

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 06/2015

**INEXIGIBILIDADE
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2015**

PRÊAMBULO

O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ – CISOP, inscrito no CNPJ sob o nº 00.944.673/0001-08, com sede na Rua Erechim, nº 1.381, Centro, na cidade de Cascavel, no Estado do Paraná, por intermédio de seu Presidente Sr. **DARCI TIRELLI**, torna público, para conhecimento dos interessados, que fará realizar **CHAMAMENTO PÚBLICO** para fins de **CRENCIAMENTO E CONTRATAÇÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DA ÁREA DA SAÚDE DE QUALQUER NATUREZA**, que tenham interesse em prestar serviços aos usuários do CISOP, de forma complementar, nos termos da Lei Federal nº 10.520/2002 e da Lei Complementar Federal nº 123/2006, aplicando-se, subsidiariamente, a Lei Federal nº 8.666/1993, de acordo com as condições e exigências estabelecidas neste edital e em seus anexos.

1 - DO OBJETO

1.1 - O presente Chamamento Público tem por objeto o Credenciamento de Profissionais Pessoas Jurídicas para a prestação de serviços nos consultórios, clínicas particular ou nos ambulatórios do CISOP, conforme suas necessidades, abrangendo as seguintes especialidades:

Buco Maxilo; Endocrinologia; Pneumologia; Psiquiatria; Nefrologia; Anestesiologia; Alergologia; Cardiologia; Anatomia Patológica e Cito patologia; Neurologia; Fisioterapia; Gastroenterologia; Endoscopia Per oral; Patologia Clínica; Tisiopneumologia; Medicina Nuclear; Radiodiagnóstico; Ultrassonografia; Tomografia Computadorizada; Ressonância Magnética; Angiologia – Cirurgia Vascul e Linfática; Cirurgia de Cabeça e Pescoço; Dermatologia; Cirurgia Geral; Ginecologia e Obstetrícia; Mastologia; Neurocirurgia; Oftalmologia; Otorrinolaringologia; Ortopedia e Traumatologia Clínica e Cirúrgica; Cirurgia Plástica; Urologia; Proctologia; Consultas Médicas Especializadas; Procedimentos Médicos Especializados; Saúde Bucal em Pacientes Especiais; Ações Especializadas em Odontologia; Hematologia; Cirurgia Torácica; Infectologia; Reumatologia; Cirurgia Pediátrica; Psicologia; Nutrição; Coloscopia; Órteses; Exames de Imagens; Exames Bioclinicos.

2 - CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO

2.1 – Poderão participar no credenciamento empresas – pessoa jurídica – que possuam profissionais nas especialidades indicadas no item 1.1, desde que atendidos os requisitos exigidos neste instrumento de chamamento.

2.2 - Não poderão participar no credenciamento os interessados que estejam cumprindo as sanções previstas nos incisos III e IV, do art. 87 da Lei nº 8.666/93.

3 - FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO

3.1 – Os interessados poderão inscrever-se para credenciamento a partir da publicação do presente Edital.

3.2 – Serão consideradas credenciadas as pessoas jurídicas, que apresentarem os documentos enumerados no item 4.2 deste instrumento.

3.3 – Os interessados poderão solicitar o credenciamento a qualquer momento e de acordo com a regulamentação interna do Cisop, sendo suas inscrições proporcionalmente adequadas ao período remanescente de vigência do credenciamento.

3.4 – Os interessados para atenderem o chamamento do credenciamento, poderão ter acesso aos modelos, das seguintes formas:

a) – acesso a internet – www.cisop.com.br

b) – solicitação de cópia do Edital, mediante pagamento de taxa de xérox (R\$ 0,10 a folha) junto ao financeiro do CISOP.

c) – fornecimento de compact disc ou pendrive.

