

CREDENCIAMENTO Nº 001/2020 – SEGUNDA RETIFICAÇÃO

PROCESSO Nº 123/2020

MINUTA EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS VISANDO A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS COMPLEMENTARES DE CONSULTAS, EXAMES ESPECIALIZADOS E EXAMES LABORATORIAIS.

O CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO NORTE DO ESPÍRITO SANTO – CIM NORTE/ES, no uso legal de suas atribuições estatutárias, de acordo com as disposições constantes na Lei nº 8.666/93 e alterações, na Lei nº 8.080/90, Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.643 de 2002 e Portaria 647 do Ministério de Saúde de 2020 e a Lei Geral de Proteção de Dados nº 13709/2018, e demais legislações pertinentes, torna pública a realização de **CHAMAMENTO PÚBLICO PARA O CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE AOS MUNICÍPIOS DE ÁGUA DOCE DO NORTE (POPULAÇÃO 11.958), BARRA DE SÃO FRANCISCO (POPULAÇÃO 44.946), BOA ESPERANÇA (POPULAÇÃO 15.390), CONCEIÇÃO DA BARRA (POPULAÇÃO 31.353), JAGUARÉ (POPULAÇÃO 29.150), MONTANHA (POPULAÇÃO 19.309), MUCURICI (POPULAÇÃO 5.873), NOVA VENÉCIA (POPULAÇÃO 50.647), PEDRO CANÁRIO (POPULAÇÃO 26.336), PINHEIROS (POPULAÇÃO 26.863), PONTO BELO (POPULAÇÃO 7.826), SÃO MATEUS (POPULAÇÃO 126.437)** nos termos das condições estabelecidas neste Edital.

Todas as informações sobre o presente Credenciamento, assim como o respectivo edital poderão ser obtidos na Sala do consórcio, localizada no CIM NORTE/ES, situado na Rodovia XV de Novembro, nº 420, Bairro São Francisco, Nova Venécia/ES, ou pelo e-mail cimnorte@gmail.com ou cimnortelicita@gmail.com, tudo em conformidade ao disposto no § 1º, artigo 21, da Lei nº 8.666/93.

O recebimento dos envelopes referentes ao Credenciamento dar-se-á na sala do Consórcio, no endereço situado na Rodovia XV de Novembro, nº 420, Bairro São Francisco, Nova Venécia/ES, **a partir do dia 19/05/2020 até o dia 17/06/2020**, no horário de 08h00min às 11h00min e de 13h00min e 16h00min, de segunda a sexta-feira.

Declaramos que toda sessão para abertura dos envelopes será realizada no dia: **18/06/2020 ÀS 13h30min** para o presente credenciamento. Sendo que, a cada sessão de abertura serão habilitadas e credenciadas as empresas que atenderem as condições do presente edital.

Em nenhuma hipótese serão recebidos quaisquer envelopes fora do prazo estabelecido neste Edital.

1. DO OBJETO

1.1. O presente Edital visa o credenciamento de pessoas jurídicas para a prestação de serviços de saúde aos municípios integrantes do **CIM NORTE/ES**, nas especialidades indicadas neste Edital, conforme consta nos anexos de **I a VIII**.

1.2. O CIM NORTE/ES não está obrigado a credenciar o objeto deste Edital.

2. DAS CONDIÇÕES DA PARTICIPAÇÃO

2.1. Poderão participar deste edital as pessoas jurídicas que:

a) Possuam unidades de atendimento regularmente licenciadas e localizadas no Estado do Espírito Santo.

b) Poderão ser de qualquer parte do Espírito Santo, desde que regularmente licenciadas, os estabelecimentos que desejarem se credenciar para executar procedimentos/serviços de saúde realizados através da TELEMEDICINA, constantes do anexo II, desde que atendam às exigências do presente Edital.

c) Ofereçam a prestação de serviços de saúde em algumas das especialidades descritas nos Anexos I e II deste Edital;

d) Preencham todos os requisitos deste Edital.

3. DA FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

3.1. Os documentos necessários à habilitação poderão ser apresentados em original, ou por qualquer processo de cópia autenticada por cartório competente.

3.2. Os documentos que dependam de validade e que não contenham prazo de validade especificado no próprio documento, em Lei ou neste Edital, devem ser expedidos no máximo até 90 (noventa) dias antes da data da entrega da documentação ao Consórcio.

4. DA ENTREGA DOS DOCUMENTOS

4.1. Os interessados em participar do chamamento deverão apresentar a documentação em envelope fechado, no endereço indicado, como segue:

AO CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO NORTE DO ESPÍRITO SANTO – CIM NORTE/ES EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2020 CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NOME DA EMPRESA: CNPJ Nº:

5. DA DOCUMENTAÇÃO

5.1. Poderão se cadastrar os interessados que apresentarem os seguintes documentos:

- a) **Anexos III, IV, V, VI e VII deste Edital preenchidos corretamente;**
- b) **A interessada deverá descrever o(s) procedimento(s) para o(s) qual(is) irá se credenciar, de acordo os procedimentos descritos no Anexo II deste Edital, conforme modelo constante no Anexo III do presente instrumento;**
- c) Registro Comercial, no caso de empresa individual; ou Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor e suas alterações, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores; ou Inscrição do Ato Constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício;
- d) Documentos dos Sócios (RG ou documento equivalente com foto e CPF) ou do Representante Legal da Pessoa Jurídica (com Procuração) (Cópia autenticada);
- e) Procuração, se necessário (**Cópia autenticada**);
- f) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;
- g) Prova de regularidade de **Tributos Federais e Dívida Ativa da União** (certidão emitida pela Procuradoria da Fazenda Nacional e pela Secretaria da Receita Federal).
- h) Certidão de regularidade para com a **Fazenda Estadual** do domicílio ou sede da proponente, pertinente ao seu ramo de atividade e relativa aos tributos relacionados com o objeto licitado.
- i) Comprovação de Regularidade perante a **Fazenda Municipal**: Certidão dos Tributos relativos ao domicílio ou sede da proponente.
- j) Certificado de Regularidade do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS;
- k) Certidão Negativa de **Falência ou Concordata**, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, em data não superior a **30 (trinta) dias** da data da abertura do certame, se outro prazo não constar do documento;
- l) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa (CNDT), 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;
- m) Declaração que contenha o nome do responsável técnico e dos profissionais que realizarão os atendimentos, com as suas especialidades e números de registro profissional no Conselho Regional dos mesmos;
- n) Alvará sanitário vigente, expedido pela vigilância sanitária competente, no caso de os serviços serem prestados em local próprio da empresa;

o) Anexo VII deste Edital preenchido corretamente, caso a empresa esteja cadastrada no SIMPLES NACIONAL;

p) Comprovante de inscrição no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) e dos profissionais vinculados ao estabelecimento que realizarão os procedimentos/serviços de saúde. Os mesmos deverão estar cadastrados no CNES na especialidade necessária para realizar os procedimentos/serviços de saúde que serão credenciados de acordo com o ANEXO II (Tabela de Valores de Serviços e Procedimentos de Saúde do Consórcio Público da Região Norte do ES - CIM NORTE/ES – TVSPS).

q) A interessada deverá comprovar o (s) registro (s) da (s) especialidades (s) médica (s) junto ao CRM ou órgão (s) colegiado (s) Emissor (es) do (s) Títulos de Especialistas pertinentes aos serviços a serem credenciados.

Não serão aceitos como comprovação de títulos de especialistas os documentos a seguir:

- Comprovante de participação em congressos, palestras, entre outros;
- Estágios, ou declarações em geral;
- Qualquer outro documento que não seja emitido pelo CRM ou colegiado emissor de título de especialista.

r) Certificado de Controle de qualidade, conforme RDC nº 302 da ANVISA (caso seja laboratório);

s) Conta bancária para depósito (tendo por titular a empresa que for credenciada).

s) Não se exigirá como condições de habilitação, alvará de localização e funcionamento emitido pelo Município sede da empresa licitante.

s.1) O documento citado no item acima somente será exigido ao (s) vencedor (es) da licitação para fins de assinatura do contrato, da ata de registro de preços ou outro documento equivalente.

s.2) Durante a fase de habilitação, deverá obrigatoriamente ser apresentada declaração pelo (s) licitante (s) de disponibilidade de alvará de localização e funcionamento pelo Município sede da empresa licitante ou declaração de que a empresa reúne condições de apresentá-lo, tendo em vista o previsto no acordo nº 1394/2018 – primeira câmara do TCE/ES.

MODELO DE DECLARAÇÃO
CREDENCIAMENTO N.º 001/2020

A empresa, inscrita no CNPJ sob o nº, sediada na, declara, sob as penas da Lei, que apresentará **no ato de assinatura de contrato** o Alvará de Funcionamento, relativo ao domicílio ou sede da proponente, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto do certame.

_____, ____ de _____ de 2020.

Assinatura com carimbo do responsável

6. DO PROCEDIMENTO

6.1. Os interessados serão cadastrados por especialidade, segundo elementos constantes na documentação relacionada no presente instrumento.

6.2. A qualquer tempo poderá ser alterado, suspenso ou cancelado o cadastramento do interessado que deixar de satisfazer as exigências estabelecidas neste Edital ou descredenciado no caso de deixar de cumprir as obrigações estabelecidas no Termo de Credenciamento.

7. DOS CRITÉRIOS DE CREDENCIAMENTO

7.1. Os interessados que apresentarem toda a documentação exigida conforme estabelece este Edital serão cadastrados e poderão, posteriormente, serem convocados a assinarem o respectivo Termo de Credenciamento.

7.2. A empresa credenciada deverá disponibilizar para o **CIM NORTE/ES** todos os serviços ofertados pela mesma que constem da linha de cuidados da tabela de procedimentos do consórcio (TVSPS).

8. DA REGULARIDADE DA DOCUMENTAÇÃO

8.1. Toda a documentação apresentada pelo interessado ao **CIM NORTE/ES** quando de sua habilitação ao **Edital de Chamamento Público n° 001/2020** poderá, a qualquer momento, ser solicitada pelo **CIM NORTE/ES** para fins de averiguação de sua regularidade, além da obrigação de sempre manter atualizado um telefone para contato e um endereço eletrônico.

9. DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

9.1. Os serviços deverão ser prestados no estabelecimento do interessado, ou nas instalações cedidas por qualquer um dos entes consorciados atendendo as condições e exigências da Vigilância Sanitária para prestação de serviços de saúde credenciados e com responsável para emissão de requisições de atendimento, a fim de aproximar a prestação dos serviços de saúde da população dos municípios consorciados.

9.2. Prestar os serviços através da Telemedicina com infraestrutura tecnológica própria e adequada de acordo com as normas técnicas do Conselho Federal de Medicina pertinentes à guarda, manuseio, transmissão de dados, confidencialidade, privacidade e garantia do sigilo profissional, com base nas legislações aplicáveis e vigentes, especialmente Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.643 de 2002 e Portaria 647 do Ministério de Saúde de

2020 e a Lei Geral de Proteção de Dados nº 13709/2018. **Cessando a excepcionalidade e temporalidade prevista na referida portaria ministerial aplicar-se-á a norma que a esta revogar, ou outro meio normativo que assegure a continuidade do serviço de telemedicina.**

9.3. Ao **CIM NORTE/ES** reserva-se o direito de fiscalizar permanentemente a prestação dos serviços, podendo descredenciá-lo e rescindir o Termo de Credenciamento, em caso de má prestação de serviços verificada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa.

9.4. O agendamento dos serviços será realizado de acordo com a demanda dos municípios consorciados ao **CIM NORTE/ES**.

9.5. Os serviços ora credenciados serão prestados em favor da população dos municípios consorciados ao **CIM NORTE/ES**, conforme necessidades e disponibilidades financeiras de cada um dos entes consorciados.

9.6. Os serviços prestados pelo interessado deverão ser previamente autorizados pelo Secretário(a) Municipal de Saúde ou servidor municipal devidamente autorizado pelo município consorciado e encaminhado ao credenciado. Caso haja necessidade de complementação nos serviços inicialmente autorizados, tal complementação também precisará ser previamente autorizada, sob pena de ser inviabilizado o respectivo pagamento.

9.7. Em se tratando de serviços laboratoriais, deverão ser estipulados os prazos de 24hs (vinte e quatro horas) a 30 (trinta) dias de entrega dos resultados de exames laboratoriais de acordo com a complexibilidade dos exames.

10. DASSANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLEMENTO DOS SERVIÇOS

10.1. Pela inexecução total ou parcial do objeto deste Edital, conforme o caso, o **CIM NORTE/ES** poderá aplicar ao Credenciado as seguintes penalidades, sem prejuízo de outras medidas legais aplicáveis à espécie, garantida a prévia e a ampla defesa:

I - advertência;

II - multa de até dez por cento (10%) do valor do último faturamento mensal, salvo se a irregularidade decorrer de caso fortuito ou força maior, devidamente comprovado pelo credenciado e acatado pelo **CIM NORTE/ES**;

III - suspensão temporária de participar de licitação ou credenciar com o **CIM NORTE/ES** ou com qualquer de seus municípios consorciados por até 2 (dois) anos; e

IV - declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade.

10.2. As sanções previstas no item 10.1, incisos III e IV, poderão também ser aplicadas às pessoas jurídicas que, dentre outras condutas:

- a) injustificadamente retardarem a execução do objeto do Termo de Credenciamento;
- b) injustificadamente não mantiverem as condições estabelecidas neste Edital ou no Termo de Credenciamento;
- c) fizerem declaração falsa ao **CIM NORTE/ES** ou a qualquer de seus entes consorciados;
- d) falharem ou fraudarem a execução do Termo de Credenciamento;
- e) praticarem atos ilícitos visando a frustrar os objetivos deste Edital e/ou do Termo de Credenciamento;
- f) demonstrem não possuir idoneidade para contratar com a Administração em virtude de atos ilícitos praticados.

10.3. O valor da multa poderá ser descontado dos pagamentos devidos pelo **CIM NORTE/ES** ao credenciado em razão dos serviços já prestados.

11. DOS RECURSOS E DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL

11.1. O(a) interessado(a) cujo requerimento for considerado inepto poderá interpor recurso no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da ciência da decisão, assegurada a ampla defesa e o contraditório.

11.2. Dos atos relacionados a este procedimento cabem os recursos previstos na Lei nº 8.666/93 e suas alterações, sendo a autoridade competente superior para decidir sobre o recurso o(a) Presidente do CIM NORTE/ES, após informações da Comissão Permanente de Licitação.

11.3. A manifestação em interpor recurso deverá observar os seguintes critérios:

- a) Ser dirigido à Comissão Permanente de Licitação, digitados, devidamente fundamentados e, se for o caso, acompanhados de documentação pertinente;
- b) Ser assinado pelo(a) interessado(a) ou por procurador com poderes específicos, hipótese em que deverá ser anexado o instrumento procuratório;
- c) Os recursos deverão ser instruídos com:

c.1) Cópia devidamente autenticada de CPF, RG (do responsável) e CNPJ, em se tratando de pessoa jurídica, **devendo informar o e-mail e o telefone para contato;**

c.2) Procuração (quando for o caso);

c.3) Atos Constitutivos, em se tratando de pessoa jurídica (por documento original ou cópia autenticada).

d) As razões do recurso deverão ser apresentadas na Sala Consórcio, localizada no consórcio situado na Rodovia XV de Novembro, nº 420, Bairro São Francisco, Nova Venécia/ES, no horário de 08h00min às 11h00min e das 13h00min às 16h00min, de segunda a sexta-feira, e fora do prazo legal, não serão conhecidos. Não serão conhecidos recursos enviados pelo correio, fac-símile, correio eletrônico, ou qualquer outro meio de comunicação.

11.4. Os prazos e as condições para requerer IMPUGNAÇÃO deste Edital são os previstos nos §§§ 1º, 2º e 3º do Art. 41 da Lei nº 8.666/93 e alterações.

11.4.1. Acolhida a impugnação ao ato convocatório, será designada nova data para abertura da sessão, após retificação deste Edital.

11.5. Decairá do direito de solicitar esclarecimentos ou providências e de impugnar este Edital aquele que não o fizer dentro do prazo estabelecido no item 11.4.

11.6. A petição de impugnação deverá ser acompanhada dos seguintes documentos:

c.1) Cópia devidamente autenticada de CPF, RG (do responsável) e CNPJ, em se tratando de pessoa jurídica, devendo informar o e-mail e o telefone para contato;

c.2) Procuração (quando for o caso);

c.3) Atos Constitutivos, em se tratando de pessoa jurídica (por documento original ou cópia autenticada).

11.7. Não serão conhecidas as impugnações interpostas após os respectivos prazos legais.

11.8. A impugnação do edital deverá ser promovida através de protocolo no consórcio, situada no endereço descrito no rodapé deste Edital ou enviada para o endereço eletrônico: cimnortelicita@gmail.com e cimnorte@gmail.com.

12. DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO DOS TERMOS DE CREDENCIAMENTO

12.1. O prazo dos termos de credenciamento oriundos deste Edital será de até 12 (doze) meses, a partir da sua assinatura, podendo ser prorrogado a critério do **CIM NORTE/ES**, mediante a celebração de Termo de Aditamento, pelo prazo de até 60 (sessenta) meses.

