA CIRÚRGICA	R\$ 149,35
1.6	02.03.01.004-3	EXAME CITOPATOLÓGICO DE MAMA	R\$ 90,22
1.7	02.03.02.004-9	IMUNO-HISTOQUÍMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 364,55
1.8	02.02.09.003-5	CITOLOGIA CERVICAL	R\$ 90,22
1.9	02.03.01.001-9	EXAME CITOPATOLÓGICO CÉRVICO-VAGINAL/ MICROFLORA – RASTREAMENTO	R\$ 90,22
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES HEMATOLÓGICOS E HEMOSTASIA	VALOR (RS)
1.10	02.02.02.009-6	TEMPO DE SANGRAMENTO - DUKE	R\$ 4,46
1.11	02.02.02.007-0	TEMPO DE COAGULAÇÃO	R\$ 4,46
1.12	02.02.02.050-9	PROVA DO LAÇO	R\$ 4,46
1.13	02.02.02.049-5	RETRAÇÃO DO COÁGULO	R\$ 4,46
1.14	02.02.02.047-9	COOMBS DIRETO	R\$ 10,21
1.15	02.02.02.047-9	COOMBS INDIRETO	R\$ 30,18
1.16	02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 15,58
1.17	02.02.02.015-0	HEMOSEDIMENTAÇÃO – VHS	R\$ 6,32
1.18	02.02.02.003-7	RETICULÓCITOS	R\$ 9,20
1.19	02.02.02.014-2	TAP (TEMPO DE PROTROMBINA)	R\$ 9,20
1.20	02.02.02.013-4	TTPA (TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA)	R\$ 9,20

1.21	NÃO SE APLICA	D-ÍMERO	R\$ 49,54
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES DE UROANÁLISE	VALOR (RS)
1.22	02.02.05.009-2	MICROALBUMINÚRIA	R\$ 29,60
1.23	02.02.05.001-7	UROANÁLISE - EAS	R\$ 29,31
1.24	02.02.08.008-0	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE BACTERIAS (URINA)	R\$ 50,12
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES HORMONAIS	VALOR (RS)
1.25	02.02.03.009-1	ALFA-FETOPROTEÍNA	R\$ 45,98
1.26	02.02.06.021-7	BETA HCG	R\$ 32,73
1.27	02.02.06.013-6	CORTISOL	R\$ 37,34
1.28	02.02.06.016-0	ESTRADIOL	R\$ 48,52
1.29	02.02.06.017-9	ESTRIOL	R\$ 62,84
1.30	02.02.06.018-7	ESTRONA	R\$ 62,84
1.31	02.02.06.023-3	FSH - HORMÔNIO FOLÍCULO ESTIMULANTE	R\$ 34,79
1.32	02.02.06.024-1	HORMÔNIO LUTEINIZANTE – LH	R\$ 34,79
1.33	02.02.06.026-8	INSULINA	R\$ 34,79
1.34	02.02.06.029-2	PROGESTERONA	R\$ 37,34
1.35	02.02.06.030-6	PROLACTINA	R\$ 44,58
1.36	02.02.06.039-0	T3 – TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 37,34
1.37	02.02.06.038-1	T4 - TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 45,43
1.38	02.02.06.037-3	T4 – TIROXINA (T4)	R\$ 32,73
1.39	02.02.06.035-7	TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 65,30
1.40	02.02.06.034-9	TESTOSTERONA TOTAL	R\$ 48,52
1.41	02.02.06.025-0	TSH – HORMÔNIO TIREOESTIMULANTE	R\$ 36,35
1.42	02.02.01.070-8	VITAMINA B12	R\$ 28,31
1.43	02.02.01.076-7	VITAMINA D-25	R\$ 28,82
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES IMUNO-HEMATOLÓGICOS	VALOR (RS)
1.44	02.02.02.041-0	CÉLULAS LE	R\$ 19,25
1.45	02.02.02.035-5	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINAS	R\$ 34,91
1.46	02.02.12.002-3	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 10,21
1.47	02.02.12.008-2	PESQUISA DE FATOR RH	R\$ 11,32
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES BIOQUÍMICOS	VALOR (RS)
1.48	02.02.01.012-0	ÁCIDO ÚRICO	R\$ 6,32
1.49	02.02.01.018-0	AMILASE	R\$ 11,64
1.50	02.02.01.020-1	BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	R\$ 7,01
1.51	02.02.01.021-0	CÁLCIO	R\$ 7,01
1.52	02.02.01.022-8	CÁLCIO IÔNICO	R\$ 17,39
1.53	02.02.01.002-3	CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	R\$ 8,77
1.54	02.02.05.002-5	CLEARANCE DE CREATINA	R\$ 17,39
1.55	02.02.09.014-0	COLORO	R\$ 7,01
1.56	02.02.01.029-5	COLESTEROL TOTAL	R\$ 7,01