4 - DOCUMENTOS DE CREDENCIAMENTO E HABILITAÇÃO

4.1 – Os interessados deverão encaminhar os documentos relacionados abaixo ao CISOP em dias de expediente do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná - CISOP, no seguinte endereço: Rua Erechim, nº 1381, centro, Cascavel – PR, em envelope fechado com as seguintes indicações:

CREDENCIAMENTO CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2015

INTERESSADO:

ESPECIALIDADE:

ENDEREÇO:

TELEFONE PARA CONTATO:

PESSOA PARA CONTATO:

EMAIL PARA CONTATO:

4.2 – DOCUMENTAÇÃO:

- a) Requerimento para credenciamento (Anexo I);
- b) Declaração de idoneidade (Anexo II);
- c) Declaração de que não emprega menor (Anexo VI);
- d) Cópia do cartão do CNPJ válido atualizado;
- e) Cópia do Contrato Social e suas alterações ou sua última alteração consolidada;
- f) Cópia do Alvará de Licença de Funcionamento e do Cadastro Municipal;
- g) Prova de regularidade fiscal com a Fazenda Federal e Procuradoria da Fazenda Nacional, abrangendo a Regularidade das Contribuições Previdenciárias e de terceiros;
- h) Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Estadual;
- i) Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Municipal da cidade sede da Empresa;
- j) Prova de regularidade do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);
- k) Certidão de falência ou concordata, expedida pelo distribuidor da sede da licitante com data de no máximo 60 (sessenta) dias anteriores a abertura do pregão
- l) Cópia da cédula de identidade dos sócios administradores;
- m) Cópia do CPF dos sócios administradores;
- n) Cópia do comprovante de inscrição no órgão de classe dos sócios administradores;
- o) Diploma do profissional responsável pela empresa a ser credenciada;
- p) Cópia do comprovante de especialidade na área pretendida dos profissionais médicos pertencentes ao quadro da empresa a ser credenciada;
- q) Comprovante de residência do sócio administrador;
- r) Cópia do CNES/MS do Estabelecimento;
- s) Cópia do CNES/MS do(s) Profissional(s);
- t) Cópia do CNES/MS do(s) Procedimento(s);
- u) Nome do Banco, nº da agência e nº da conta corrente da empresa a ser credenciada, para depósito dos valores referentes aos serviços objeto do credenciamento.
- v) Declaração pela empresa credenciada de que o Hospital em que realizará as cirurgias é conveniado ao SUS, no caso da empresa médica ter como objeto (procedimento) de contrato a realização de cirurgias médicas, conforme Resolução 9/2014 (Anexo IX).

4.3 – As clínicas/laboratórios (pessoa jurídica) poderão inscrever-se em mais de uma área, desde que preenchidos os requisitos na respectiva especialidade.

4.4 – Os documentos de habilitação poderão ser apresentados, por qualquer processo de cópia autenticada por tabelião de notas, por órgão público ou por funcionário do CISOP, devidamente autorizado, mediante apresentação do documento original, ou ainda por publicação em órgão de imprensa oficial, vedada a apresentação via fax.

5 – DO CREDENCIAMENTO

5.1 – O credenciamento estará permanentemente aberto aos interessados,

obrigando-se a unidade por ele responsável a proceder, sempre que houver alteração nos procedimentos ou na tabela de preços para os procedimentos, a publicação da resolução no site do CISOP – www.cisop.com.br.

5.2 – Ao requerer a inscrição no credenciamento, ou atualização deste, a qualquer tempo, o interessado fornecerá os elementos necessários à satisfação das exigências contidas neste Edital.

5.3 – Os inscritos serão credenciados por especialidade, segundo a avaliação técnica pelos elementos constantes da documentação relacionadas no item 4.2, do presente Edital.

5.4 – A qualquer tempo poderá ser alterado, suspenso ou cancelado o credenciamento do inscrito que deixar de satisfazer as exigências estabelecidas para o credenciamento ou o cumprimento do estabelecido no contrato de prestação de serviço, que faz parte integrante do presente Edital.