12.2. Para a prorrogação do termo de credenciamento deverão ser encaminhados ao **CIM NORTE/ES** os documentos atualizados constantes das letras “e” a “p” do Item 5 deste Edital, referentes a pessoa jurídica credenciada, aos profissionais e ao local da prestação dos serviços.

13. DAS ALTERAÇÕES

13.1. Quaisquer das alterações dos termos de credenciamento serão objetos de Termo de Aditamento, na forma da legislação vigente, excetuando-se as alterações decorrentes do item 15 deste Edital.

14. DO VALOR DE DESEMBOLSO DOS SERVIÇOS

14.1. Para os serviços a serem credenciados através deste Edital, os valores a serem pagos pelo **CIM NORTE/ES** constarão no anexo II.

15. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

15.1. Os recursos para cobrir as despesas do objeto deste Credenciamento correrão a conta da dotação orçamentária do Consórcio para o exercício financeiro de 2020, a saber:

CIM NORTE/ES:

Projeto/Atividade: 01101.1012200012001 – Apoio a Atividades da saúde do Norte do ES

Elemento de despesa: 333.90.39.00 – Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica

16. DOS VALORES DOS PROCEDIMENTOS

16.1. O valor dos serviços objeto do Termo de Credenciamento serão publicados por Resolução do Consórcio pertinente a Tabela de Valores dos Serviços e Procedimentos de Saúde do **CIM NORTE/ES – TVSPS** e passarão a ser parte integrante do Termo de Credenciamento, dos quais alguns serviços poderão sofrer reajuste, conforme deliberação do órgão colegiado competente do Consórcio.

17. DAS PROPOSIÇÕES GERAIS

17.1. Ao Presidente do **CIM NORTE/ES** fica assegurado o direito de revogar ou anular o presente Edital em razão de interesse público, sem que caiba aos interessados quaisquer direitos a reclamação ou indenização.

17.2. Todas as informações sobre o presente Credenciamento, assim como o respectivo Edital poderão ser obtidos na sala consórcio, localizada na Rodovia XV de Novembro, nº 420, Bairro São Francisco, Nova Venécia/ES, ou pelo e-mail cimnortelicita@gmail.com e/ou cimnorte@gmail.com, ou pelo site www.cimnorte.com.br.

17.3. Os casos omissos serão resolvidos à luz da Lei nº 8.666/93 e disposições estabelecidas no presente Edital.

17.4. Caso o **CIM NORTE/ES** não se utilize da prerrogativa de rescindir o Termo de Credenciamento, ao seu exclusivo critério, poderá suspender a sua execução e/ou sustar o pagamento das faturas, até que o Credenciado cumpra integralmente a condição da cláusula infringida, sem prejuízo da incidência das sanções previstas neste Edital, na Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores.

17.5. O licitante reconhece os direitos do **CIM NORTE/ES** nos casos de rescisão previstas nos artigos 78 a 87 da Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores.

18. DO FORO

18.1. Fica eleito o foro da Comarca de Nova Venécia/ES para dirimir eventuais litígios decorrentes do presente Edital e dos instrumentos dele decorrentes.

Nova Venécia (ES) 14 de maio de 2020.

IGOR TOSCANO BASSETTI

Presidente da Comissão Permanente de Licitação CIM NORTE/ES

ANEXO I
CREDENCIAMENTO Nº 001/2020

TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO

1.1. Objetiva o credenciamento de pessoas jurídicas para prestação de serviços de saúde à população dos Municípios consorciados do Consórcio Público da Região Norte do ES - **CIM NORTE/ES**, os serviços estão mencionados no anexo II que integra este instrumento, atendendo assim as necessidades do Consórcio Público da Região Norte do ES - **CIM NORTE/ES**.

2. DO OBJETIVO

2.1. O presente Termo de Referência tem por objetivo apresentar os requisitos básicos para auxiliar a Comissão de Licitação na elaboração do Edital de Credenciamento para contratação do objeto acima especificado.

3. DA JUSTIFICATIVA

3.1. A demanda por serviços médicos e procedimentos de saúde pela população dos municípios consorciados é em muito superior à oferta de profissionais de saúde existentes no mercado. Desta forma, por intermédio da abertura do Chamamento Público para credenciamento de pessoas jurídicas interessadas na prestação de serviços médicos e procedimentos de saúde, espera-se alcançar a escala adequada para atrair o interesse dos profissionais da área de saúde a prestar os serviços, de forma regional, ao conjunto de municípios consorciados. De um lado tornamos, para o profissional da área de saúde, atrativo o valor total da produção que poderá vir a ser alcançada no atendimento de forma regional. Por outro lado, conseguimos reduzir os custos unitários dos valores que cada um dos municípios consorciados despenderia com gastos de forma individualizada na atração e contratação dos mesmos serviços e procedimentos de saúde. Gerando economia no emprego de recursos públicos municipais, possibilitando a compra de um maior número de serviços e procedimentos de saúde utilizando o mesmo valor que se utilizaria de forma individual e não consorciada. Ademais, na maioria das vezes o município agindo de forma isolada não consegue sequer atrair o profissional médico especialista para atender as demandas da sua população. Sendo estes os principais motivos que ensejam a realização do presente procedimento, sem adentrar a outros, tais: redução do custo invisível da administração pública decorrente do retrabalho existente na abertura de vários processos idênticos nos municípios, quando por meio do consórcio, com apenas um processo é possível a contratação para atendimento ao conjunto de municípios consorciados; redução da possibilidade de ocorrência de licitação fracassada ou deserta; aumento da concorrência e oferta de serviços e procedimentos de saúde na região abrangida pelo consórcio, entre tantos outros.

4. DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

4.1. O processo licitatório observará as normas e procedimentos administrativos constantes na Lei 8.666/93, de 21 de junho de 1993, e alterações posteriores.

5. DAS CONDIÇÕES DA PARTICIPAÇÃO

5.1. Poderão participar deste edital as pessoas jurídicas que:

- a) Possuam unidades de atendimento regularmente licenciadas e localizadas no Estado do Espírito Santo.
- b) Poderão ser de qualquer parte do Espírito Santo, desde que regularmente licenciadas, os estabelecimentos que desejarem se credenciar para executar procedimentos/serviços de saúde realizados através da TELEMEDICINA, constantes do anexo II, desde que atendam às exigências do presente termo de referência.
- c) Ofereçam a prestação de serviços de saúde em algumas das especialidades descritas no Edital;
- d) Preencham todos os requisitos deste Termo de Referência do Edital.

6. DA EXIGÊNCIA DA HABILITAÇÃO

6.1. Para habilitar-se à referida licitação é conveniente que os interessados apresentem os documentos geralmente requisitados nos processos já praticados no CIM NORTE/ES, bem como:

a) A interessada deverá descrever o(s) procedimento(s) para o(s) qual(is) irá se credenciar, de acordo os procedimentos descritos no Edital;

- b) Registro Comercial, no caso de empresa individual; ou Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor e suas alterações, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores; ou Inscrição do Ato Constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício;
- c) Documentos dos Sócios (RG ou documento equivalente com foto e CPF) ou do Representante Legal da Pessoa Jurídica (com Procuração) (Cópia autenticada);
- d) Procuração, se necessário (**Cópia autenticada**);
- e) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;
- f) Prova de regularidade de **Tributos Federais e Dívida Ativa da União** (certidão emitida pela Procuradoria da Fazenda Nacional e pela Secretaria da Receita Federal).

- g) Certidão de regularidade para com a **Fazenda Estadual** do domicílio ou sede da proponente, pertinente ao seu ramo de atividade e relativa aos tributos relacionados com o objeto licitado.
- h) Comprovação de Regularidade perante a **Fazenda Municipal**: Certidão dos Tributos relativos ao domicílio ou sede da proponente.
- i) Certificado de Regularidade do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS;
- j) Certidão Negativa de **Falência ou Concordata**, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, em data não superior a **30 (trinta) dias** da data da abertura do certame, se outro prazo não constar do documento;
- k) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa (CNDT), 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;
- l) Declaração que contenha o nome do responsável técnico e dos profissionais que realizarão os atendimentos, com as suas especialidades e números de registro profissional no Conselho Regional dos mesmos;
- m) Prova de inscrição no Cadastro de Contribuintes Estadual (com situação ativa) ou Municipal (**Alvará de Funcionamento**), relativo ao domicílio ou sede da proponente, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto do certame, no caso de os serviços serem prestados em local próprio da empresa;
- n) Alvará sanitário vigente, expedido pela vigilância sanitária competente, no caso de os serviços serem prestados em local próprio da empresa;
- o) **DECLARAÇÃO DE OPÇÃO PELO SIMPLES NACIONAL** preenchida corretamente, caso a empresa esteja cadastrada no SIMPLES NACIONAL, conforme modelo abaixo:

MODELO DE DECLARAÇÃO DE OPÇÃO PELO SIMPLES NACIONAL

(Nome da empresa), com sede (endereço completo), inscrita no CNPJ sob o nº....., DECLARA ao CIM NORTE/ES, para fins de não incidência na fonte do Imposto sobre a Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ), a que se refere o art. 64 da Lei nº 9.430, de 27 de dezembro de 1996, que é regularmente inscrita no Regime Especial Unificado de Arrecadação de Tributos e Contribuições das Microempresas e das Empresas de Pequeno Porte - Simples Nacional, de que trata o art. 12 da Lei Complementar nº. 123, de 14 de dezembro de 2006, desde o dia/...../.....

Local e Data

.....
Diretor, Sócio-gerente ou Equivalente/Nome completo e assinatura

p) Comprovante de inscrição no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) e dos profissionais vinculados ao estabelecimento que realizarão os procedimentos/serviços de saúde. Os mesmos deverão estar cadastrados no CNES na especialidade necessária para realizar os procedimentos/serviços de saúde que serão credenciados de acordo com o ANEXO I (Tabela de Valores de Serviços e Procedimentos de Saúde do Consórcio Público da Região Norte do ES - CIM NORTE/ES – TVSPS).

q) A interessada deverá comprovar o (s) registro (s) da (s) especialidades (s) médica (s) junto ao CRM ou órgão (s) colegiado (s) Emissor (es) do (s) Títulos de Especialistas pertinentes aos serviços a serem credenciados.

Não serão aceitos como comprovação de títulos de especialistas os documentos a seguir:

- Comprovante de participação em congressos, palestras, entre outros;
- Estágios, ou declarações em geral;
- Qualquer outro documento que não seja emitido pelo CRM ou colegiado emissor de título de especialista.

r) Certificado de Controle de qualidade, conforme RDC nº 302 da ANVISA (caso seja laboratório);

s) Conta bancária para depósito (tendo por titular a empresa que for credenciada).

7. DAS ESPECIFICAÇÕES DO OBJETO

7.1. Credenciamento de **pessoas jurídicas** que deverão rigorosamente ser atendidas as especificações e valores da tabela descrita no anexo II e observados os esclarecimentos constantes deste Termo de Referência.

8. DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

8.1. Compete a **CREDENCIADA**:

8.1.1. Prestar os serviços descritos no ANEXO II em local devidamente equipado pela própria credenciada ou disponibilizado por qualquer dos municípios consorciados quando do interesse e possibilidade desses, visando aproximar a prestação dos serviços da população demandante;

8.1.2. Prestar os serviços através da Telemedicina com infraestrutura tecnológica própria e adequada de acordo com as normas técnicas do Conselho Federal de Medicina pertinentes à guarda, manuseio, transmissão de dados, confidencialidade, privacidade e garantia do sigilo profissional, com base nas legislações aplicáveis e vigentes, especialmente Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.643 de 2002 e Portaria 647 do Ministério de Saúde de 2020 e a Lei Geral de Proteção de Dados nº 13709/2018. **Cessando a excepcionalidade e**

temporalidade prevista na referida portaria ministerial aplicar-se-á a norma que a esta revogar, ou outro meio normativo que assegure a continuidade do serviço de telemedicina.

8.1.3. Recusar a prestação de qualquer serviço de saúde aos municípios consorciados sem prévia autorização dos Secretários Municipais de Saúde ou servidor municipal devidamente autorizado;

8.1.4. Fornecer aos usuários ou seu responsável, relatório do atendimento, laudo médico, atestado médico ou outro documento necessário para atender as necessidades do usuário;

8.1.5. Não considerar como nova consulta a entrega e avaliação de exames dentro do prazo de retorno fixado pelo CIM NORTE/ES;

8.1.6. Preencher todos os campos dos formulários oriundos das Secretarias Municipais de Saúde, com os respectivos dados, códigos de CID, mapas de produção, e demais formulários exigidos pelo Ministério da Saúde;

8.1.7. Dispensar aos usuários, sem qualquer diferenciação, os mesmos tratamentos realizados com padrões técnicos e de conforto material dispensado aos seus demais clientes da CREDENCIADA;

8.1.8. Comunicar a **Central de Regulação Municipal – CRM (AMA)** ou órgão municipal equivalente, os casos de suspensão do horário do atendimento de usuário, com antecedência suficiente para ser avisado aos respectivos usuários, salvo os casos de urgência, que não poderão ser repetitivos;

8.1.9. Comprometer-se a não cobrar diretamente dos usuários e/ou de seus responsáveis quaisquer quantias relacionadas direta ou indiretamente aos serviços objeto deste instrumento, durante a sua vigência;

8.1.10. Prestar ao Consórcio Público da Região Norte do ES - **CIM NORTE/ES**, sempre que solicitado, informações e relatórios necessários a permitir a realização do acompanhamento e fiscalização do presente instrumento;

8.1.11. Observar no momento do atendimento o prazo de validade da autorização para realização dos serviços de saúde;

8.1.12. Garantir o atendimento do aumento da demanda, em caso de surto ou epidemia de doenças;

8.1.13. Informar diariamente por meio do sistema de gestão em saúde disponibilizado pelo CIM NORTE/ES sem ônus para a CREDENCIADA, os atendimentos realizados;

8.1.14. Enviar mensalmente ao **CIM NORTE/ES** relatório com as autorizações de atendimentos, devidamente assinadas, com nome do paciente, atendimento realizado e

respectivos valores, visando à conferência de faturamento e fiscalização da equipe do **CIM NORTE/ES** e ou do município consorciado demandante dos serviços.

8.1.15. Não realizar quaisquer atendimentos sem a apresentação, no ato da realização do mesmo, das autorizações de atendimento (requisições) por meio dos usuários dos municípios consorciados, exceto em situações de extrema urgência.

8.1.16. O faturamento será fechado através do Sistema de Gestão em Saúde, todo dia 15º dia de cada mês, caso não caia em dia útil, o fechamento passará para o próximo dia útil.

8.1.17. O faturamento (requisições) deverá ser entregue na sede do CIM NORTE/ES (Rodovia XV de novembro, nº 420, São Francisco – Nova Venécia/ES), em até 10 dias após o fechamento do faturamento.

9. DO PREÇO E REAJUSTAMENTO

9.1. A **CREDENCIADA** se compromete à prestação dos serviços constantes neste termo de referência, nos valores definidos na tabela (anexo I) do **CIM NORTE/ES**, sendo vedada a cobrança extra de valores a qualquer título, conforme vedação constante da legislação do SUS.

9.2. Os preços dos serviços serão reajustados na mesma proporção em que ocorrer modificação da Tabela de Serviços e procedimentos de Saúde do **CIM NORTE/ES**, após 1 (um) ano do Credenciamento ou aprovação em Assembleia.

10. DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

10.1. O **CIM NORTE/ES** pagará mensalmente à **CREDENCIADA** pelos serviços prestados, observando-se o seguinte:

a) Até o dia 20 de cada mês, a **CREDENCIADA** emitirá nota fiscal, contendo relatório discriminando o serviço prestado aos municípios consorciados, observando que o não cumprimento desta alínea adiará o pagamento dos serviços para a fatura do mês seguinte;

b) Somente após conferir e atestar o serviço prestado poderá o Consórcio Público da Região Norte do ES - **CIM NORTE/ES** efetuar o pagamento devido, que deverá ocorrer até o 10º dia útil do mês subsequente;

c) Havendo incorreções ou irregularidades no faturamento apresentado, o pagamento somente será efetuado após a correção da mesma;

d) Junto a nota fiscal deverão ser apresentadas as certidões de regularidade fiscal e trabalhista;

e) As divergências apuradas, mesmo após a realização do pagamento, deverão ser esclarecidas no prazo de 30 (trinta) dias, sob pena de realização descontos dos valores

divergentes no pagamento de faturas seguintes ao mês em que ocorrer a constatação da divergência.

10.2. No caso do pagamento ocorrer mediante crédito em conta corrente bancária de titularidade da **CREDENCIADA**, o comprovante de depósito terá a validade como recibo de quitação para todos os efeitos;

10.3. Fica vedada a emissão de duplicatas e/ou boletos bancários de cobrança dos serviços prestados com prazo/data de vencimento das mesmas e inclusão de quaisquer multas e ou penalidades.