1.57	02.02.01.027-9	COLESTEROL HDL	R\$ 9,77
1.58	NÃO SE APLICA	COLESTEROL VLDL	R\$ 12,92
1.59	02.02.01.028-7	COLESTEROL LDL	R\$ 12,92
1.60	02.02.01.031-7	CREATININA	R\$ 12,92
1.61	02.02.01.032-5	CREATINO FOSFOQUINASE - CPK	R\$ 17,39
1.62	02.02.01.033-3	CREATINO FOSFOQUINASE - MB	R\$ 53,60
1.63	02.02.01.036-8	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA (DHL)	R\$ 8,77
1.64	02.02.01.072-4	ELETROFORESE DE PROTEÍNAS	R\$ 29,60
1.65	02.02.01.038-4	FERRITINA	R\$ 37,34
1.66	02.02.01.039-2	FERRO SÉRICO	R\$ 9,72
1.67	02.02.01.042-2	FOSFATASE ALCALINA	R\$ 11,64
1.68	02.02.01.041-4	FOSFATASE ÁCIDA	R\$ 11,64
1.69	02.02.01.043-0	FÓSFORO	R\$ 7,01
1.70	02.02.01.046-5	GAMA-GLUTAMILTRANSFERASE - GGT	R\$ 12,92
1.71	02.02.01.047-3	GLICOSE EM JEJUM	R\$ 6,32
1.72	02.02.01.047-3	GLICOSE PÓS-PRANDIAL	R\$ 9,20
1.73	02.02.01.07.32	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2)	R\$ 49,54
1.74	02.02.01.050-3	HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 53,60
1.75	02.02.01.055-4	LIPASE	R\$ 11,64
1.76	02.02.01.060-0	POTÁSSIO	R\$ 6,32
1.77	02.02.01.062-7	PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES	R\$ 7,01
1.78	02.02.01.063-5	SÓDIO	R\$ 7,01
1.79	02.02.01.064-3	TRANSAMINASE OXALACÉTICA – TGO/AST	R\$ 12,92
1.80	02.02.01.065-1	TRANSAMINASE PIRÚVICA – TGP / ALT	R\$ 12,92
1.81	02.02.01.066-0	TRANSFERRINA	R\$ 27,71
1.82	02.02.01.067-8	TRIGLICERÍDEOS	R\$ 9,72
1.83	02.02.01.069-4	UREIA	R\$ 7,01
1.84	02.02.03.085-7	CITOMEGALOVIRUS , IFI (IGM)	R\$ 25,25
1.85	02.02.01.007-4	CURVA GLICEMICA CLASSICA 5 DOSAGENS-ORAL	R\$ 136,88
1.86	02.02.03.074-1	CITOMEGALOVIRUS , IFI (IGG)	R\$ 32,08
1.87	02.02.03.059-8	FAN - ANTICORPOS ANTI-NUCLEO , IFI	R\$ 13,87
1.88	02.02.03.008-3	PROTEINA C REATIVA , PESQUISA	R\$ 13,55
1.89	02.02.03.010-5	PSA LIVRE	R\$ 36,76
1.90	02.02.03.081-4	RUBEOLA , ANTICORPOS IGG	R\$ 20,80
1.91	02.02.03.092-0	RUBEOLA , ANTICORPOS IGM	R\$ 25,25
1.92	02.13.01.057-7	TOXOPLASMOSE IFI (IGG)	R\$ 20,80
1.93	02.02.11.015-0	TOXOPLASMOSE IFI (IGM)	R\$ 25,25
1.94	02.14.01.008-2	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	R\$ 13,35
1.95	02.02.05.009-2	ALBUMINA, PESQUISA	R\$ 4,55
1.96	02.02.08.001-3	ANTIBIOGRAMA	R\$ 4,95
1.97	NÃO SE APLICA	CHAGAS , IFI - IGG	R\$ 21,12
1.98	NÃO SE APLICA	CHAGAS , IFI - IGM	R\$ 25,57
1.99	02.02.01.004-0	CURVA GLICEMICA - 2 DOSAGENS-ORAL	R\$ 95,67
1.100	02.02.03.101-2	FATOR REUMATOIDE , TESTE DO LATEX	R\$ 13,55
1.101	02.02.01.056-2	MAGNÉSIO	R\$ 4,55

1.102	02.02.01.057-0	MUCO PROTEINAS	R\$ 20,90
1.103	NÃO SE APLICA	PCR QUALITATIVA P/ HPV (PAPILOMAVIRUS HUMANO)	R\$ 384,37
1.104	02.02.03.010-5	PSA TOTAL	R\$ 28,36
1.105	NÃO SE APLICA	VITAMINA A	R\$ 103,49
1.106	NÃO SE APLICA	VITAMINA B1	R\$ 255,86
1.107	NÃO SE APLICA	VITAMINA B2	R\$ 386,73
1.108	NÃO SE APLICA	VITAMINA C	R\$ 25,16
1.109	NÃO SE APLICA	VITAMINA E	R\$ 103,49
1.110	02.02.03.031-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 49,54
1.111	02.02.03.030-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 17,34
1.112	02.02.03.080-6	HEPATITE A, ANTICORPOS IGG	R\$ 21,12
1.113	02.02.03.091-1	HEPATITE A, ANTICORPOS IGM	R\$ 25,57
1.114	02.02.03.078-4	HEPATITE B - HBCAC - IGG (ANTI-CORE IGG OU ACOREG) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 24,77
1.115	02.02.03.078-4	HEPATITE B - HBCAC - IGM (ANTI-CORE IGM OU ACOREM) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 29,72