5.5 - O contrato que tiver como objeto a realização de cirurgias ortopédicas terá a duração de 3 (três) meses conforme regulamenta a Resolução nº 09/2014.

6 – DO CRITÉRIO DE CADASTRAMENTO E CONTRATUALIZAÇÃO

6.1 – As clínicas e/ou laboratórios serão inicialmente cadastrados pela ordem de apresentação dos envelopes contendo os documentos de habilitação, junto ao setor indicado no item 4.1 do presente instrumento e, posteriormente, o mesmo critério será adotado para a contratualização dos credenciados, ou seja, conforme a ordem cronológica de apresentação, sendo que o número total de consultas e/ou procedimentos especializados a ser credenciado, será destinado/entregue àqueles que lograrem a devida habilitação, e, nos casos em que houver mais de uma empresa credenciada, os procedimentos serão distribuídos entre as empresas habilitadas, dentro de sua disponibilidade/capacidade de atendimento.

7 – DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

7.1 – O Pagamento pela prestação dos serviços será realizado em até 15 (quinze) dias, após a apresentação de Nota Fiscal Fatura.

7.2 – O pagamento será realizado através de transferência eletrônica para a conta corrente de titularidade do prestador de serviço, conforme dados declinados no respectivo contrato.

7.3 – O valor a ser remunerado às empresas credenciadas pela prestação de serviços será de acordo com a Tabela de Procedimentos Médicos, Materiais e Exames do CISOP, em vigor.

8 – DO REAJUSTE

8.1 – Os valores estipulados na Tabela Própria de Valores dos Procedimentos Médicos, Materiais e Exames poderão ser reajustados conforme preços acordados

pela Equipe Técnica e aprovado pela Assembleia Geral ou pela Diretoria do CISOP, garantindo sempre o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, nos termos do artigo 26 da Lei nº 8.080/90, e das normas gerais da lei federal de licitações e contratos administrativos.

Parágrafo Único: Os casos em que haja necessidades de reajustes, os mesmos serão elaborados através de termo aditivo, os quais passarão a integrar o presente contrato.

9 - DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

9.1 - No caso de descumprimento total ou parcial das condições contratualmente previstas, poderá o CISOP aplicar à CONTRATADA as sanções constantes da Lei Federal nº 10.520/2002 e, subsidiariamente, da Lei Federal nº 8.666/1993, sem prejuízo da possibilidade de rescisão contratual e de responsabilização civil e penal cabíveis.

9.2 - Pela inexecução total ou parcial do objeto desse Chamamento Público, o CISOP, garantida a prévia defesa, aplicará ao credenciado dentre outras, as seguintes sanções:

9.2.1 - Advertência;

9.2.1 - Multa;

9.2.2- Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com o CISOP, por prazo não superior a 2 (dois) anos;

9.2.3- Descredenciamento.

10 - DOS RECURSOS

10.1 - Aos credenciados é assegurado o direito de interposição de Recurso, nos termos do art. 109 da Lei nº 8666/93, o qual será recebido e processado nos termos ali estabelecidos, além do previsto no contrato.

11 - DA FISCALIZAÇÃO E DO ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS

11.1 - O CISOP realizará o acompanhamento da execução dos serviços credenciados por meio de avaliações periódicas, visitas, auditorias, treinamentos, comunicações escritas, administração, monitoramento da rede credenciada e outras atividades correlatas.

11.2 - Caberá ao CISOP junto com a área técnica específica desenvolver o instrumento de avaliação qualitativa dos serviços credenciados e da satisfação dos usuários.