11. DAS DOTAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS

11.1. Os recursos financeiros a serem utilizados para pagamento das despesas advindas do presente termo de credenciamento correrão a conta de recursos constantes do orçamento do **CIM NORTE/ES**, nas rubricas abaixo identificadas:

CIM NORTE/ES:

Projeto/Atividade: 01101.1012200012001 – Apoio a Atividades da saúde do Norte do ES

Elemento de despesa: 333.90.39.00 – Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica

12. DA VIGÊNCIA

12.1. O presente Instrumento vigorará pelo prazo de **12 (doze) meses**, a contar da data da sua assinatura, podendo ser prorrogado por prazos iguais e sucessivos por manifestação expressa do **CIM NORTE/ES** até o limite de 60 (sessenta) meses.

13. DO DESCREDENCIAMENTO

13.1. Ocorrerá credenciamento do prestador de serviços, nos seguintes casos:

- a) Não cumprimento ou cumprimento irregular de cláusulas do presente termo;
- b) Paralisação dos serviços sem justa causa e sem prévia comunicação ao **CIM NORTE/ES**;
- c) Por decisão da Câmara Setorial de Saúde do **CIM NORTE/ES**, motivados pela má qualidade dos serviços prestados, em relação aos atendimentos realizados e a ética profissional;
- d) Por interesse do **CIM NORTE/ES**, no caso dos serviços deixarem de integrar o plano de atendimento aos municípios consorciados, ou ainda, a Tabela de Valores de Serviços e Procedimentos de Saúde do **CIM NORTE/ES – TVSPS**.

13.2. Quando o credenciamento ocorrer pelos motivos expressos nas letras “a” “b” e “c” a **CREDENCIADA** ficará impedida de prestar serviço ao **CIM NORTE/ES** pelo prazo não inferior a 12 (doze) meses.

13.3. Caso o credenciamento previsto no item 13.1 seja levada a efeito, caberá a **CREDENCIADA**, durante o prazo da notificação e até a data do efetivo credenciamento, manter o atendimento aos usuários.

14. DAS RESPONSABILIDADES

14.1. Compete a CREDENCIADA:

- a) Utilizar na execução dos serviços credenciados, pessoal habilitado, e sob a sua supervisão direta;
- b) Providenciar a imediata correção das deficiências apresentadas pelo **CIM NORTE/ES**, quando do atendimento e prestação dos serviços;
- c) Responsabilizar-se diretamente por todas as despesas diretas e indiretas relativas aos serviços prestados, tais como: salário, encargos sociais, fiscais, trabalhistas, previdenciários, indenizações e quaisquer outros que forem devidas a seus empregados no desempenho do serviço descrito na cláusula primeira, isentando o **CIM NORTE/ES** de qualquer vínculo empregatício com os mesmos;
- d) Responsabilizar-se por danos e/ou prejuízos pessoais, morais e ou materiais verificados nos atendimentos e nas prestações dos serviços aos usuários do **CIM NORTE/ES**, sejam eles causados pela **CREDENCIADA** por meio de seus empregados ou terceiros;
- e) Atualizar seus dados cadastrais junto ao **CIM NORTE/ES**, comprometendo-se a comunicar por escrito, eventuais mudanças de número de telefone/fax, endereço, e-mail e horário de atendimento, em até 30 (trinta) dias após a alteração dos mesmos;
- f) Responsabilizar-se por toda e qualquer informação fornecida ao **CIM NORTE/ES**, em razão dos serviços prestados aos seus usuários, respondendo, deste modo, pela inobservância de normas legais, bem como pela inexatidão das referidas informações;
- g) Disponibilizar para o **CIM NORTE/ES** os dados assistenciais dos atendimentos prestados, observadas as questões éticas e o sigilo profissional, na forma prevista na legislação do SUS.

14.2. Compete ao CIM NORTE/ES:

- a) Acompanhar, fiscalizar e avaliar por intermédio dos municípios consorciados, a qualidade do atendimento e dos serviços prestados;
- b) Disponibilizar, por intermédio de qualquer município consorciado, local para prestação dos serviços de saúde quando do interesse dos municípios consorciados responsável para acompanhamento e fiscalização do presente termo;
- c) Efetuar os pagamentos nas condições pactuadas.

15. DO ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO

15.1. Os Serviços prestados serão acompanhados e fiscalizados em conjunto pela Secretaria Municipal de Saúde de cada município consorciado e pelo Consórcio Público da Região Norte do ES - **CIM NORTE/ES**, os quais poderão solicitar relatórios, informações e esclarecimentos sempre que julgar necessário a solução de denúncias, dúvidas ou divergências. Os serviços poderão ser prestados nas instalações cedidas por qualquer um dos entes consorciados atendendo as condições e exigências da Vigilância Sanitária para prestação de serviços de saúde credenciados e com responsável para emissão de requisições de atendimento, a fim de aproximar a prestação dos serviços de saúde da população dos municípios consorciados.

16. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1. Os tributos e contribuições que forem devidos em decorrência direta ou indireta do presente instrumento, ou de sua execução, constituem ônus de responsabilidade do contribuinte, assim definido na legislação tributária.

16.2. A **CREDENCIADA** autoriza o **CIM NORTE/ES** a divulgar seu nome, endereço e telefone aos municípios consorciados e aos seus usuários.

16.3. O presente instrumento não é firmado em caráter de exclusividade, podendo a **CREDENCIADA** operar com quaisquer outras instituições.

16.4. Fica vedado a **CREDENCIADA** transferir a terceiros, no todo ou em parte, os direitos e as obrigações estabelecidas neste instrumento.

16.5. O termo de credenciamento obedecerá às disposições, no que couber, às normas da Lei 8.666/93 e da Lei nº 8.080/90, e demais normas do Sistema Único de Saúde e princípios gerais da administração pública, sem prejuízo de outras exigências ajustadas pelas partes.

17. DO FORO

17.1. Para dirimir toda e qualquer controvérsia oriunda deste instrumento, ou de seu objeto, as partes elegem como competente o foro da Comarca Nova Venécia/ES, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Nova Venécia/ES, 04 de maio de 2020.

Risonete Maria Oliveira Macedo
Superintendente Executiva do CIM NORTE/ES

ANEXO II
CREDENCIAMENTO Nº 001/2020

**Tabela de Valores de Serviços e Procedimentos de Saúde do Consórcio Público da
 Região Norte do ES - CIM NORTE/ES – TVSPS - Aprovada na Assembleia Geral de
 27/04/2020.**

TABELA DE VALORES DE SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS DE SAÚDE DO CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO NORTE DO ES - CIM NORTE/ES			
CÓDIGO	COD. SUS	PROCEDIMENTO	VALOR
1 - PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS			
1.1	0405050364	CIRURGIA DE PTERIGIO	450,00
1.2	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGISTA	46,00
1.3	0211060127	MAPEAMENTO DE RETINA	50,00
1.4	0211060038	CAMPIMETRIA	60,00
1.5	0211060267	TOPOGRAFIA	85,00
1.6	-	ANGIOGRAFIA FLUORESCENTE	178,33
1.7	0211060011	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	45,25
1.8	0205020020	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA/CÓRNEANA	68,75
1.9	-	ECOGRAFIA / ULTRASSOM DE OLHO	51,25
1.10	-	CERATOSCOPIA MONO	123,33
1.11	0211060062	CURVA TENSIONAL DIÁRIA/BI	50,70
1.12	0211060143	MICROCOPIA ESPECULAR DA CÓRNEA/ MONO	86,70
1.13	0211060178	RETINOGRAFIA COLORIDA POR OLHO	42,25
1.14	0405030045	FOTOCOAGULACAO A LASER	154,00
1.15	0211060283	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA	223,33
1.16	0211060100	FUNDOSCOPIA	26,15
1.17	0211060151	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	11,79
1.18	0405050020	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	152,80
1.19	0211060119	GONIOSCOPIA	32,74
1.20	0405050194	IRIDOTOMIA A LASER	45,00
2 - PROCEDIMENTOS CARDIOLÓGICOS			
2.1	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM CARDIOLOGISTA	46,00
2.2	0211020036	ELETROCARDIOGRAMA VIA INTERNET	12,00
2.3	0211020060	TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMETRICO	95,00
2.4	0211020044	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	98,00
2.5	0211020036	ELETROCARDIOGRAMA	17,00
2.6	0205010040	ECODOPPLER-CARÓTIDAS	150,00
2.7	0205010016	ECODOPPLERCARDIOGRAMA (ECOCARDIOGRAMA)	150,00
2.8	0211020052	MAPA (MONITORAMENTO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL)	150,00
3 - PROCEDIMENTOS EM OTORRINOLARINGOLOGIA			
3.1	0211070041	AUDIOMETRIA TONAL	30,00
3.2	0211070203	IMPEDANCIOMETRIA	30,00

3.3	0211070270	TESTE DA ORELINHA	25,00
3.4	0211070041	SRT LIMAR DA RECEPCAO DA FALA	30,00
3.5	0211070114	AUDIOMETRIA VOCAL	20,00
3.6	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM OTORRINOLARINGOLOGISTA	46,00
3.7	0209040041	VIDEOLARINGOSCOPIA	70,00
3.8	-	BERA	200,00
3.9	0209040041	VIDEOLARINGOSCOPIA NASAL E FLEXÍVEL	81,20
4 - PROCEDIMENTOS EM NEUROLOGIA			
4.1	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM NEUROLOGISTA	46,00
4.2	0211050059	ELETOENCEFALOGAMA	70,00
4.3	0211050083	ELETRONEUROMIOGRAFIA MMSS	300,00
4.4	0211050083	ELETRONEUROMIOGRAFIA MMII	300,00
4.5	0211050083	ELETRONEUROMIOGRAFIA 04 MEMBROS	550,00
4.5	0211050105	POLISSONOGRAMA	380,00
4.7	0211050059	EEG COM MAPEAMENTO	180,00
5 - PROCEDIMENTOS EM PROCTOLOGIA			
5.1	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM PROCTOLOGISTA	46,00
5.2	0201010410	BIOPSIA DE PROSTATA	200,00
6 - PROCEDIMENTOS EM GASTROENTEROLOGISTA			
6.1	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM GASTROENTEROLOGISTA	46,00
6.2	0209010037	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	120,00
6.3	0209010029	COLONOSCOPIA	260,00
6.4	0407010246	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA	168,33
6.5	0209010053	RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL OU RÍGIDA	109,60
7 -PROCEDIMENTOS EM PNEUMOLOGIA			
7.1	0303130032	CONSULTA DE PNEUMOLOGIA	46,00
7.2	0211080055	ESPIROMETRIA	70,00
7.3	0211080055	PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA C/ BRONCODILATADOR (ESPIROMETRIA)	90,00
8 -PROCEDIMENTOS EM ANGIOLOGIA			
8.1	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM ANGIOLOGISTA	46,00
8.2	0205010040	ECO COLODOPPLER VENOSO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO	150,00
8.3	0205010040	ECO COLODOPPLER VENOSO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	150,00
8.4	0205010040	ECO COLODOPPLER DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO	150,00
8.5	0205010040	ECO COLODOPPLER DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO	150,00
9 - PROCEDIMENTOS EM GINECOLOGIA			
9.1	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM GINECOLOGIA	46,00
9.2	0211040029	COLPOSCOPIA	38,20
9.3	-	COLPOSCOPIA MAIS BIÓPSIA	60,17
9.4	-	FORNECIMENTO E INSERÇÃO DO DIU	250,00
9.5	-	INSERÇÃO DO DIU	150,00
9.6	0309030048	ELETRICAUTERIZAÇÃO DO COLOUTERINO	57,50
10 - PROCEDIMENTOS EM UROLOGIA			

10.1	0301010072	CONSULTA ESPECIALIZADA EM UROLOGIA	46,00
10.2	0211090018	URODINÂMICA	211,75
10.3	-	UROGRAFIA EXCRETORA	153,00
10.4	0204050170	URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL	126,33
11 -EXAMES RADIOLÓGICOS DA CABEÇA E PESCOÇO			
11.1	0204010080	RADIOGRAFIA DE CRANIO (AP + LATERAL)	18,00
11.2	0204010071	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA/BRETTON + HIRTZ)	24,35
11.3	0204010063	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	20,00
11.4	0204010128	RADIOGRAFIA DA FACE	21,00
11.5	0204010179	RADIOGRAFIA PANORAMICA (BOCA)	31,00
11.6	0204010179	RADIOGRAFIA DE COLUNA PANORAMICA	51,00
11.7	-	RADIOGRAFIA DE ADENOIDES LATERAL	28,00
11.8	0204010039	RADIOGRAFIA DE ORBITAS	24,92
11.9	0204010101	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE/ROCHEDOS (BILATERAL)	26,37
11.10	0204010012	DACRIOCISTOGRAFIA	153,33
11.11	0204010152	RADIOGRAFIA DE SELA TURCA (PA + LATERAL + BRETTON)	26,50
12 -EXAMES RADIOLÓGICOS DA CINTURA ESCAPULAR E DOS MEMBROS SUPERIORES			
12.1	0204040060	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	18,00
12.2	0204040051	RADIOGRAFIA DE BRAÇO	21,00
12.3	0204040124	RADIOGRAFIA DE PUNHO	17,00
12.4	0204040094	RADIOGRAFIA DE MAO	16,00
12.5	0204040035	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	21,00
12.6	0204040116	RADIOGRAFIA DE OMOPLATA / OMBRO (TRES POSICOES)	21,00
12.7	0204040078	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	21,00
12.8	0204040019	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO (AP + PF)	18,00
12.9	0204040027	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR	23,53
13 -EXAMES RADIOLÓGICOS DA CINTURA PÉLVICA E DOS MEMBROS INFERIORES			
13.1	0204060168	RADIOGRAFIA DE TORNOZELO	20,00
13.2	0204060150	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	16,00
13.3	0204060060	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	21,00
13.4	0204060125	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	21,00
13.5	0204060095	RADIOGRAFIA DE BACIA	18,00
13.6	0204060036	RADIOGRAFIA DE ESCANOMETRIA	23,00
13.7	0204060117	RADIOGRAFIA DE COXA	21,00
13.8	0204060028	DENSITOMETRIA OSSEA	60,00
13.9	0204060168	RADIOGRAFIA DE PERNA	18,00
13.10	0204060109	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	17,00
13.11	0204060079	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	20,00
13.12	0204060176	RADIOGRAFIA PANORAMICA DOS MEMBROS INFERIORES	90,00
14 -EXAMES RADIOLÓGICOS DA COLUNA VERTEBRAL			
14.1	0204020093	RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSAL AP + LT	22,00
14.2	0204020107	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR	22,00

14.3	0204020050	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL AP E LAT	21,00
14.4	0204020131	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA LOMBAR (INTERIOR)	90,00
14.5	0204020123	RADIOGRAFIA DE REGIÃO SACRO COCCIGEA	17,90
15 -EXAMES RADIOLÓGICOS DO ABDOMEN E PELVE			
15.1	0204050138	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN	18,00
15.2	0204050189	UROGRAFIA EXCRETORA	100,00
15.3	0204050014	CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE	100,00
16 -EXAMES RADIOLÓGICOS DO TORAX E MEDIASTINO			
16.1	0204030080	RAIO-X SERIOGRAFIA ADULTO/CRIANCA	70,00
16.2	0204030188	MAMOGRAFIA BILATERAL	50,00
16.3	0204030170	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	16,00
16.4	-	RADIOGRAFIA TORAX (PA + LATERAL)	23,57
16.5	0204030145	RADIOGRAFIA TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	29,43
16.6	0204030072	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	18,60
17 -RESSONÂNCIA MAGNÉTICA			
17.1	-	RESSONANCIA MAGNETICA SEM CONTRASTE	350,00
17.2	9999999999	APLICACAO DE CONSTRASTE PARA RESSONANCIA	80,00
17.3	0417010060	SEDACAO PARA REALIZACAO DE EXAMES DE RESSONANCIA (ADULTO/INFANTIL)	350,00
18 -TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA			
18.1	0206010044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	234,00
18.2	0206010044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA MANDIBULA	234,00
18.3	0206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	234,00
18.4	0206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTOIDES OU OUVIDOS	234,00
18.5	0206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA ORBITA	234,00
18.6	0206010010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL/DORSAL/LOMBAR	234,00
18.7	0206010060	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	234,00
18.8	0206010052	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO	234,00
18.9	0206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PUNÇÃO ASPIRATIVA	234,00
18.10	0206030029	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DAS EXTREMIDADES	234,00
18.11	0206030029	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DAS PERNAS	234,00
18.12	0206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	277,00
18.13	0206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Pelve / BACIA	234,00
18.14	0206020023	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ATE 3 SEGMENTOS	234,00
18.15	0206020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	277,00
18.16	0206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FARINGE	234,00
18.17	0206020015	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEGMENTOS APENDICULARES	234,00
18.18	9999999999	APLICAÇÃO DE CONTRASTE PARA TOMOGRAFIA	80,00
18.19	417010060	SEDAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES DE TOMOGRAFIA (ADULTO/INFANTIL)	300,00
19 -ULTRA-SONOGRAFIA DOS DEMAIS SISTEMAS			
19.1	0205020143	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLOGICA	120,00
19.2	0205020135	ULTRA-SONOGRAFIA HIPOCONDRIA	53,00
19.3	0205020100	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	60,00