1.116	02.02.03.064-4	HEPATITE B - HBEAC (ANTI HBE) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 24,77
1.117	02.02.03.098-9	HEPATITE B - HBEAG (ANTÍGENO "E") - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 24,77
1.118	02.02.03.097-0	HEPATITE B - HBSAC (ANTI-ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 19,81
1.119	02.02.03.097-0	HEPATITE B - HBSAG (AU, ANTÍGENO AUSTRÁLIA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 17,34
1.120	02.02.03.067-9	HEPATITE C, ANTI-HCV - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 49,54
1.121	02.02.03.067-9	HEPATITE C, ANTI-HCV - IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 30,96
1.122	02.02.03.068-7	HEPATITE DELTA (HDV), ANTICORPOS IGG	R\$ 47,62
1.123	02.02.03.068-7	HEPATITE DELTA (HDV), ANTICORPOS IGM	R\$ 46,59
1.124	NÃO SE APLICA	HEPATITE E, ANTICORPOS IGG	R\$ 49,54
1.125	NÃO SE APLICA	HEPATITE E, ANTICORPOS IGM	R\$ 49,54
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES PARASITOLÓGICOS	VALOR (RS)
1.126	NÃO SE APLICA	PARASITOLOGICO (METODOS DE CONCENTRACAO) - AMOSTRA 3	R\$ 11,08
1.127	02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 11,08
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	EXAMES DE TESTE RÁPIDO	VALOR (RS)
1.28	02.14.01.012-0	DENGUE IGG	R\$ 30,00
1.29	02.14.01.012-0	DENGUE IGM	R\$ 30,00
1.30	NÃO SE APLICA	DENGUE NS1	R\$ 45,00

LOTE 05 - CIRURGIAS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE - UNIDADE DA CREDENCIANTE E DA CREDENCIADA

ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	CIRURGIAS DO APARELHO DIGESTIVO E HÉRNIAS	VALOR (RS)
1.1	04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	R\$ 1.595,66
1.2	04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	R\$ 5.524,62
1.3	04.07.04.004-8	HERNIOPLASTIA DIAFRAGMÁTICA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 5.285,02
1.4	04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	R\$ 1.772,59
1.5	04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R\$ 1.635,44
1.6	04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL BILATERAL (COM TELA)	R\$ 2.250,23

1.7	04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL UNILATERAL (COM TELA)	R\$ 2.153,50
1.8	04.07.04.014-5	HERNIOPLASTIA ESTRANGULADA	R\$ 3.234,79
1.9	04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	R\$ 2.051,30
1.10	04.07.04.022-6	REPARAÇÃO DE OUTRAS HÉRNIAS	R\$ 1.394,42
1.11	04.07.04.016-1	LAPAROTOMIA EXPLORADORA	R\$ 1.479,49
1.12	04.01.02.007-0	EXÉRESE DE CISTO DERMÓIDE	R\$ 643,00
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	CIRURGIAS UROLÓGICAS E ANDROLÓGICAS	VALOR (RS)
1.13	04.09.04.021-5	HIDROCELE	R\$ 1.724,83
1.14	04.09.04.024-0	VASECTOMIA	R\$ 1.507,58
1.15	04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	R\$ 1.802,17
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	VALOR (RS)
1.16	04.09.07.005-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	R\$ 3.245,78
1.17	04.09.06.010-0	HISTERECTOMIA VAGINAL	R\$ 3.738,42
1.18	04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	R\$ 4.528,73
1.19	04.09.06.011-9	HISTERECTOMIA COM ANEXECTOMIA	R\$ 3.611,20
1.20	04.09.06.018-6	LAQUEADURA TUBÁRIA	R\$ 2.341,59
1.21	04.09.06.019-4	MIOMECTOMIA	R\$ 2.411,88
1.22	04.09.06.021-6	OOFORECTOMIA	R\$ 3.612,43