11.3 - Critérios de Qualidade a serem considerados na avaliação da qualidade do prestador envolvem a avaliação do processo de credenciamento e contratação de todos os estabelecimentos em que efetivamente serão realizados os procedimentos contratados e compreenderá uma avaliação físico-funcional e a avaliação da qualidade dos procedimentos. Esta avaliação poderá ser repetida a qualquer momento durante a vigência do contrato, utilizando-se:

I - Padrões de conformidade em relação à capacitação técnica, gestão da atenção à saúde e gestão organizacional;

II. Indicadores de desempenho.

12 – DAS ATRIBUIÇÕES E CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

12.1 - São atribuições a serem cumpridas pelo Credenciado:

12.1.1 - Prestar atendimento aos usuários do CISOP, dentro de conceitos de ética profissional e dos padrões e normas relativas à especialidade para qual está sendo credenciado.

12.1.2 - Prestar atendimento aos usuários do CISOP, dentro das normas operacionais instituídas e demais normativos do CISOP, incluindo a possibilidade de implantação de inovações tecnológicas que venham a facilitar o processo, o controle do atendimento aos beneficiários do Sistema e a cobrança dos serviços prestados, tal como conectividade via internet, biometria e outros.

12.1.3 - Quanto ao atendimento a usuários do CISOP nas clínicas, hospitais e consultórios, deverá atender em ambiente físico adequado à prestação dos serviços, nos aspectos de iluminação, nível de privacidade, vedação acústica, limpeza e ordem, e espaço apropriado para o atendimento proposto em consonância com a linha de qualidade adotada e exigida pelo CISOP.

13 - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

13.1 - As despesas decorrentes deste Chamamento público correrão integralmente por conta de dotação orçamentária própria do CISOP, sob o número:

3.3.90.39.50.99 – DEMAIS DESPESAS COM SERVIÇOS MÉDICOS HOSPITALARES ODONTOLÓGICOS E LABORATORIAIS.

14 - DO CONTRATO

14.1 – O CISOP convocará o interessado para **assinar o Contrato** no prazo de até 03 (três) dias úteis, sob pena de decair o direito à contratação e de lhe serem aplicadas as penalidades, bem como as demais penalidades legais cabíveis, com

possibilidade, ainda, da cobrança de **multa compensatória de até 30% (trinta por cento)** do valor global da proposta respectiva.

15 – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1 – Esclarecimentos relativos ao presente chamamento público e às condições para atendimento das obrigações necessárias ao cumprimento de seu objeto, somente serão prestados quando solicitados por escrito, encaminhado à Secretaria do CISOP, no horário das 08h00min às 17h00min em dias de expediente do mesmo, no seguinte endereço: Rua Erechim, nº 1381 - Centro, CEP 85.812-260, na cidade de Cascavel, Estado do Paraná.

16 – DOS ANEXOS

16.1 - Constituem anexos deste edital e dele fazem parte integrante:

- a) **ANEXO I** – Modelo para Credenciamento;
- b) **ANEXO II** – Declaração de Idoneidade;
- c) **ANEXO III** – Resolução da Aprovação da Tabela do Cisop;
- d) **ANEXO IV** - Normas para Bloqueio
- e) **ANEXO V** - Comunicação de Solicitação de Bloqueio de Consulta Médica Ambulatorial;
- f) **ANEXO VI** – Modelo de Declaração que não emprega menor;
- g) **ANEXO VII** – Tabela dos Procedimentos Médicos, Materiais e Exames;
- h) **ANEXO VIII** – Minuta do contrato.
- i) **ANEXO IX** – Resolução sobre Procedimentos Cirúrgicos.

17 – DO FORO

17.1 - As partes elegem o Foro da COMARCA DE CASCAVEL, Estado do Paraná, como o competente para dirimir dúvidas ou controvérsias resultantes do presente Chamamento Público, renunciando expressamente a qualquer outro, por mais privilegiado que se configure.

Cascavel, PR, 12 de março de 2015.

DARCI TIRELLI
PRESIDENTE DO CISOP

ANEXO I DO EDITAL
MODELO PARA CREDENCIAMENTO

(em papel timbrado/personalizado da empresa)

Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná – CISOP

CREDENCIAMENTO DE CLINICAS MÉDICAS, LABORATÓRIOS CLINICOS,
 (PESSOAS JURÍDICAS), ÁREA MÉDICA, divulgado pelo **Consórcio**
Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná – CISOP, objetivando a prestação
 de serviços médicos na especialidade _____,
 nos termos do CHAMAMENTO PÚBLICO nº 001/2015.