19.4	0205020160	ULTRA-SONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	33,00
19.5	0205020070	ULTRA-SONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL INTERIOR	44,00
19.6	0205020151	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	120,00
19.7	0205020143	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA	52,88
19.8	0205020054	ULTRA-SONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	60,00
19.9	0205020046	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	60,00
19.10	0205020186	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL\ ENDOVAGINAL	55,10
19.11	0205020127	ULTRA-SONOGRAFIA DE TIREOIDE	60,00
19.12	0205020097	ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA	60,00
19.13	0205020038	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	53,00
19.14	0205020119	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	60,00
19.15	0205020062	ULTRA-SONOGRAFIA DE ARTICULACAO	51,00
19.16	0501080090	ULTRASSONOGRAMA DE ORGAOS E EXTRUTURAS	51,00
19.17	0205010059	ULTRASSONOGRAMA OBSTETRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL	100,00
19.18	0205020062	ULTRASSONOGRAMA DE PARTES MOLES (MUSCULOS, TENDONES E LIGAMENTOS)	50,00
19.19	0205020062	ULTRASSONOGRAMA DE MUSCULO ESQUELETICO E ARTICULACOES (COTOVELO, OMBRO, PUNHO, MAO, JOELHO, TORNOZELO E PE)	50,00
19.20	-	ULTRASSONOGRAMA DOPPLER COLOR ARTERIAL DE MEMBRO INF. UNILATERAL	125,38
19.21	-	ULTRASSONOGRAMA DOPPLER COLOR ARTERIAL DE MEMBRO SUP. UNILATERAL	125,38
19.22	-	ULTRASSONOGRAMA DOPPLES COLOR DE AORTA E ARTÉRIAS RENAIAS	133,50
19.23	0205010040	ULTRASSONOGRAMA DOPPLER COLO DE VASOS CERVICAIS (CARÓTIDAS)	108,50
19.24	0205010040	ULTRASSONOGRAMA DOPPLER COLOR DE VASOS CERVICAIS VERTEBRAIS	123,50
19.25	-	ULTRASSONOGRAMA DOPPLER COLOR VENOSO DE MEMBRO INF. UNILATERAL (INCLUI VARIZES E SAFENAS)	98,33
19.26	-	ULTRASSONOGRAMA DOPPLES COLOR VENOSOI DE MEMBRO SUP. UNILATERAL	98,33
19.27	0207010013	ANGIORESSONÂNCIA	392,92
19.28	-	ANGIOTOMOGRAFIA	436,67
20 – CINTILOGRAFIA			
20.1	0208060014	CINTILOGRAFIA CEREBRAL	113,62
20.2	0208090010	CINTILOGRAFIA COM GALIO 67	376,52
20.3	0208050019	CINTILOGRAFIA DE ARTICULACOES E/OU EXTREMIDADES	132,75
20.4	0208020012	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E BACO	139,62
20.5	0208020020	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E VIAS BILIARES	200,36
20.6	0208020039	CINTILOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTIMULO	78,08
20.7	0208090037	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	287,78
20.8	0208030042	CINTILOGRAFIA DE METASTASES DO CORPO TOTAL	221,11
20.9	0208010041	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO NECROSE	151,16
20.10	0208010033	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO	326,65
20.11	0208010025	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO/ ESTRESSE	403,21
20.12	0208030018	CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES	322,28
20.13	0208070036	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR INALACAO	108,55
20.14	0208070044	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSÃO	136,56
20.15	0208080015	CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA OSSEA)	116,67

20.16	0208030026	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ OU S/ CAPTACAO	68,96
20.17	0208030026	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ OU S/ CAPTACAO (99M - TC)	68,96
20.18	0208010025	CINTILOGRAFIA MIOCARDICA COM ESTRESSE FARMACOLOGICO "DIPIRIDAMOL"	403,21
20.19	0208080015	CINTILOGRAFIA OSSEA (CORPO TOTAL)	161,50
20.20	0208020110	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO	148,72
20.21	0208090010	CINTILOGRAFIA PESQUISA DE MESTÁSTASE - PCI	640,00
20.22	0208040056	CINTILOGRAFIA RENAL (DTPA)	158,25
20.23	0208040056	CINTILOGRAFIA RENAL (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	139,36
20.24	0208010076	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE ESFORCO	204,92
20.25	0208040030	CINTILOGRAFIA TESTICULAR (ESCROTAL)	104,14
20.26	0208060022	CISTERNOCINTILOGRAFIA	219,70
20.27	0208040064	CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	134,94
20.28	0208040072	CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	135,21
20.29	0208080040	LINFOCINTILOGRAFIA	153,66
20.30	0208080015	MIELOCINTILOGRAFIA	156,84
20.31	0417010060	SEDAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES DE CINTILOGRAFIA (ADULTO/INFANTIL)	300,00
21 - CONSULTAS ESPECIALIZADAS			
21.1	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM ORTOPEDIA	46,00
21.2	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM DERMATOLOGISTA	46,00
21.3	0301010072	CONSULTA ESPECIALIZADA EM UROLOGIA	46,00
21.4	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM REUMATOLOGIA	46,00
21.5	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM NEFROLOGIA	46,00
21.6	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM PEDIATRIA	46,00
21.7	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM ALERGISTA	46,00
21.8	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM PSIQUIATRIA	46,00
21.9	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM INFECTOLOGIA	46,00
21.10	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM GERIATRIA	42,00
21.11	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM ENDOCRINOLOGIA	43,28
21.12	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM NEUROPEDIATRA	63,00
21.13	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM CIRURGIA GERAL	42,00
21.14	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM CLÍNICA GERAL	35,67
21.15	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM MASTOLOGIA	29,43
22 - CONSULTAS DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR APOIO ÀS CLÍNICAS MÉDICAS			
22.1	0301010048	FONOAUDIOLOGIA	31,24
22.2	0301010048	FISIOTERAPIA	30,00
22.3	0301010048	NUTRICIONISTA	28,25
22.4	0301010048	PSICOLOGIA	31,00
22.5	0301010048	ACUPUNTURA	23,03
23 - PROCEDIMENTOS DE FISIOTERAPIA			
23.1	-	SESSÃO DE FISIOTERAPIA ORTOPÉDICA/RESPIRATÓRIA/REUMATOLÓGICA	19,55
23.2	-	SESSÃO DE FISIOTERAPIA NEUROLÓGICA	16,74
23.3	-	SESSÃO DE FISIOTERAPIA RPG	26,19

23.4	-	TERAPIA OCUPACIONAL	26,57
23.5	-	FISIOTERAPIA PRÉ E PÓS TRAUMÁTICA	21,16
24 - PROCEDIMENTOS EM ODONTOLOGIA			
24.1	0204010179	RADIOGRAFIA PANORÂMICA CONVENCIONAL (DENTIÇÃO)	39,59
24.2	-	RADIOGRAFIA PANORÂMICA PARA IMPLANTE	42,63
24.3	0701070102	PRÓTESE PARCIAL MAXILAR REMOVÍVEL	350,00
24.4	0307040160	PRÓTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVÍVEL	350,00
24.5	0307040160	PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR	173,33
24.6	0307040160	PRÓTESE TOTAL MAXILAR	173,33
24.7	-	CIRURGIÃO DENTISTA - CLÍNICO GERAL	24,60
24.8	-	CIRURGIÃO DENTISTA - PROTESIOLÓGICO BUCOMAXILOFACIAL	31,86
24.9	-	CIRURGIÃO DENTISTA - TRAUMATOLOGISTA BUCOMAXILOFACIAL	30,24
25 - PROCEDIMENTOS EM PERIODONTIA (GENGIVA) - AMBULATORIAL			
25.1	0414020081	ENXERTO GENGIVAL	19,47
25.2	0414020154	GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE)	22,53
25.3	0414020162	GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE)	19,47
25.4	0414020375	TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE)	19,47
26 - PROCEDIMENTOS EM PERIODONTIA (GENGIVA) - HOSPITALAR			
26.1	0414020081	ENXERTO GENGIVAL	59,13
26.2	0414020154	GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE)	37,54
26.3	0414020162	GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE)	35,50
26.4	0414020375	TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE)	37,07
27 - PROCEDIMENTOS EM ENDODONTIA - AMBULATORIAL			
27.1	0307020045	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR	75,97
27.2	0307020053	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES	120,80
27.3	0307020061	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	63,58
27.4	0307020088	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR	93,40
27.5	0307020096	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAÍZES	155,65
27.6	0307020100	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR	68,25
27.7	0307020118	SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR	43,39
28 - PROCEDIMENTOS EM ENDODONTIA - HOSPITALAR			
28.1	0307020045	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR	75,97
28.2	0307020053	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES	120,80
28.3	0307020061	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	63,58
28.4	0307020088	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR	103,74
28.5	0307020096	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAÍZES	155,65
28.6	0307020100	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR	75,71
28.7	0307020118	SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR	43,39
29 - PROCEDIMENTOS DE CIRURGIA ORAL - AMBULATORIAL			
29.1	0201010232	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	43,87
29.2	0201010348	BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE	35,99
29.3	0201010526	BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	34,16

29.4	0307010058	TRATAMENTO DE NEURALGIAS FACIAIS	16,23
29.5	0404020445	CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM	36,18
29.6	0404020488	OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLO DENTÁRIAS	78,00
29.7	0404020577	REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSÍNTESE	21,01
29.8	0404020615	REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPORO- MANDIBULAR;	66,02
29.9	0404020623	RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA/ DENTÁRIA	72,36
29.10	0404020674	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO	28,77
29.11	0414010345	EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR	28,08
29.12	0414010361	EXERESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO-ODONTOGÊNICO	53,10
29.13	0414010388	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/ EXTRA-ORAL	28,77
29.14	0404010512	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	50,18
29.15	0414010256	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORONASAL/ ORO-SINUSAL	120,68
29.16	0404020054	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS	24,07
29.17	0404020089	EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR	32,46
29.18	0404020097	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA	42,00
29.19	0404020100	EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO	44,79
29.20	0404020313	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE	147,15
29.21	0404020631	RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MAXILO-MANDIBULAR	33,17
29.22	0414010256	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO-SINUSAL/ ORO-NASAL	225,00
29.23	0414020022	APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA	43,84
29.24	0414020030	APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE)	32,88
29.25	0414020049	CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES	19,45
29.26	0414020057	CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR	32,89
29.27	0414020065	CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR	19,47
29.28	0414020090	CURETAGEM PERIAPICAL	43,84
29.29	0414020090	ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL	32,88
29.30	0414020146	EXODONTIA MULTIPLA C/ ALVEOLO-PLASTIA POR SEXTANTE;	25,96
29.31	0414020200	MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS;	30,04
29.32	0414020219	ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO;	38,36
29.33	0414020243	REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO);	38,36
29.34	0414020278	REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO)	34,08
29.35	0414020294	REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES	22,72
29.36	0414020367	TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL	45,44
30 - PROCEDIMENTOS DE CIRURGIA ORAL - HOSPITALAR			
30.1	0201010232	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	45,85
30.2	0201010348	BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE	47,98
30.3	0201010526	BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	34,16
30.4	0307010058	TRATAMENTO DE NEURALGIAS FACIAIS	16,23
30.5	0404020445	CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM	36,18
30.6	0404020488	OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLO DENTÁRIAS	78,00
30.7	0404020577	REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSÍNTESE	72,04

30.8	0404020615	REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPORO- MANDIBULAR;	66,02
30.9	0404020623	RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA/ DENTÁRIA	72,36
30.10	0404020674	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO	28,77
30.11	0414010345	EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR	1.008,98
30.12	0414010361	EXERESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO-ODONTOGÊNICO	53,10
30.13	0414010388	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/ EXTRA-ORAL	28,77
30.14	0404010512	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	768,66
30.15	0414010256	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORONASAL/ ORO-SINUSAL	422,46
30.16	0404020054	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS	24,07
30.17	0404020089	EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR	234,26
30.18	0404020097	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA	42,00
30.19	0404020100	EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO	44,79
30.20	0404020313	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE	274,10
30.21	0404020631	RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MAXILO-MANDIBULAR	44,22
30.22	0414010256	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO-SINUSAL/ ORO-NASAL	749,48
30.23	0414020022	APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA	43,84
30.24	0414020030	APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE)	32,88
30.25	0414020049	CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES	19,45
30.26	0414020057	CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR	32,89
30.27	0414020065	CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR	19,47
30.28	0414020090	CURETAGEM PERIAPICAL	43,84
30.29	0414020090	ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL	32,88
30.30	0414020146	EXODONTIA MULTIPLA C/ ALVEOLO-PLASTIA POR SEXTANTE;	25,96
30.31	0414020200	MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS;	30,04
30.32	0414020219	ODONTOSECCÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO;	38,36
30.33	0414020243	REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO);	38,36
30.34	0414020278	REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO)	34,08
30.35	0414020294	REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES	22,72
30.36	0414020367	TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL	45,44
31 - PROCEDIMENTOS CIRURGICOS DO APARELHO GENITURINÁRIO - AMBULATORIAL			
31.1	0409040240	VASECTOMIA	239,74
31.2	0409050083	POSTECTOMIA	184,56
32 - CIRURGIAS DE PEQUENO PORTE - AMBULATORIAL			
32.1	-	EXÉRESE DE UNHA	50,00
32.2	0401010112	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	50,50
32.3	0401010090	CAUTERIZAÇÃO (ATÉ 05 LESÕES)	40,00
32.4	-	DRENAGEM DE ABSCESSO	36,05
32.5	-	INFILTRAÇÃO INTRALESIONAL	50,00
32.6	-	EXÉRESE E SULTURA DE PEQUENAS LESÕES (ATÉ 05 LESÕES)	72,00
32.7	0401010074	EXÉRESE DE TUMOR DE PARTES MOLES (ATÉ 03 LESÕES)	93,33

32.8	0401010066	EXCISÃO E SUTURA SIMPLES DE CÂNCER DE PELE E MUCOSA (ATÉ 03 LESÕES)	72,00
32.9	-	HANTELASMA (POR LESÃO)	72,00
32.10	-	CIRURGIAS DE MÉDIO PORTE HOSPITALAR	100,00
32.11	-	PROCEDIMENTOS EM ORTOPÉDICOS	72,00
32.12	-	SEDAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS - HOSPITALAR	107,75
33 - PROCEDIMENTOS CIRURGICOS DO APARELHO DA VISÃO			
33.1	0405050372	FACOEMULSIFICAÇÃO - Unilateral - com implante de lente: Deverão ser incluídos no procedimento os seguintes serviços: • Consulta com anestesiologista; • Consulta pré-cirúrgica; • Facoemulsificação com implante de Lente Intra Ocular Rígida ou Dobrável; • Procedimento cirúrgico (Com acompanhamento de anestesiologista).	1.540,00
33.2	0405050100	FACECTOMIA - Unilateral - sem implante de lente: Deverão ser incluídos no procedimento os seguintes serviços: • Consulta com anestesiologista; • Consulta pré-cirúrgica; • Facectomia sem implante de Lente intra ocular; • Procedimento cirúrgico (Com acompanhamento de anestesiologista).	1.523,33
33.3	0405050097	FACECTOMIA - Unilateral - com implante de lente: Deverão ser incluídos no procedimento os seguintes serviços: • Consulta com anestesiologista; • Consulta pré-cirúrgica; • Facectomia com implante de Lente Intra Ocular; • Procedimento cirúrgico (Com acompanhamento de anestesiologista).	1.540,00
CIRURGIA GERAL ELETIVA INCLUINDO: CIRURGIÃO, AUXILIAR DE CIRURGIA, ANESTESISTA, CONSULTA PRÉ E PÓS CIRURGICA E ANESTESICA (SE NECESSÁRIO), INTERNAÇÃO DE ATÉ 72HS, CASO HAJA COMPLICAÇÃO O HOSPITAL DEVE ACOMPANHAR O PACIENTE QUANTAS VEZES FOR NECESSÁRIO. (COM MATERIAL INCLUSO) NÃO INCLUI RISCO CIRURGICO.			
33.4	0407020039	APENDICECTOMIA	947,95
33.5	0409070190	BARTOLINECTOMIA	294,66
33.6	0407030026	COLEDOCOMIA COM OU SEM COLECISTECTOMIA	965,30
33.7	0407020276	FISTULECTOMIA OU FISTULOTOMIA ANAL	381,18
33.8	0407020284	HEMORROIDECTOMIA	473,91
33.9	0407030026	COLECISTECTOMIA	1.362,44
33.10	0407030026	COLECISTECTOMIA A VIDEO	1.507,29
33.11	0409070050	COLPOPERINEOPLASTIA ANT E POST	843,65
33.12	0411020013	CURETAGEM POS ABORTO	269,43
33.13	0409060046	CURETAGEM SEMIOTICA	251,13
33.14	0409050083	POSTECTOMIA	685,20
33.15	-	ORQUIOPEXIA UNILATERAL	720,14
33.16	0409060216	OOFORECTOMIA UNILATERAL OU BILATERAL	764,79
33.17	0409060194	MIOMECTOMIA	793,41
33.18	0407040129	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	652,49
33.19	0407040064	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA BILATERAL	839,81
33.20	0407040099	HERNIOPLASTIA INGUINAL BILATERAL	639,03
33.21	0407040080	HERNIOPLASTIA INCISIONAL BILATERAL	809,88