1.23	04.09.02.011-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA SUBURETRAL (COM IMPLANTE DE TELA)	R\$ 662,60
1.24	04.09.07.009-2	COLPORRAFIA ANTERIOR COM TELA (RECONSTRUÇÃO VAGINAL COM USO DE TELA)	R\$ 919,59
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	CIRURGIAS PLÁSTICAS E REPARADORAS	VALOR (RS)
1.25	04.10.01.007-3	PLÁSTICA MAMÁRIA FEMININA NÃO-ESTÉTICA UNILATERAL	R\$ 5.327,42
1.26	04.10.01.008-1	PLÁSTICA MAMÁRIA MASCULINA	R\$ 4.105,39
1.27	04.01.02.005-3	EXCISÃO E SUTURA DE TUMOR DE PELE	R\$ 1.390,63
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	CIRURGIAS OTORRINOLARINGOLÓGICAS	VALOR (RS)
1.28	04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA	R\$ 3.366,21
1.29	04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA	R\$ 3.925,43
1.30	04.04.01.003-2	ADENOIDECTOMIA COM AMIGDALECTOMIA	R\$ 3.164,36
1.31	04.01.01.008-2	FRENECTOMIA/FRENOTOMIA	R\$ 320,00
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	CIRURGIAS DERMATOLÓGICAS	VALOR (RS)
1.32	04.15.04.003-5	DESRIDAMENTO DE ÚLCERA/TECIDO DESVITALIZADOS	R\$ 1.513,16
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	CIRURGIAS VASCULARES ENDOVASCULARES / HEMODINÂMICAS	VALOR (RS)
1.33	04.06.03.001-4	ANGIOPLASTIA CORONARIANA	R\$ 2.001,83
1.34	04.06.03.002-2	ANGIOPLASTIA CORONARIANA C/ IMPLANTE DE DOIS STENTS	R\$ 2.649,13
1.35	04.06.03.003-0	ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM IMPLANTE DE STENT	R\$ 1.688,27
1.36	04.06.03.004-9	ANGIOPLASTIA CORONARIANA PRIMÁRIA	R\$ 1.815,82

1.37	04.06.03.005-7	ANGIOPLASTIA COM IMPLANTE DE DUPLO STENT EM AORTA/ARTERIA PULMONAR E RAMOS	R\$ 1.575,72
1.38	04.06.03.006-5	ANGIOPLASTIA EM ENXERTO CORONARIANO	R\$ 1.491,96
1.39	04.06.03.007-3	ANGIOPLASTIA EM ENXERTO CORONARIANO (COM IMPLANTE DE STENT)	R\$ 1.986,20
1.40	04.06.04.002-8	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE AORTA, VEIA CAVA / VASOS ILÍACOS (COM STENT)	R\$ 2.800,66
1.41	04.06.04.004-4	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE AORTA, VEIA CAVA / VASOS ILÍACOS (SEM STENT)	R\$ 1.101,00
1.42	04.06.04.005-2	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DAS EXTREMIDADES (SEM STENT)	R\$ 2.253,24
1.43	04.06.04.006-0	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DAS EXTREMIDADES (COM STENT NÃO RECOBERTO)	R\$ 2.663,40
1.44	04.06.04.007-9	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DAS EXTREMIDADES (COM STENT RECOBERTO)	R\$ 2.663,40
1.45	04.06.04.008-7	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DO PESCOÇO / TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS (SEM STENT)	R\$ 2.663,40
1.46	04.06.04.009-5	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DO PESCOÇO OU TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS (COM STENT NÃO RECOBERTO)	R\$ 2.663,40
1.47	04.06.04.010-9	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS VISCERAIS COM STENT NÃO RECOBERTO	R\$ 2.663,40
1.48	04.06.04.011-7	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS VISCERAIS COM STENT RECOBERTO	R\$ 1.065,36
1.49	04.06.04.012-5	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS VISCERAIS / RENAIIS	R\$ 2.663,40
1.50	04.06.04.013-3	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DOS VASOS DO PESCOÇO / TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS (COM STENT RECOBERTO)	R\$ 1.065,36