Razão Social: _____

Endereço Comercial: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Telefone: _____ CNPJ: _____

Email: _____

Cadastro Municipal: _____

CNES/MS do Estabelecimento: _____

CNES/MS dos Profissionais: _____

CNES/MS dos Procedimentos: _____

Especialidade: _____

Banco _____, Agência _____ Conta do Contratado: _____

Responsável Técnico: _____

CRM nº: _____ RG nº. _____ CPF: _____

Procedimentos:

(relacionar os códigos de acordo com a Tabela de Procedimentos Médicos –**ANEXO VII**)

ITEM	LOTE	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR

Para todos os fins de direito, declaramos que:

1. Estamos cientes e concordamos com as condições estabelecidas no Edital de Chamamento Público nº 001/2015, inclusive quanto à forma de atendimento e tabela de preços.
2. Comprometemo-nos fornecer ao CISOP quaisquer informações ou documentos solicitados referentes aos serviços prestados aos seus beneficiários.
3. Temos o conhecimento de que nos é vedado cobrar honorários, a qualquer título, direta ou indiretamente dos beneficiários, pelos serviços prestados.
4. Informaremos, de imediato, toda e qualquer alteração que venha a ocorrer em nossos dados cadastrais.



Rua da Bandeira, 1991 - esquina com Dom Pedro II - Centro
FONE: (0xx45) 3220-4650 - FAX: (0xx45) 3225-3670
CEP 85812-270 - CASCAVEL - PARANÁ
CNPJ 00.944.673/0001-08 - Inscr. Est. - ISENTA

5. A prestação dos serviços a que nos propomos não implicará em qualquer vinculação empregatícia com o CISOP, não podendo, portanto, pretender ou exigir vantagens daí decorrentes. Para a análise e decisão sobre o referido credenciamento, anexamos cópia da documentação exigida no Chamamento acima citado.

6. Declaramos que possuímos condições de cumprir as exigências mínimas, para realização dos serviços a serem prestados, no que se refere aos recursos tecnológicos, uso de microcomputadores em ambiente Windows com Word, Excel, Access ou compatíveis e leitura de CD ROM; Acesso a internet banda larga e e-mail; Telefone fixo e Fax.

_____, _____ de _____ de _____.

(nome e assinatura do representante legal da empresa solicitante)

(assinatura do Médico Responsável Técnico com carimbo)

**ANEXO II DO EDITAL
DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE**

(em papel timbrado/personalizado da empresa)

Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná – CISOP

O interessado.....(qualificação completa)....., DECLARA para os devidos fins de direito, na qualidade de solicitante de credenciamento no Chamamento Público nº 001/2015, que não foi declarado inidôneo para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas, nem sofreu a penalidade prevista no inciso III, do artigo 87, da Lei n. 8.666/93.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

_____, _____ de _____ de _____.

(assinatura do representante legal da empresa solicitante)

(nome do representante legal da empresa solicitante)

**ANEXO III DO EDITAL
RESOLUÇÃO DA TABELA DO CISOP**

RESOLUÇÃO Nº 03/2015

Data, 27 de fevereiro de 2015.

Dispõe sobre a aprovação de tabela própria de valores dos procedimentos, a serem pagos pelo CISOP.

A ASSEMBLEIA DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ - CISOP, APROVOU E EU, DARCI TIRELLI, PRESIDENTE DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ - CISOP, PROMULGO A SEGUINTE RESOLUÇÃO.

Art. 1º - Resolve alterar a Tabela de Preços de Procedimentos Médicos, Materiais e Exames, a serem praticados pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná – CISOP, aprovado em Assembleia no dia 30 de janeiro de 2015, que estará disponível no site oficial do CISOP (www.cisop.com.br).