33.22	0407040099	HERNIOPLASTIA CRURAL BILATERAL	639,03
33.23	0407040102	HERNIOPLASTIA CRURAL UNILATERAL	668,27
33.24	0407040102	HERNIOPLASTIA INGUINAL UNILATERAL	668,27
33.25	0407040080	HERNIOPLASTIA INCISIONAL UNILATERAL	809,88
33.26	0407040064	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA UNILATERAL	839,81
33.27	0409060135	HISTERECTOMIA TOTAL	1.300,70
33.28	0409060232	SALPINGECTOMIA (LAQUEADURA TUBARIA)	698,39
33.29	0404020208	HIPERTROFIA PEQUENOS LABIOS	278,26
33.30	0409040070	EXERESE DE CISTO EPIDIDIMO	352,14
33.31	0409040215	TRATAMENTO CIRURGICO DA HIDROCELE	1.056,97
33.32	0409010430	TRATAMENTO CIRURGICO DA CISTOCELE	745,08
33.33	0409040231	TRATAMENTO CIRURGICO DA VARICOCELE	515,12
33.34	0406020574	TRATAMENTO DE VARIZES UNILATERAL (CADA PERNA)	966,74
33.35	0409040240	VASECTOMIA	498,97
33.36	0411010034	PARTO CESARIA ENFERMARIA (INCLUI PEDIATRA)	818,60
33.37	0310010039	PARTO NORMAL (INCLUI PEDIATRA)	665,10
33.38	0401020096	EXERESE DE CISTO TIREOGLOSSO	960,12
CIRURGIA ORTOPEDICA ELETIVA (MÃO) INCLUINDO: CIRURGIÃO, AUXILIAR DE CIRURGIA, ANESTESISTA, CONSULTA PRÉ E PÓS CIRURGICA E ANESTESICA (SE NECESSÁRIO), INTERNAÇÃO DE ATÉ 72HS, CASO HAJA COMPLICAÇÃO O HOSPITAL DEVE ACOMPANHAR O PACIENTE QUANTAS VEZES FOR NECESSÁRIO. (COM MATERIAL INCLUSO) NÃO INCLUI RISCO CIRURGICO.			
33.39	-	ABSCESSO MÃO E DEDOS	446,62
33.40	-	ABSCESSO DEDO	446,62
33.41	0408060042	AMPUTAÇÃO DE DEDO(CADA)	413,32
33.42	-	RESSECÇÃO APONEUROSE PALMAR(DOENÇA DUPUYTREM)	445,90
33.43	-	ARTRODESE INTERFALANGEANA(CADA)	427,58
33.44	-	CAPSULECTOMIAS PEQUENAS ARTICULAÇÕES	284,12
33.45	0408060425	REGULARIZAÇÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO DEDOS (CADA)	454,04
33.46	-	DEDO EM GATILHO(CADA)	956,60
33.47	-	DEDO EM MARTELO(CADA)	536,80
33.48	-	CISTO SINOVIAL DORSAL	182,98
33.49	0408060212	CISTO SINOVIAL VOLAR	182,98
33.50	0403020123	SINDROME DO TUNEL DO CARPO	521,43
CIRURGIA ORTOPEDICA ELETIVA (OMBRO) INCLUINDO: CIRURGIÃO, AUXILIAR DE CIRURGIA, ANESTESISTA, CONSULTA PRÉ E PÓS CIRURGICA E ANESTESICA (SE NECESSÁRIO), INTERNAÇÃO DE ATÉ 72HS, CASO HAJA COMPLICAÇÃO O HOSPITAL DEVE ACOMPANHAR O PACIENTE QUANTAS VEZES FOR NECESSÁRIO. (COM MATERIAL INCLUSO) NÃO INCLUI RISCO CIRURGICO.			
33.51	-	BURSECTOMIAS	484,10
33.52	0408060433	TENODESE CABO LONGO DO BICEPS	306,14
33.53	-	INFILTRAÇÕES	61,38

CIRURGIA ORTOPEDICA ELETIVA (COTOVELO) INCLUINDO: CIRURGIÃO, AUXILIAR DE CIRURGIA, ANESTESISTA, CONSULTA PRÉ E PÓS CIRURGICA E ANESTESICA (SE NECESSÁRIO), INTERNAÇÃO DE ATÉ 72HS, CASO HAJA COMPLICAÇÃO O HOSPITAL DEVE ACOMPANHAR O PACIENTE QUANTAS VEZES FOR NECESSÁRIO. (COM MATERIAL INCLUSO) NÃO INCLUI RISCO CIRURGICO.			
33.54	-	INFILTRAÇÕES	61,38
CIRURGIA ORTOPEDICA ELETIVA (JOELHO) INCLUINDO: CIRURGIÃO, AUXILIAR DE CIRURGIA, ANESTESISTA, CONSULTA PRÉ E PÓS CIRURGICA E ANESTESICA (SE NECESSÁRIO), INTERNAÇÃO DE ATÉ 72HS, CASO HAJA COMPLICAÇÃO O HOSPITAL DEVE ACOMPANHAR O PACIENTE QUANTAS VEZES FOR NECESSÁRIO. (COM MATERIAL INCLUSO) NÃO INCLUI RISCO CIRURGICO.			
33.55	-	INFILTRAÇÕES	61,38
33.56	0408050136	REPARO CIRURGICO TENDAO PATELAR	2.403,27
33.57	0408050136	REPARO CIRURGICO TENDAO QUADRICEPS	2.403,27
33.58	-	SINOVECTOMIA ARTROSCOPICA	61,38
CIRURGIA ORTOPEDICA ELETIVA (PÉ) INCLUINDO: CIRURGIÃO, AUXILIAR DE CIRURGIA, ANESTESISTA, CONSULTA PRÉ E PÓS CIRURGICA E ANESTESICA (SE NECESSÁRIO), INTERNAÇÃO DE ATÉ 72HS, CASO HAJA COMPLICAÇÃO O HOSPITAL DEVE ACOMPANHAR O PACIENTE QUANTAS VEZES FOR NECESSÁRIO. (COM MATERIAL INCLUSO) NÃO INCLUI RISCO CIRURGICO.			
33.59	0408060042	AMPUTAÇÃO DE DEDO (CADA)	507,05
33.60	0408060212	CISTOS SINOVIAS	182,98
33.61	-	RECONSTRUÇÃO TENDAO DE AQUILES	411,82
34 - OUTROS PROCEDIMENTOS CIRURGICOS DO APARELHO DA VISÃO			
INCLUINDO: CIRURGIÃO, AUXILIAR DE CIRURGIA, ANESTESISTA, CONSULTA PRÉ E PÓS CIRURGICA E ANESTESICA (SE NECESSÁRIO) (COM MATERIAL INCLUSO) NÃO INCLUI RISCO CIRURGICO.			
34.1	0405050151	IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRAOCULAR	1.112,83
34.2	-	TRABERCULECTOMIA	848,35
34.3	0405050208	PARACENTESE DE CÂMARA ANTERIOR	82,28
34.4	0405050402	RADIAÇÃO PARA CROSS - LINKING CORNEANO	1.768,18
34.5	0405050143	IMPLANTE INTRA ESTROMAL	1.031,59
34.6	0405040105	EXPLANTE DE LENTE INTRA OCULAR	1.173,09
34.7	0405010079	EXERESE CALÁZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS	289,58
34.8	0405010133	RECONSTITUIÇÃO TOTAL DE PÁLPEBRA	1.319,33
34.9	0405010125	RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DE PÁLPEBRA COM TARSORRAFIA	605,52
35 - CONSULTAS/TELEMEDICINA - SÍNCRONA			
CONSULTA EM CONEXÃO DIRETA COM O PACIENTE, POR MEIO DE INSTRUMENTO DE TELECOMUNICAÇÃO			
35.1	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM ORTOPEDIA	35,45
35.2	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM DERMATOLOGISTA	35,45
35.3	0301010072	CONSULTA ESPECIALIZADA EM UROLOGIA	35,45
35.4	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM REUMATOLOGIA	35,45
35.5	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM NEFROLOGIA	35,45
35.6	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM PEDIATRIA	35,45

35.7	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM ALERGISTA	35,45
35.8	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM PSIQUIATRIA	35,45
35.9	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM INFECTOLOGIA	35,45
35.10	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM GERIATRIA	35,45
35.11	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM ENDOCRINOLOGIA	35,45
35.12	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM NEUROPEDIATRIA	35,45
35.13	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM CIRURGIA GERAL	35,45
35.14	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM CLÍNICA GERAL	35,45
35.15	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM MASTOLOGIA	35,45
35.16	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA	35,45
35.17	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM CARDIOLOGISTA	35,45
35.18	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM OTORRINOLARINGOLOGISTA	35,45
35.19	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM NEUROLOGISTA	35,45
35.20	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM PROCTOLOGISTA	35,45
35.21	0301010072	CONSULTA DE PNEUMOLOGIA	35,45
35.22	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM ANGIOLOGISTA	35,45
35.23	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM GINECOLOGIA	35,45
35.24	0301010072	CONSULTA ESPECIALIZADA EM UROLOGIA	35,45
35.25	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM GASTROENTEROLOGISTA	35,45
35.26	0301010048	FONOAUDIOLOGIA	24,07
35.27	0301010048	FISIOTERAPIA	23,12
35.28	0301010048	NUTRICIONISTA	21,77
35.29	0301010048	PSICOLOGIA	23,89

36 - CONSULTAS/TELEMEDICINA -ASSÍNCRONA

MÉDICO PRESENTE, JUNTO AO PACIENTE, CONSULTA OUTRO MÉDICO ESPECIALISTA PARA AUXILIA-LO NO DIAGNÓSTICO (EMIÇÃO DE PARECER)

36.1	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM ORTOPEDIA	35,45
36.2	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM DERMATOLOGISTA	35,45
36.3	0301010072	CONSULTA ESPECIALIZADA EM UROLOGIA	35,45
36.4	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM REUMATOLOGIA	35,45
36.5	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM NEFROLOGIA	35,45
36.6	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM PEDIATRIA	35,45
36.7	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM ALERGISTA	35,45
36.8	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM PSIQUIATRIA	35,45
36.9	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM INFECTOLOGIA	35,45
36.10	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM GERIATRIA	35,45
36.11	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM ENDOCRINOLOGIA	35,45
36.12	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM NEUROPEDIATRIA	35,45
36.13	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM CIRURGIA GERAL	35,45
36.14	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM CLÍNICA GERAL	35,45
36.15	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM MASTOLOGIA	35,45
36.16	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA	35,45

36.17	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM CARDIOLOGISTA	35,45
36.18	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM OTORRINOLARINGOLOGISTA	35,45
36.19	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM NEUROLOGISTA	35,45
36.20	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM PROCTOLOGISTA	35,45
36.21	0301010072	CONSULTA DE PNEUMOLOGIA	35,45
36.22	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM ANGIOLOGISTA	35,45
36.23	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM GINECOLOGIA	35,45
36.24	0301010072	CONSULTA ESPECIALIZADA EM UROLOGIA	35,45
36.25	0301010072	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM GASTROENTEROLOGISTA	35,45
36.26	0301010048	FONOAUDIOLOGIA	24,07
36.27	0301010048	FISIOTERAPIA	23,12
36.28	0301010048	NUTRICIONISTA	21,77
36.29	0301010048	PSICOLOGIA	23,89
37 -EXAMES BIOQUÍMICOS			
37.1	0202010325	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	3,68
37.2	0202010600	DOSAGEM DE POTASSIO	1,85
37.3	0202010210	DOSAGEM DE CALCIO	1,85
37.4	0202010120	DOSAGEM DE ACIDO URICO (INTERIOR)	1,85
37.5	0202010040	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (3 DOSAGENS)	3,63
37.6	0202010660	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	4,12
37.7	0202010570	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	2,01
37.8	0202010180	DOSAGEM DE AMILASE	2,25
37.9	0202010201	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES (BT E F)	2,01
37.10	0202010392	DOSAGEM DE FERRO SERICO	3,51
37.11	0202010783	ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)	3,04
37.12	0202010074	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	10,00
37.13	0202010694	DOSAGEM DE UREIA (INTERIOR)	1,85
37.14	0202010775	DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO	1,53
37.15	0202010295	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	1,85
37.16	0202010317	DOSAGEM DE CREATININA	1,85
37.17	0202010767	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	15,24
37.18	0202010287	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	3,51
37.19	0202010678	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	3,51
37.20	0202010279	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL (INTERIOR)	3,51
37.21	0202010260	DOSAGEM DE CLORETO	1,85
37.22	0202010490	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	3,68
37.23	0202010511	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	3,68
37.24	0202010562	DOSAGEM DE MAGNESIO (SANGUE)	2,01
37.25	0202010082	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	3,51
37.26	0202010333	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB (CKMB)	4,12
37.27	0202010163	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA FRAÇÃO A1C	3,68
37.28	0202010414	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	2,01

37.29	0202010724	ELETROFORESE DE PROTEINAS	4,42
37.30	0202010554	DOSAGEM DE LIPASE	2,25
37.31	0202010716	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	3,68
37.32	0202010457	NEO GALACTOSEMIA	3,51
37.33	0202010708	DOSAGEM DE VITAMINA B12	15,24
37.34	0202010368	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA - L	3,68
37.35	0202010309	DOSAGEM DE COLINESTERASE	3,68
37.36	0202010171	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	3,68
37.37	0202010155	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	3,68
37.38	0202010147	DOSAGEM DE ALDOLASE	3,68
37.39	0202010198	DOSAGEM DE AMONIA	3,51
37.40	0202010139	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO AMOSTRA UNICA	9,00
37.41	0202010430	DOSAGEM DE FOSFORO	1,85
37.42	0202010350	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	3,51
37.43	0202010090	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	3,51
37.44	0202010031	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	15,65
37.45	0202010341	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	3,51
37.46	0202010651	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	2,01
37.47	0202010112	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	2,01
37.48	0202010422	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	2,01
37.49	0202010252	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	3,68
37.50	0202010503	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	7,86
37.51	0202010023	DETERMINACAO DE CAPACIDADE TOTAL DE FIXACAO	2,01
37.52	0202010643	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	2,01
37.53	0202010473	DOSAGEM DE GLICOSE	1,85
37.54	0202010104	DOSAGEM DE ACETONA	1,85
37.55	0202010384	DOSAGEM DE FERRITINA	15,59
37.56	0202010015	CLEARANCE OSMOLAR	3,51
37.57	0202010635	DOSAGEM DE SODIO	1,85
37.58	0202010465	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	3,51
37.59	0202010236	DOSAGEM DE BETA CAROTENO	2,01
37.60	0202010066	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	3,68
37.61	0202010627	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	1,85
37.62	0202010228	DOSAGEM DE CALCIO IONICO	3,51
37.63	0202010058	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	6,55
37.64	0202010619	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	1,40
37.65	0202010520	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	3,51
37.66	0202010740	PROVA DA D-XILOSE	3,68
37.67	0202010481	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	3,68
37.68	0202010732	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)	15,65
37.69	0202010406	DOSAGEM DE FOLATO	15,65
37.70	0202010546	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	3,51

37.71	0202010376	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	3,68
37.72	0202010686	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	3,51
37.73	0202010597	DOSAGEM DE PORFIRINAS	3,51
37.74	0202010538	DOSAGEM DE LACTATO	3,68
37.75	0202010449	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	2,01
37.76	0202010759	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTE ORAIS	6,55
37.77	0202010589	DOSAGEM DE PIRUVATO	3,68
37.78	0202010422	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA OSSEA	41,87
37.79	0202010716	LIPOPROTEINA A	19,29
37.80	0202010457	IGE ESPECÍFICA PARA ALFA-LACTOALBUMINA	12,30
37.81	0202010287	COLESTEROL VLDL	19,00
38 - EXAMES COPROLÓGICOS			
38.1	0202040151	PESQUISA DE SUBSTÂNCIAS REDUTORAS NAS FEZES (MIF - COLETA MULTIPLA)	1,65
38.2	0202040127	EXAME PARASITOLÓGICO DE FEZES	1,65
38.3	0202040143	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	1,65
38.4	0202040100	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	1,65
38.5	0202040020	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	3,04
38.6	0202040160	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	1,65
38.7	0202040070	PESQUISA DE GORDURA FECAL	1,65
38.8	0202040011	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	1,65
38.9	0202040062	PESQUISA DE EOSINÓFILOS	1,65
38.10	0202040054	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	1,65
38.11	0202040135	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	10,25
38.12	0202040046	IDENTIFICAÇÃO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	1,65
38.13	0202040097	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	1,65
38.14	0202040038	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	3,04
38.15	0202040178	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	1,65
38.16	0202040119	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	1,65
38.17	0202040089	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	1,65
39 - EXAMES DE GENÉTICA			
39.1	0202100022	DETERMINAÇÃO DE CARIÓTIPO EM MEDULA ÓSSEA E VILOSIDADES CORIÓNICAS (C/ TÉCNICA DE BANDAS)	32,48
39.2	0202100014	DETERMINAÇÃO DE CARIÓTIPO EM CULTURA DE LONGA DURAÇÃO (C/ TÉCNICA DE BANDAS)	32,48
39.3	0202100049	QUANTIFICAÇÃO/AMPLIFICAÇÃO DO HER-2	120,00
40 - EXAMES DE UROANÁLISE			
40.1	0202050300	PESQUISA DE PROTEÍNAS URINÁRIAS (POR ELETROFORESE)	4,44
40.2	0202050220	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	2,04
40.3	0202050270	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	2,04
40.4	0202050262	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	2,04
40.5	0202050025	CLEARANCE DE CREATININA (INTERIOR)	3,51
40.6	0202050246	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	3,36
40.7	0202050017	EAS (EXAME DE URINA)	3,70