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	CIRURGIAS VASCULARES - ACESSOS PARA HEMODIÁLISE	VALOR (RS)
1.51	04.18.01.001-3	CONFECCAO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA C/ ENXERTIA DE POLITETRAFLUORETILENO (PTFE)	R\$ 1.534,62
1.52	04.18.01.002-1	CONFECCAO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA C/ ENXERTO AUTOLOGO	R\$ 713,26
1.53	04.18.01.003-0	CONFECCAO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA P/ HEMODIALISE	R\$ 1.081,18
1.54	04.18.01.004-8	IMPLANTE DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIALISE	R\$ 200,00
1.55	04.18.01.005-6	IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN NA IRA (INCLUI CATETER)	R\$ 163,89
1.56	04.18.01.006-4	IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN P/HEMODIALISE	R\$ 261,82
1.57	04.18.01.007-2	IMPLANTE DE CATETER TENCKHOFF OU SIMILAR DE LONGA PERMANÊNCIA NA IRA (INCLUI CATETER)	R\$ 206,80
1.58	04.18.01.008-0	IMPLANTE DE CATETER TIPO TENCKHOFF OU SIMILAR P/ DPA/DPAC	R\$ 400,00
1.59	04.18.01.009-9	IMPLANTE DE CATETER TIPO TENCKOFF OU SIMILAR P/DPI	R\$ 110,29
1.60	04.18.02.001-9	INTERVENCAO EM FÍSTULA ARTERIO-VENOSA	R\$ 632,44
1.61	04.18.02.002-7	LIGADURA DE FISTULA ARTERIO-VENOSA	R\$ 632,44
1.62	04.18.02.003-5	RETIRADA DE CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILAR DE LONGA PERMANÊNCIA	R\$ 400,00
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	CIRURGIAS VASCULARES VENOSAS / TRATAMENTO DE VARIZES	VALOR (RS)
1.58	03.03.06.030-1	TRATAMENTO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES COM ÚLCERA	R\$ 388,82
1.59	03.09.07.001-5	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	R\$ 720,85
1.60	03.09.07.002-3	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (BILATERAL)	R\$ 583,09
1.61	04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	R\$ 2.481,61
1.62	04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	R\$ 1.434,76
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	CIRURGIAS ORTOPÉDICAS	VALOR (RS)
1.63	04.08.06.008-5	BURSECTOMIA	R\$ 832,71
1.64	04.08.06.031-0	RESSECÇÃO SIMPLES DE TUMOR ÓSSEO/ DE PARTES MOLES	R\$ 1.162,45

1.65	04.08.06.037-9	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS	R\$ 488,04
1.66	04.08.06.044-1	TENÓLISE	R\$ 1.454,13
1.67	04.08.02.032-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO	R\$ 1.006,61
1.68	04.03.02.012-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SÍNDROME COMPRESSIVA EM TÚNEL OSTEO-FIBROSO AO NÍVEL DO CARPO	R\$ 1.966,93
1.69	04.08.01.015-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA	R\$ 2.998,50
1.70	04.08.02.054-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE OLÉCRANO	R\$ 3.115,00
1.71	04.08.05.054-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL	R\$ 1.280,39
1.72	04.08.05.057-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR	R\$ 2.675,39
1.73	04.08.05.049-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR/ TRIMALCOLAR/ DA FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO	R\$ 3.772,50
1.74	04.08.04.009-2	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA/ HIBRIDA	R\$ 6.726,42
ITEM	CÓDIGO SIGTAP/ SUS	ANESTESIOLOGIA	VALOR (RS)
1.75	04.17.01.004-4	ANESTESIA GERAL	R\$ 350,00
1.76	04.17.01.005-2	ANESTESIA REGIONAL	R\$ 182,00
1.77	04.17.01.006-0	SEDAÇÃO	R\$ 509,07