40.8	0202050297	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	2,04
40.9	0202050238	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	2,04
40.10	0202050289	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	3,70
40.11	0202050092	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA (ALBUMINURIA DE 24 HS)	8,12
40.12	0202050068	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE (URINA)	3,70
40.13	0202050149	NEO CROM AMINOACIDO QUALITATIVO	3,70
40.14	0202050319	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	2,04
40.15	0202050190	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	2,04
40.16	0202050114	DOSAGEM DE PROTEINAS (PROTEINURIA DE 24 HORAS)	2,04
40.17	0202050084	DOSAGEM DE CITRATO	2,01
40.18	0202050327	PROVA DE DILUICAO (URINA)	2,04
40.19	0202050130	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	3,70
40.20	0202050050	CONTAGEM DE ADDIS	2,04
40.21	0202050041	CLEARANCE DE UREIA	3,51
40.22	0202050122	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	3,04
40.23	0202050033	CLEARANCE DE FOSFATO	3,51
40.24	0202050106	DOSAGEM DE OXALATO	3,68
40.25	0202050076	DOSAGEM DE ACUCARES (POR CROMATOGRAFIA)	3,70
40.26	0202050092	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA (MICROALBUMINÚRIA)	9,10
40.27	0202050211	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	3,70
40.28	0202050181	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	2,40
40.29	0202050203	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	2,04
40.30	0202050173	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	2,04
40.31	0202050165	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	3,70
40.32	0202050157	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	2,04
41 - EXAMES DE OUTROS LÍQUIDOS BIOLÓGICOS			
41.1	0202090310	REACAO DE PANDY	1,89
41.2	0202090230	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	1,89
41.3	0202090280	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	9,70
41.4	0202090191	MIELOGRAMA	5,79
41.5	0202090132	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	1,89
41.6	0202090272	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	1,89
41.7	0202090213	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	9,70
41.8	0202090353	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	4,69
41.9	0202090183	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	1,89
41.10	0202090124	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	1,89
41.11	0202090264	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	4,80
41.12	0202090094	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	2,01
41.13	0202090035	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	4,33
41.14	0202090345	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	4,69
41.15	0202090175	ESPLENOGRAMA	5,79
41.16	0202090116	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	2,01

41.17	0202090256	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	1,89
41.18	0202090086	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	1,89
41.19	0202090337	TESTE DE CLEMENTS	1,89
41.20	0202090167	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	6,56
41.21	0202090108	DOSAGEM DE FRUTOSE	2,01
41.22	0202090248	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	1,89
41.23	0202090329	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	1,89
41.24	0202090299	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	1,89
41.25	0202090108	FRUTOSAMINA	4,50
41.26	0202090221	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA PROSTATICA	2,01
41.27	0202090043	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	4,33
41.28	0202090078	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS	6,56
41.29	0202090159	ELETROFORESE DE PROTEINAS (LIQUOR)	5,23
41.30	0202090060	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	1,89
41.31	0202090051	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	1,89
41.32	0202090302	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	1,89
41.33	0202090027	ADENOGRAMA	5,79
41.34	0202090019	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	1,89
41.35	0202090108	DOSAGEM DE FLUORETO	11,57
41.36	0202090299	MYCOPLASMA PNEUMONIAE IGG	22,59
41.37	0202090299	MYCOPLASMA PNEUMONIAE IGM	23,59
42 - EXAMES HEMATOLÓGICOS E HEMOSTASIA			
42.1	0202020100	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO (TS)	9,00
42.2	0202020410	PESQUISA DE CELULAS LE	4,11
42.3	0202020150	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)	2,73
42.4	0202020053	DETERMINACAO DE VOLUME ERITROCITARIO	2,73
42.5	0202020134	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA - PTTK)	5,77
42.6	0202020029	CONTAGEM DE PLAQUETAS	2,73
42.7	0202020169	DETERMINAÇÃO DA VOLEMIA	4,11
42.8	0202020290	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	4,60
42.9	0202020541	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (COOMBS DIRETO)	2,73
42.10	0202020223	DOSAGEM DE FATOR VIII FUNCIONAL	6,63
42.11	0202020193	DOSAGEM DE FATOR IX FUNCIONAL	7,61
42.12	0202020215	DOSAGEM DE FATOR VII FUNCIONAL	8,09
42.13	0202020185	DOSAGEM DE FATOR II FUNCIONAL	5,31
42.14	0202020207	DOSAGEM DE FATOR V FUNCIONAL	4,73
42.15	0202020258	DOSAGEM DE FATOR X FUNCIONAL	6,66
42.16	0202020037	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	2,73
42.17	0202020177	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	6,48
42.18	0202020495	COAGULOGAMA	2,73
42.19	0202020070	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	2,73

42.20	0202020380	HEMOGRAMA COMPLETO	4,11
42.21	0202020401	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	25,00
42.22	0202020142	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	2,73
42.23	0202020363	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	2,73
42.24	0202020355	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA - HPLC	5,41
42.25	0202020398	LEUCOGRAMA	2,73
42.26	0202020509	PROVA DO LACO	2,73
42.27	0202020010	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	6,48
42.28	0202020320	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	2,73
42.29	0202020240	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	18,91
42.30	0202020460	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	2,73
42.31	0202020231	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	15,00
42.32	0202020061	DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA	2,73
42.33	0202020371	HEMATOCRITO	1,53
42.34	0202020312	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	2,73
42.35	0202020282	DOSAGEM DE FATOR XIII	6,66
42.36	0202020533	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	2,73
42.37	0202020304	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	1,53
42.38	0202020444	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	2,73
42.39	0202020274	DOSAGEM DE FATOR XII	10,51
42.40	0202020525	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	12,00
42.41	0202020045	DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	2,73
42.42	0202020126	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	2,85
42.43	0202020436	PESQUISA DE FILARIA	2,73
42.44	0202020266	DOSAGEM DE FATOR XI	9,11
42.45	0202020096	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	2,73
42.46	0202020517	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	2,73
42.47	0202020347	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	4,11
42.48	0202020487	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	4,11
42.49	0202020118	DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	5,79
42.50	0202020428	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	2,73
42.51	0202020088	DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	2,73
42.52	0202020339	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	2,73
42.53	0202020410	CELULAS LE (FAN)	8,00
42.54	0202020142	NEO ATIVIDADE DE BIOTINIDASE	9,90
42.55	0202020053	ENZIMA CONVERSORA DE ANGIOTENSINA (ECA)	31,97
42.56	0202020363	EXAME ERITROPOIETINA	30,19
42.57	0202020398	ANTÍGENO LEUCOCITÁRIO HUMANO (HLA-B27)	39,69
42.58	0202020169	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE LUPICO	22,50
43 - EXAMES HORMONAIS			
43.1	0202060217	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	7,85
43.2	0202060012	INDICE DE SATURAÇÃO DA TRANFERRINA	5,09

43.3	0202060160	DOSAGEM DE ESTRADIOL (E2)	10,15
43.4	0202060470	MACROPROLACTINA (BIG PROLACTINA)	12,15
43.5	0202060071	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	6,72
43.6	0202060012	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	12,54
43.7	0202060152	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	11,71
43.8	0202060373	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	8,76
43.9	0202060144	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	11,25
43.10	0202060454	DOSAGEM DE GLICOSE PÓS-PRANDIAL	12,01
43.11	0202060284	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	15,35
43.12	0202060225	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	10,21
43.13	0202060195	DOSAGEM DE GASTRINA	14,15
43.14	0202060136	DOSAGEM DE CORTISOL	9,86
43.15	0202060047	DOSAGEM DE NEO 17 OH PROGESTERONA	10,20
43.16	0202060187	DOSAGEM DE ESTRONA (E1)	11,12
43.17	0202060268	DOSAGEM DE INSULINA	10,17
43.18	0202060209	DOSAGEM DE GLOBULINA LIGADORA DE TIROXINA	15,35
43.19	0202060179	DOSAGEM DE ESTRIOL (E2)	11,55
43.20	0202060110	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	11,53
43.21	0202060020	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	12,54
43.22	0202060080	DOSAGEM DE HORMONIO ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	14,12
43.23	0202060322	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	15,35
43.24	0202060314	DOSAGEM DE RENINA	13,19
43.25	0202060365	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	15,35
43.26	0202060098	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	11,89
43.27	0202060039	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	14,69
43.28	0202060420	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA	12,01
43.29	0202060330	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	13,11
43.30	0202060390	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	8,71
43.31	0202060101	DOSAGEM DE AMP CICLICO	12,01
43.32	0202060411	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	12,01
43.33	0202060241	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	8,97
43.34	0202060381	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE) (INTERIOR)	11,60
43.35	0202060462	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	8,43
43.36	0202060292	DOSAGEM DE PROGESTERONA - INTERIOR	10,22
43.37	0202060403	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	12,01
43.38	0202060233	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	7,89
43.39	0202060063	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	6,72
43.40	0202060055	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	6,72
43.41	0202060306	DOSAGEM DE PROLACTINA - INTERIOR	10,15
43.42	0202060446	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	12,01
43.43	0202060276	DOSAGEM DE PARATORMONIO	43,13
43.44	0202060357	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	13,11

43.45	0202060128	DOSAGEM DE CALCITONINA	14,38
43.46	0202060438	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	12,01
43.47	0202060349	DOSAGEM DE TESTOSTERONA TOTAL	10,43
43.48	0202060144	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA - SULFATO	9,30
43.49	0202060390	IDO PROTEICO	13,77
43.50	0202060233	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE FSH (5 DOSAGENS)	40,50
44 - EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS			
44.1	0202120031	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	10,65
44.2	0202120023	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	1,37
44.3	0202120104	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	5,79
44.4	0202120074	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	5,79
44.5	0202120015	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	10,65
44.6	0202120066	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC	5,79
44.7	0202120058	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	5,79
44.8	0202120090	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (COOMBS INDIRETO)	2,73
44.9	0202120082	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	1,37
45 - EXAMES MICROBIOLÓGICOS			
45.1	0202080013	ANTIBIOGRAMA	4,98
45.2	0202080218	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI - IGG	4,33
45.3	0202080200	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	2,80
45.4	0202080110	CULTURA PARA BAAR	5,63
45.5	0202080030	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	13,33
45.6	0202080170	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	4,33
45.7	0202080080	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	5,62
45.8	0202080161	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	5,63
45.9	0202080102	CULTURA P/ HERPESVIRUS	4,33
45.10	0202080072	BACTEROSCOPIA (GRAM)	2,80
45.11	0202080153	HEMOCULTURA	11,49
45.12	0202080234	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	5,04
45.13	0202080064	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	4,20
45.14	0202080145	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	2,80
45.15	0202080226	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	2,80
45.16	0202080056	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	4,20
45.17	0202080196	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	4,33
45.18	0202080137	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	4,19
45.19	0202080048	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	4,20
45.20	0202080188	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	2,80
45.21	0202080129	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	10,25
45.22	0202080099	CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO)	5,62
45.23	0202080021	UROCULTURA COM ANTIBIOGRAMA	13,33
46 - EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL			
46.1	0202110141	DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR	150,00

46.2	0202110052	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	12,10
46.3	0202110133	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE	66,00
46.4	0202110044	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	5,50
46.5	0202110125	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA	66,00
46.6	0202110095	DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO	8,00
46.7	0202110036	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	66,00
46.8	0202110117	DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO	137,00
46.9	0202110087	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	13,20
46.10	0202110028	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	66,00
46.11	0202110109	DOSAGEM DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO	5,50
46.12	0202110079	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA	5,50
46.13	0202110010	NEO CROMAT HEMOGLOBINAS	8,80
46.14	0202110060	NEO FENILALANINA PKU	20,90
47 - EXAMES SOROLÓGICOS E IMUNOBIOLOGICOS			
47.1	0202031110	TESTE DE VDRL P / DETECÇÃO DE SIFILIS	2,83
47.2	0202030890	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B HBC-IGM (INTERIOR)	18,55
47.3	0202030911	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A HAV-IGM (INTERIOR)	18,55
47.4	0202030741	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	11,00
47.5	0202031012	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	4,10
47.6	0202030873	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	18,55
47.7	0202030644	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	18,55
47.8	0202030474	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO OU AEO)	2,83
47.9	0202030806	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A HAV-IGG (INTERIOR)	18,55
47.10	0202030636	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	18,55
47.11	0202031217	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	13,35
47.12	0202030857	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	11,61
47.13	0202030768	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	16,97
47.14	0202030598	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO (FAN - FATOR ANTI-NUCLEAR)	17,16
47.15	0202031209	DOSAGEM DE TROPONINA	9,00
47.16	0202030679	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	18,55
47.17	0202030598	MONONUCLEOSE	3,90
47.18	0202030300	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (1 METODO)	10,00
47.19	0202030130	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	17,16
47.20	0202030830	PESQUISA DE ANTICORPOS EPSTEIN BAAR IGG (EBV IGG)	17,16
47.21	0202030121	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	17,16
47.22	0202030822	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	17,16
47.23	0202030652	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	7,78
47.24	0202030792	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	30,00
47.25	0202030903	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	20,00
47.26	0202030954	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	17,16
47.27	0202030164	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE TOTAL)	9,25

47.28	0202030075	FATOR REUMATOIDE	2,83
47.29	0202030946	PESQUISA DE ANTICORPOS EPSTEIN BAAR IGG (EBV IGM)	17,16
47.30	0202030156	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	17,16
47.31	0202030318	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	18,55
47.32	0202030938	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	17,16
47.33	0202030288	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI - IGM	17,16
47.34	0202030229	IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS	17,16
47.35	0202030539	LEPTOSPIROSE ANTICORPOS IGM	4,10
47.36	0202030849	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	17,16
47.37	0202030989	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	18,55
47.38	0202030270	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	8,67
47.39	0202030580	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	17,16
47.40	0202030261	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	10,00
47.41	0202030571	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	17,16
47.42	0202030091	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	15,06
47.43	0202030342	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	17,16
47.44	0202030253	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	10,00
47.45	0202030563	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	17,16
47.46	0202031004	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	2,83
47.47	0202030504	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-MEMBRANA BASAL GLOMERULAR	10,00
47.48	0202030555	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-MICROSSOMAL	17,16
47.49	0202030326	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-U1RNP	17,16
47.50	0202031187	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE	18,55
47.51	0202030628	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	17,16
47.52	0202030148	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	2,83
47.53	0202030458	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCL-70	10,00
47.54	0202030920	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	17,16
47.55	0202030970	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	18,55
47.56	0202030962	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	13,35
47.57	0202030113	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	13,55
47.58	0202030814	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	17,16
47.59	0202030105	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA TOTAL) (INTERIOR)	16,42
47.60	0202030776	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITRYPANOSOMA CRUZI	9,25
47.61	0202031039	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	9,25
47.62	0202030199	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	9,25
47.63	0202030210	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	298,48
47.64	0202030610	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	10,00
47.65	0202031020	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLOURESCENCIA	10,00
47.66	0202030520	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	17,16
47.67	0202030040	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	65,00
47.68	0202030440	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	9,25
47.69	0202030350	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	18,55

47.70	0202030750	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	9,25
47.71	0202030660	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	9,71
47.72	0202031080	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	168,48
47.73	0202030180	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	17,16
47.74	0202031101	REACAO DE MONTENEGRO ID	2,83
47.75	0202030601	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	17,16
47.76	0202030431	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEIX SUPRARENAL	17,16
47.77	0202031071	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	18,00
47.78	0202030881	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	9,25
47.79	0202030202	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	2,83
47.80	0202030512	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	10,00
47.81	0202030032	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	15,00
47.82	0202030482	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	10,00
47.83	0202030423	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	10,00
47.84	0202030733	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	2,83
47.85	0202031063	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	1,77
47.86	0202030083	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	9,25
47.87	0202030393	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	9,25
47.88	0202030024	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	15,00
47.89	0202030334	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	5,74
47.90	0202030784	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	18,55
47.91	0202030415	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	5,83
47.92	0202030725	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	17,16
47.93	0202031055	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	1,77
47.94	0202030865	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	10,00
47.95	0202030385	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	10,00
47.96	0202031195	DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	17,16
47.97	0202030695	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	9,25
47.98	0202030016	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	15,00
47.99	0202031136	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	10,00
47.100	0202030466	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	9,70
47.101	0202030296	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	85,00
47.102	0202030407	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	3,70
47.103	0202030717	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	18,55
47.104	0202030237	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	80,00
47.105	0202031047	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	10,00
47.106	0202030547	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	5,50
47.107	0202030067	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	9,25
47.108	0202030377	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	9,25
47.109	0202030687	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	18,55
47.110	0202030997	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	60,00
47.111	0202031128	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	10,00

47.112	0202031098	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	4,10
47.113	0202030709	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	4,10
47.114	0202030059	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	96,00
47.115	0202030369	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	18,55
47.116	0202031179	TESTE DE VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	2,83
47.117	0202031136	TESTE FTA-ABS IGM	8,30
47.118	0202030547	LISTERIOSE	8,99
47.119	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA ARROZ	12,30
47.120	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA AMENDOIM	12,30
47.121	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA POEIRA	12,30
47.122	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA CACAU	12,30
47.123	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA LEITE DE CABRA	12,30
47.124	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA GALINHA (CARNE)	12,30
47.125	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA AVEIA	12,30
47.126	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA MARIMBONDO POLISTES	12,30
47.127	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA POLENS DE GRAMINEAS	12,30
47.128	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA CAMARAO	12,30
47.129	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA LEITE DE VACA	12,30
47.130	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA FORMIGA DO FOGO SOLENOPSIS	12,30
47.131	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA CANDIDA ALBICANS	12,30
47.132	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA MILHO	12,30
47.133	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA AMOXILINA	12,30
47.134	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA (CÃO) - CASPA	12,30
47.135	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA LATEX	12,30
47.136	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA DERMATOPHAGOIDES PTERONYSSINUS	12,30
47.137	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA FEIJAO BRANCO	12,30
47.138	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA TOMATE	12,30
47.139	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA ASPERGILLUS	12,30
47.140	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA (CÃO) - PELO	12,30
47.141	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA LAGOSTA	12,30
47.142	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA DERMATOPHAGOIDES MICRO CERAS	12,30
47.143	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA FOLHA DE TABACO	12,30
47.144	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA TRIGO	12,30
47.145	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA ATUM	12,30
47.146	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA CARANGUEJO	12,30
47.147	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA LARANJA	12,30
47.148	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA DERMATOPHAGOIDES FARINAE	12,30
47.149	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA PENICILINA	12,30
47.150	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA VESPA COMUM-VESPULA	12,30
47.151	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA BANANA	12,30
47.152	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA CARNE DE PORCO	12,30
47.153	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA GRAO DE SOJA	12,30

47.154	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA CASEINA	12,30
47.155	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA ABELHA	12,30
47.156	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA ALIMENTOS	12,30
47.157	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA BARATA DOMESTICA	12,30
47.158	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA CARNE DE VACA	12,30
47.159	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA GLUTEN	12,30
47.160	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA ACAROS	12,30
47.161	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA EX1	12,30
47.162	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA BATATA	12,30
47.163	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA CLADOSPORIUM HERBARUM	12,30
47.164	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA GEMA DE OVO	12,30
47.165	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA ALGODAO	12,30
47.166	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA SIRO	12,30
47.167	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA MX2 (FUNGOS)	12,30
47.168	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA BETA-LACTOGLOBULINA	12,30
47.169	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA CLARA DE OVO	12,30
47.170	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA GATO (PELO E CASPA)	12,30
47.171	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA AMPICILINA	12,30
47.172	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA ALTERNARIA	12,30
47.173	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA PEIXES	12,30
47.174	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA BLOMIA TROPICAIS	12,30
47.175	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA COCO	12,30
47.176	0202031039	IGE ESPECIFICO PARA GALINHA (PENA)	12,30
47.177	0202030156	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA) SALIVAR	16,35
47.178	0202030407	PESQUISA DE ANTICORPOS BRUCELOSE IGG	15,90
47.179	0202030407	PESQUISA DE ANTICORPOS BRUCELOSE IGM	25,47
47.180	0202030857	NEO CITOMEGALOVIRUS IGM	18,25
47.181	0202030318	PESQUISA DE ANTICORPOS HTLV-I II	18,90
47.182	0202031128	TESTE FTA-ABS IGG	12,50
47.183	0202030253	PESQUISA DE ANTICORPO IGA ANTICARDIOLIPINA	18,75
48 - EXAMES TOXICOLÓGICOS OU DE MONITORAÇÃO TERAPÊUTICA			
48.1	0202070220	DOSAGEM DE FENITOINA (FENILHIDANTOINA)	35,22
48.2	0202070271	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	4,11
48.3	0202070042	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	2,04
48.4	0202070263	DOSAGEM DE MERCURIO (SANGUE)	2,04
48.5	0202070204	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	8,97
48.6	0202070034	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	3,68
48.7	0202070026	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	2,23
48.8	0202070018	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	2,06
48.9	0202070158	OXCARBAMAZEPINA	17,53
48.10	0202070239	DOSAGEM DE FENOL	2,05
48.11	0202070050	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	15,65

48.12	0202070352	DOSAGEM DE ZINCO	15,65
48.13	0202070085	DOSAGEM DE ALUMINIO	27,50
48.14	0202070310	DOSAGEM DE SALICILATOS	2,01
48.15	0202070140	DOSAGEM DE CADMIO SANGUE	6,55
48.16	0202070280	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	10,00
48.17	0202070190	DOSAGEM DE COBRE (SANGUE)	3,51
48.18	0202070301	DOSAGEM DE QUINIDINA	10,00
48.19	0202070131	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	13,48
48.20	0202070212	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	15,65
48.21	0202070182	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	58,61
48.22	0202070123	DOSAGEM DE BARBITURATOS	13,13
48.23	0202070093	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	10,00
48.24	0202070344	DOSAGEM DE TIOCIANATO	3,68
48.25	0202070174	DOSAGEM DE CHUMBO	8,83
48.26	0202070115	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	10,00
48.27	0202070255	DOSAGEM DE LITIO	2,25
48.28	0202070336	DOSAGEM DE TEOFILINA	15,65
48.29	0202070166	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	4,11
48.30	0202070107	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	10,00
48.31	0202070247	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	3,51
48.32	0202070077	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	2,01
48.33	0202070328	DOSAGEM DE SULFATOS	3,51
48.34	0202070298	DOSAGEM DE METOTREXATO	10,00
48.35	0202070069	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	3,51
48.36	0202070239	DOSAGEM DE FENOBARBITBITOL	10,00
48.37	0501080058	DOSAGEM DE TACROLIMO	92,00
49 - EXAMES RELACIONADOS A DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSORIA			
49.1	0213010062	EXAME PARASITOLOGICO	3,70
49.2	0213010070	NEO CHAGAS IGM	13,52
49.3	0213010615	TESTE DE ELISA IGM P/ IDENTIFICACAO DO VIRUS DO SARAMPO	30,19
49.4	0213010607	TESTE DE ELISA IGM P/ IDENTIFICACAO DO PARVOVIRUS (PARVOVIROSE)	64,70
49.5	0213010119	HISTOPATOLOGIA P/ IDENTIFICACAO DE DENGUE (ANTÍGENO)	29,90
49.6	0213010569	TESTE DE ELISA IGG P/ IDENTIFICACAO DE PARVOVIRUS (PARVOVIROSE)	64,70
50 - EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS			
50.1	0203020049	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	92,00
51 - EXAMES CITOPATOLÓGICOS			
51.1	0203010060	EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO-VAGINAL/RASTREAMENTO	7,30
51.2	0203010051	CONTROLE EXTERNO DE QUALIDADE DO EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL	8,96
51.3	0203010035	EXAME DE CITOLOGIA ONCOTICA	10,65
51.4	0203010027	EXAME CITOPATOLOGICO HORMONAL SERIADO (MINIMO 3 COLETAS)	10,65
51.5	0203010019	EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	6,97
51.6	0203010027	HORMONIO ANTI-DIURETICO (ADH)	24,37

52 - OUTROS EXAMES SEM CLASSIFICAÇÃO			
52.1	9999999999	TRANSAMINASE TGO	1,60
52.2	9999999999	CLORO/CLORETO (SANGUE)	2,50
52.3	9999999999	PTTK	2,00
52.4	9999999999	TEMPO DE PROTOMBINA	2,89
52.5	9999999999	VDRL - QUANTITATIVO	2,50
52.6	9999999999	PLAQUETAS	2,40
52.7	9999999999	NITROGENIO	6,75
52.8	9999999999	PROTEINURIA (AMOSTRA UNICA)	3,40
52.9	9999999999	UROPORFIRINA	3,49
52.10	9999999999	ACIDO LACTICO	6,39
52.11	9999999999	REACAO DE LEISMANIOSE	5,57
52.12	9999999999	REACAO DE WIDAL	5,69
52.13	9999999999	ACIDO OXALICO	6,19
52.14	9999999999	NEO TSH	9,90
52.15	9999999999	TESTOSTERONA LIVRE	11,80
52.16	9999999999	TRANSFERRINA	7,30
52.17	9999999999	ACIDO TRICLOROACETICO	9,10
52.18	9999999999	TESTOSTERONA LIVRE (POOL)	11,80
52.19	9999999999	DOSAGEM DE CALCULO URINARIO	8,19
52.20	9999999999	UREIA (URINA 24 HORAS)	9,00
52.21	9999999999	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-LKM	11,75
52.22	9999999999	PCR-ULTRASENSIVEL	9,20
52.23	9999999999	COBRE (URINA 24 HORAS)	10,77
52.24	9999999999	ACIDO LACTICO (SANGUE)	7,35
52.25	9999999999	TESTOSTERONA	10,50
52.26	9999999999	NEO TOXOPLASMOSE IGM	11,25
52.27	9999999999	CORTISOL LIVRE (URINARIO)	8,80
52.28	9999999999	DOSAGEM DE ANTI CENTROMERO	10,45
52.29	9999999999	TESTOSTERONA (POOL)	10,50
52.30	9999999999	NEO G6PD	8,00
52.31	9999999999	COLINESTERASE ERITROCITARIA	19,17
52.32	9999999999	APOLIPOPROTEINA A1	12,10
52.33	9999999999	CA 50	42,30
52.34	9999999999	CROMO SERICO	15,90
52.35	9999999999	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTI-LA SSB	12,75
52.36	9999999999	CLAMIDIA IGA (RIFI)	14,45
52.37	9999999999	SELENIO	26,07
52.38	9999999999	VITAMINA D, 25-HIDROXI	54,49
52.39	9999999999	NEO VDRL IGM	12,53
52.40	9999999999	LEPTINA	22,59
52.41	9999999999	APOLIPOPROTEINA B	12,10

52.42	9999999999	CA 72.4	38,49
52.43	9999999999	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTI-RO SSA	12,75
52.44	9999999999	SEROTONINA (URINA 24 HORAS)	26,07
52.45	9999999999	COMPLEMENTO C2	62,57
52.46	9999999999	NIQUEL	14,70
52.47	9999999999	CHLAMYDIA IGG	19,30
52.48	9999999999	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTIGLIADINA	17,30
52.49	9999999999	CLOBAZAN	37,77
52.50	9999999999	SHBG	13,65
52.51	9999999999	TIREOGLOBULINA PUNCAO DE GLANDULA	12,25
52.52	9999999999	TROPONINA I - QUANTITATIVA	28,29
52.53	9999999999	COMPLEMENTO SERICO TOTAL	13,39
52.54	9999999999	CROMATOGRAFIA AMINOACIDOS QUANTITATIVO (URINA)	51,60
52.55	9999999999	CAXUMBA IGG	26,20
52.56	9999999999	CTX C-TELOPEPTIDEO	32,70
52.57	9999999999	CHLAMYDIA IGM	18,70
52.58	9999999999	PESQUISA DE ANTICORPO IGA ANTIGLIADINA	17,30
52.59	9999999999	CLONAZEPAN	25,90
52.60	9999999999	SOROLOGIA PARA ASPERGILUS	22,15
52.61	9999999999	TOXOCARIASE IGG	34,57
52.62	9999999999	PESQUISA ANTICORPOS LYME IGG	35,15
52.63	9999999999	OSTEOCALCINA	31,60
52.64	9999999999	CAXUMBA IGM	35,40
52.65	9999999999	METANEFRIAS (SANGUE)	56,20
52.66	9999999999	CHUMBO URINARIO	12,15
52.67	9999999999	SUBCLASSE DE IGG 1	40,70
52.68	9999999999	TOXOCARIASE IGM	18,77
52.69	9999999999	ACIDO FOLICO	13,80
52.70	9999999999	COMPOSTO S (DESOXICORTISOL)	37,91
52.71	9999999999	IGFBP3	29,15
52.72	9999999999	CISTA TINA C	67,60
52.73	9999999999	ANTICORPOS ANTI-HISTONA	22,97
52.74	9999999999	PTH - POOL	12,25
52.75	9999999999	NEO HIV	31,90
52.76	9999999999	PERFIL FENOTIPO PARA IMUNODEFICIENCIA	40,90
52.77	9999999999	DOSAGEM C1 COMPLEMENTO SERICO	65,86
52.78	9999999999	CROMATOGRAFIA DE AMONOACIDO QUANTITATIVO	57,37
52.79	9999999999	METANOL	12,47
52.80	9999999999	CISTICERCOSE	46,57
52.81	9999999999	ANTICORPOS ANTI-JO	13,90
52.82	9999999999	NEO RUBEOLA IGM	20,45
52.83	9999999999	MANGANES	15,87

52.84	9999999999	CA 125	14,50
52.85	9999999999	ANCA ANTICORPOS ANTI-CITOPLASMA DE NEUTROFILOS	32,50
52.86	9999999999	CISTICERCOSE (LIQUOR)	51,14
52.87	9999999999	IGE ESPECÍFICA - RAST	12,30
52.88	9999999999	PESQUISA DE ANTICORPOS LYME IGM	35,15
52.89	9999999999	DOSAGEM DE PROTEINA S FUNCIONAL	50,59
52.90	9999999999	TESTE DE AVIDEZ TOXOPLASMOSE IGG	33,90
52.91	9999999999	TOXOPLASMOSE IGA	73,00
52.92	9999999999	VITAMINA A	70,26
52.93	9999999999	ACIDO METIL ETIL CETONA	16,47
52.94	9999999999	CA 15.3	13,80
52.95	9999999999	CROMO (URINA)	12,00
52.96	9999999999	ANTICORPOS ANTIENDOMISIO IGA	27,70
52.97	9999999999	ANTICORPOS ANTI-GAD	35,45
52.98	9999999999	TRAB	20,69
52.99	9999999999	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-TIREOPEROXIDASE	12,00
52.100	9999999999	MANGANES (AMOSTRA UNICA)	16,10
52.101	9999999999	CA 19.9	13,80
52.102	9999999999	ANTICORPOS ANTIENDOMISIO IGG	25,85
52.103	9999999999	ANTIGENO P24 HIV	50,65
52.104	9999999999	VITAMINA D, 1,25 DIHIDROXI	46,77
52.105	9999999999	ACIDO TRANSMUCONICO	33,30
52.106	9999999999	NEO TRISINA IMUNOREATIVA	13,85

ANEXO III
CREDENCIAMENTO Nº 001/2020

PROPOSTA DE SERVIÇOS PARA O CREDENCIAMENTO

DADOS DA EMPRESA:

RAZÃO SOCIAL:
CNPJ:
NOME FANTASIA:
REPRESENTANTE(S) LEGAL:
ENDEREÇO DO LOCAL DE ATENDIMENTO:
COMPLEMENTO:
CIDADE: ESTADO:
CEP: EMAIL:
TELEFONES: FAX:
CONTA CORRENTE:
BANCO:
AGÊNCIA:

a) Disponibilizamos os seguintes serviços aos usuários dos serviços de saúde do **CIM NORTE/ES**:

CÓDIGO	COD. SUS	PROCEDIMENTO	VALOR
PROCEDIMENTO(S):			

Obs.: Os procedimentos por carteira de serviços englobam todos os subitens.

Local e Data

.....
Diretor, Sócio-gerente ou Equivalente/Nome completo e assinatura

ANEXO IV
CREDENCIAMENTO Nº 001/2020

TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA

DECLARO, pelo presente termo, estar ciente que:

1) A conta bancária mencionada no Anexo III preferencialmente deve ser do Banco do Estado do Estado Santo – BANESES, pois no caso da conta ser em outro banco será descontado tarifa bancária.

2) Os serviços estipulados no Termo de Credenciamento serão pagos mediante as seguintes condições:

I - Apresentação pelo interessado dos seguintes componentes:

a) discriminação dos serviços prestados;

b) autorização dentro da validade emitida pelo município solicitante com carimbo e assinatura do responsável pela sua emissão;

c) nota fiscal preenchida corretamente e sem rasuras.

II - O interessado apresentará mensalmente ao **CIM NORTE/ES**, até o dia 20 (vinte) de cada mês, ou no primeiro dia útil posterior, a documentação elencada no Inciso I, relativa aos serviços efetivamente prestados nos 30 (trinta) dias anteriores a emissão da nota fiscal. Após a validação dos documentos, realizada pelo **CIM NORTE/ES**, o interessado receberá até o 10º (décimo) dia útil do mês subsequente o valor da fatura apresentada;

III - Se a documentação descrita no inciso I for entregue fora do prazo estabelecido no inciso II o pagamento do interessado poderá ocorrer junto com o pagamento da próxima fatura. Neste caso, o interessado não terá direito ao recebimento de juros, multa ou atualizações financeiras sobre o valor da fatura;

IV - O pagamento está condicionado à validade e regularidade das Certidões Negativas de Débito Trabalhista, das Fazendas Federal, Estadual e Municipal e do Certificado de Regularidade do FGTS;

V - Caso o interessado se cadastre ao SIMPLES NACIONAL, durante a vigência de seu Termo de Credenciamento, ele deverá informar por escrito e com antecedência ao **CIM NORTE/ES**.

VI - Dados para emissão da Nota Fiscal:

Nome: Consórcio Público da Região Norte do Espírito Santo – CIM NORTE/ES

Endereço: Rodovia XV de Novembro, 420 – São Francisco – Nova Venécia – ES.

CNPJ: 03.008.826/0001-11

Inscrição Estadual: Isento

Impostos: Somente deverá ser destacado na nota fiscal o I.R.R.F de 1,5%. Lembramos que o mesmo somente deverá ser destacado se for superior a R\$10,00. Não recolhemos Pis/Cofins, CSLL.

Obs.: No caso de empresa optante pelo Simples Nacional, não há o destaque do imposto mencionado acima.

Local e Data

.....
Diretor, Sócio-gerente ou Equivalente/Nome completo e assinatura

ANEXO V
CREDENCIAMENTO Nº 001/2020

MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

Declaro sob as penas da Lei, para fins do **Edital de Chamamento Público nº 001/2020**, que a Empresa....., CNPJ nº, não foi declarada inidônea para licitar ou contratar com a Administração Pública, nos termos do Inciso IV, art. nº 87, da Lei nº 8.666/93 e suas alterações, bem como, comunicarei qualquer fato ou evento superveniente a entrega dos documentos de habilitação, que venha alterar a atual situação quanto a capacidade jurídica, técnica, regularidade fiscal e econômico-financeira.

Local e Data

.....
Diretor, Sócio-gerente ou Equivalente/Nome completo e assinatura

ANEXO VI
CREDENCIAMENTO Nº 001/202020

**MODELO DECLARAÇÃO QUE NÃO EMPREGA MENOR DE IDADE, SALVO NA
CONDIÇÃO DE APRENDIZ**

_____(nome da empresa), inscrita no CNPJ sob nº _____,
_____, por intermédio de seu representante legal,
Sr.(a)_____, portador(a) da Carteira de Identidade nº _____,
Órgão expedidor _____ e do CPF nº _____,
DECLARA, para fins de cumprimento do disposto no inciso XXXIII do Art. 7º da
Constituição Federal, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso
ou insalubre e que não emprega menor de dezesseis anos.

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz () (assinalar
com "x" a ressalva acima, caso verdadeira)

Local e Data

.....
Diretor, Sócio-gerente ou Equivalente/Nome completo e assinatura

ANEXO VII
CREDENCIAMENTO Nº 001/2020

MODELO DE DECLARAÇÃO DE OPÇÃO PELO SIMPLES NACIONAL

(Nome da empresa), com sede (endereço completo), inscrita no CNPJ sob o nº....., **DECLARA** ao **CIM NORTE/ES**, para fins de não incidência na fonte do Imposto sobre a Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ), a que se refere o art. 64 da Lei nº 9.430, de 27 de dezembro de 1996, que é regularmente inscrita no Regime Especial Unificado de Arrecadação de Tributos e Contribuições das Microempresas e das Empresas de Pequeno Porte – Simples Nacional, de que trata o art. 12 da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, desde o dia/...../.....

Local e Data

.....
Diretor, Sócio-gerente ou Equivalente/Nome completo e assinatura

ANEXO VIII
CREDENCIAMENTO Nº 001/2020

**MINUTA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO PARA PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS DE SAÚDE**

Termo de Credenciamento da Empresa _____, para prestação de serviços Médicos, complementares de consultas e exames especializados e laboratoriais ao **CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO NORTE DO ESPÍRITO SANTO – CIM NORTE/ES**.

O **CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO NORTE DO ESPÍRITO SANTO**, Associação Pública de Direito Público, inscrito no CNPJ sob nº 03.008.826.0001-11, com sede na Rodovia 15 de Novembro, nº 420, B. São Francisco – Nova Venécia/ES, representado neste ato pelo seu Presidente o **Sr. MÁRIO SÉRGIO LUBIANA**, brasileiro, casado, agricultor, portador do CPF nº 752.243.727-04, residente e domiciliado em Nova Venécia/ES, doravante denominado simplesmente **CIM NORTE/ES**, com embasamento no **Processo nº 123/2020** e no **CREDENCIAMENTO Nº 001/2020**, vem, por este Termo, CREDENCIAR a empresa denominada _____, com sede na _____, devidamente inscrita no CNPJ sob o nº _____, neste ato representado pelo(a) o(a) Sr.(a) _____, brasileiro(a), casado(a), médico(a), portador(a) do CPF de nº _____, doravante denominada simplesmente **CREDENCIADA**, observando que as partes, comprometem-se a observância do disposto na Lei Federal nº 8.666/93 e nas cláusulas e condições a seguir pactuadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

1.1. O objeto do presente é a prestação de serviços de saúde constantes na tabela serviços do anexo II do **Edital de Chamamento Público nº 001/2020**, que integra este instrumento como Anexo, pela **CREDENCIADA** à população dos municípios consorciados do **CIM NORTE/ES**, na forma e condições das Cláusulas seguintes.

1.2. Os serviços acima referidos, se encontram descritos e serão pagos observando-se os valores constantes da Tabela de Valores de Serviços e Procedimentos de Saúde do **CIM NORTE/ES – TVSPS**.

CLÁUSULA SEGUNDA: DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1. Compete a **CREDENCIADA**:

2.1.1. Prestar os serviços descritos na Cláusula Primeira em local apropriado, devidamente equipado;

- 2.1.2. Recusar a prestação de qualquer serviço de saúde aos municípios consorciados sem prévia autorização dos Secretários Municipais de Saúde ou servidor municipal devidamente autorizado;
- 2.1.3. Fornecer aos usuários ou seu responsável, relatório do atendimento, laudo médico, atestado médico ou outro documento necessário para atender as necessidades do usuário;
- 2.1.4. Não considerar como nova consulta a entrega e avaliação de exames dentro do prazo de retorno fixado pelo CIM NORTE/ES;
- 2.1.5. Preencher todos os campos dos formulários oriundos das Secretarias Municipais de Saúde, com os respectivos dados, códigos de CID, mapas de produção, e demais formulários exigidos pelo Ministério da Saúde;
- 2.1.6. Dispensar aos usuários, sem qualquer diferenciação, os mesmos tratamentos realizados com padrões técnicos e de conforto material dispensado aos seus demais clientes da CREDENCIADA;
- 2.1.7. Comunicar a **Central de Regulação Municipal – CRM (AMA)** ou órgão municipal equivalente, os casos de suspensão do horário do atendimento de usuário, com antecedência suficiente para ser avisado aos respectivos usuários, salvo os casos de urgência, que não poderão ser repetitivos;
- 2.1.8. Comprometer-se a não cobrar diretamente dos usuários e/ou de seus responsáveis quaisquer quantias relacionadas direta ou indiretamente aos serviços objeto deste instrumento, durante a sua vigência;
- 2.1.9. Prestar ao **CIM NORTE/ES**, sempre que solicitado, informações e relatórios necessários a permitir a realização do acompanhamento e fiscalização do presente instrumento;
- 2.1.10. Observar no momento do atendimento o prazo de validade da autorização para realização dos serviços de saúde;
- 2.1.11. Garantir o atendimento do aumento da demanda, em caso de surto ou epidemia de doenças;
- 2.1.12. Informar diariamente por meio do sistema de gestão em saúde disponibilizado pelo CIM NORTE/ES sem ônus para a CREDENCIADA, os atendimentos realizados;
- 2.1.13. Enviar mensalmente ao **CIM NORTE/ES** relatório com as autorizações de atendimentos, devidamente assinadas, com nome do paciente, atendimento realizado e respectivos valores, visando à conferência de faturamento e fiscalização da equipe do **CIM NORTE/ES** e ou do município consorciado demandante dos serviços.

CLÁUSULA TERCEIRA: DO PREÇO E REAJUSTAMENTO

- 3.1. A **CREDENCIADA** se compromete à prestação dos serviços constantes neste Termo de Credenciamento e no **Edital de Chamamento Público nº 001/2020**, nos valores definidos na

tabela do **CIM NORTE/ES**, constante no anexo II, parte integrante do Edital de Chamamento Público, sendo vedada a cobrança extra de valores a qualquer título, conforme vedação constante da legislação do SUS.

3.2. Os preços dos serviços serão reajustados na mesma proporção em que ocorrer modificação da Tabela de Serviços e procedimentos de Saúde do **CIM NORTE/ES**, após 1 (um) ano do Credenciamento ou aprovação em Assembleia.

CLÁUSULA QUARTA: DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

4.1. O **CIM NORTE/ES** pagará mensalmente à **CREDENCIADA** pelos serviços prestados, observando-se o seguinte:

a) Até o dia 20 de cada mês, a **CREDENCIADA** emitirá nota fiscal, contendo relatório discriminando o serviço prestado aos municípios consorciados, observando que o não cumprimento desta alínea adiará o pagamento dos serviços para a fatura do mês seguinte;

b) Somente após conferir e atestar o serviço prestado poderá o **CIM NORTE/ES** efetuar o pagamento devido, que deverá ocorrer até o 10º dia útil do mês subsequente;

c) Havendo incorreções ou irregularidades no faturamento apresentado, o pagamento somente será efetuado após a correção da mesma;

d) Junto a nota fiscal deverão ser apresentadas as certidões de regularidade fiscal e trabalhista;

e) As divergências apuradas, mesmo após a realização do pagamento, deverão ser esclarecidas no prazo de 30 (trinta) dias, sob pena de realização descontos dos valores divergentes no pagamento de faturas seguintes ao mês em que ocorrer a constatação da divergência.

4.2. No caso do pagamento ocorrer mediante crédito em conta corrente bancária de titularidade da **CREDENCIADA**, o comprovante de depósito terá a validade como recibo de quitação para todos os efeitos;

4.3. Fica vedada a emissão de duplicatas e/ou boletos bancários de cobrança dos serviços prestados com prazo/data de vencimento das mesmas e inclusão de quaisquer multas e ou penalidades.

CLÁUSULA QUINTA: DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

5.1. Os recursos financeiros a serem utilizados para pagamento das despesas advindas do presente Termo de Credenciamento correrão a conta de recursos constantes do orçamento do **CIM NORTE/ES**, nas rubricas abaixo identificadas:

Projeto/Atividade: 01101.1012200012001 – Apoio a Atividades da saúde do Norte do ES
Elemento de despesa: 333.90.39.00 – Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica

CLÁUSULA SEXTA: DO AMPARO LEGAL

6.1. O presente Termo de Credenciamento encontra-se amparado no disposto no caput do artigo 25 da Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores.

CLÁUSULA SÉTIMA: DA VIGÊNCIA

7.1. O presente Instrumento vigorará pelo prazo de **12 (doze) meses**, sendo de **XX/XX/XXXX a XX/XX/XXXX**, a contar da data da sua assinatura, podendo ser prorrogado por prazos iguais e sucessivos por manifestação expressa do **CIM NORTE/ES** até o limite de 60 (sessenta) meses.

CLÁUSULA OITAVA: DO DESCREDENCIAMENTO

8.1. Ocorrerá credenciamento do prestador de serviços, nos seguintes casos:

- a) Não cumprimento ou cumprimento irregular de cláusulas do presente Termo;
- b) Paralisação dos serviços sem justa causa e sem prévia comunicação ao **CIM NORTE/ES**;
- c) Por decisão do **CIM NORTE/ES**, motivados pela má qualidade dos serviços prestados, em relação aos atendimentos realizados e a ética profissional;
- d) Por interesse do **CIM NORTE/ES**, no caso dos serviços deixarem de integrar o plano de atendimento aos municípios consorciados, ou ainda, a Tabela de Valores de Serviços e Procedimentos de Saúde do **CIM NORTE/ES – TVSPS**.

8.2. Quando o credenciamento ocorrer pelos motivos expressos nas letras “a” “b” e “c”, a **CREDENCIADA** ficará impedida de prestar serviço ao **CIM NORTE/ES** pelo prazo não inferior a 12 (doze) meses.

8.3. Caso o credenciamento previsto no item 8.1 seja levado a efeito, caberá a **CREDENCIADA**, durante o prazo da notificação e até a data do efetivo credenciamento, manter o atendimento aos usuários.

CLÁUSULA NONA: DAS RESPONSABILIDADES

9.1. Compete a **CREDENCIADA**:

- a) Utilizar na execução dos serviços credenciados, pessoal habilitado, e sob a sua supervisão direta;
- b) Providenciar a imediata correção das deficiências apresentadas pelo **CIM NORTE/ES**, quando do atendimento e prestação dos serviços;
- c) Responsabilizar-se diretamente por todas as despesas diretas e indiretas relativas aos serviços prestados, tais como: salário, encargos sociais, fiscais, trabalhistas, previdenciários, indenizações e quaisquer outros que forem devidas a seus empregados no desempenho do

serviço descrito na Cláusula Primeira, isentando o **CIM NORTE/ES** de qualquer vínculo empregatício com os mesmos;

d) Responsabilizar-se por danos e/ou prejuízos pessoais, morais e ou materiais verificados nos atendimentos e nas prestações dos serviços aos usuários do **CIM NORTE/ES**, sejam eles causados pela **CREDENCIADA** por meio de seus empregados ou terceiros;

e) Atualizar seus dados cadastrais junto ao **CIM NORTE/ES**, comprometendo-se a comunicar por escrito, eventuais mudanças de número de telefone/fax, endereço, e-mail e horário de atendimento, em até 30 (trinta) dias após a alteração dos mesmos;

f) Responsabilizar-se por toda e qualquer informação fornecida ao **CIM NORTE/ES**, em razão dos serviços prestados aos seus usuários, respondendo, deste modo, pela inobservância de normas legais, bem como pela inexatidão das referidas informações;

g) Disponibilizar para o **CIM NORTE/ES** os dados assistenciais dos atendimentos prestados, observadas as questões éticas e o sigilo profissional, na forma prevista na legislação do SUS.

9.2. Compete ao **CIM NORTE/ES**:

a) Acompanhar, fiscalizar e avaliar por intermédio dos municípios consorciados, a qualidade do atendimento e dos serviços prestados;

b) Designar responsável para acompanhamento e fiscalização do presente Termo;

c) Efetuar os pagamentos nas condições pactuadas.

CLÁUSULA DÉCIMA: DO ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO

10.1. Os Serviços prestados serão acompanhados e fiscalizados em conjunto pela Secretaria Municipal de Saúde de cada município consorciado e pelo **CIM NORTE/ES**, os quais poderão solicitar relatórios, informações e esclarecimentos sempre que julgar necessário a solução de denúncias, dúvidas ou divergências. Os serviços poderão ser prestados nas instalações cedidas por qualquer um dos entes consorciados atendendo as condições e exigências da Vigilância Sanitária para prestação de serviços de saúde credenciados e com responsável para emissão de requisições de atendimento, a fim de aproximar a prestação dos serviços de saúde da população dos municípios consorciados.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Os tributos e contribuições que forem devidos em decorrência direta ou indireta do presente instrumento, ou de sua execução, constituem ônus de responsabilidade do contribuinte, assim definido na legislação tributária.

11.2. A **CREDENCIADA** autoriza o **CIM NORTE/ES** a divulgar seu nome, endereço e telefone aos municípios consorciados e a seus usuários.

11.3. O presente instrumento não é firmado em caráter de exclusividade, podendo a **CREDENCIADA** operar com quaisquer outras instituições.

11.4. Fica vedado a **CREDENCIADA** transferir a terceiros, no todo ou em parte, os direitos e as obrigações estabelecidas neste instrumento.

11.5. O Termo de Credenciamento obedecerá às disposições, no que couber, às normas da Lei 8.666/93 e da Lei nº 8.080/90, e demais normas do Sistema Único de Saúde e princípios gerais da Administração Pública, sem prejuízo de outras exigências ajustadas pelas partes.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: DO FORO

12.1. Para dirimir toda e qualquer controvérsia oriunda deste instrumento, ou de seu objeto, as partes elegem como competente o foro da Comarca Nova Venécia/ES, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem certas e ajustadas, as partes por si, assinam o presente em três vias de igual teor e forma, na presença de 2 (duas) testemunhas, para os devidos efeitos legais.

Nova Venécia/ES, ____ de _____ de 2020.

CIM NORTE/ES

CREDENCIADA

TESTEMUNHAS:

1 -

2 -