Art. 2º - Esta Resolução entrará em vigor, na data de sua publicação, revogada as disposições em contrário.

Gabinete do Presidente do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste Paraná – CISOP, aos 27 de fevereiro de 2015

**Darci Tirelli
Presidente**

**ANEXO IV DO EDITAL
NORMAS PARA BLOQUEIO**

1º - Somente serão aceitos pedidos para bloqueio de consultas, pelas Empresas contratadas, para o **MÊS SUBSEQUENTE até o dia 20** (vinte), do **MÊS ANTECEDENTE**, não sendo mais aceitos solicitações fora do prazo acima estabelecido, a não ser em casos excepcionais.

2º - Todos os pedidos de bloqueio de consultas médicas deverão ser encaminhados pelas **Empresas/Clinicas Médicas contratadas, ao SECRETÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO GERAL**, informando qual o Profissional que irá se ausentar e, se haverá substituto para aquela especialidade.

3º - Fica expressamente **PROIBIDO** à Central de Agendamento de Consultas, aceitar solicitações de **BLOQUEIO DE CONSULTAS** diretamente dos profissionais médicos pertencentes às Empresas/Clinicas contratadas, bem como de outros departamentos.

4º - A Central de Agendamento de Consultas irá realizar o bloqueio das consultas a partir do pedido devidamente encaminhado pela **DIREÇÃO CLÍNICA** e à **ADMINISTRAÇÃO GERAL DO CISOP**.

5º - Efetivado o bloqueio, a Empresa/Clinica contratada assumirá o compromisso de enviar um substituto para atender na especialidade do médico bloqueado, e caso assim não proceda, desde já fica pactuado que o referido profissional titular da especialidade bloqueada, fará a reposição das consultas, remanejando-as para outros dias de atendimento dentro do mês solicitado, para não causar transtornos e/ou prejuízos aos pacientes agendados.

6º - Os profissionais médicos que tem vínculo empregatício com Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, Ministério da Saúde e Prefeitura Municipal, deverão obedecer às normas funcionais estabelecidas pelo órgão empregador de origem, e, na ausência de tais normativas, será aplicada aos mesmos a presente determinação.

7º - Os casos excepcionais de pedido de **BLOQUEIO SOLICITADOS** pelas Empresa/Clinicas contratadas – chamamento público - serão analisados pela **ADMINISTRAÇÃO GERAL DO CISOP** e **DIREÇÃO CLINICA**.

8º - O CISOP é um prestador de serviços do Sistema Único de Saúde, e desta forma, quando da prestação dos serviços pelos profissionais, devem ser obedecidas as normas e portarias deste sistema no que se refere ao teto de consultas programadas e a rotina de atendimento aos pacientes.

Darci Tirelli

Nelva Savaris

Rogério Vituri

Presidente do Cisop

Sec. Adm.Geral

Diretor Clínico

**ANEXO V DO EDITAL
 COMUNICAÇÃO DE SOLICITAÇÃO DE BLOQUEIO
 DE CONSULTA MÉDICA AMBULATORIAL**

Cascavel, _____ de _____, _____.
 (nome da empresa solicitante):

Nome do Médico Bloqueado:

Nome do Médico Substituto: (se houver)

PARA: COORDENAÇÃO GERAL e DIREÇÃO CLÍNICA DO CISOP.

RAZÕES DO PEDIDO DE BLOQUEIO:

Calendário: MÊS DE MARÇO/2015 (EXEMPLIFICATIVO)

DOM.	SEG.	TER.	QUA.	QUI.	SEX.	SAB
01	02	03	04	05	06	07
08	09	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Obs. Informamos que as consultas nas datas bloqueadas serão remanejadas para outros dias de atendimento dentro do mês solicitado.

Administração Geral do CISOP:

Direção Clínica do CISOP:

PARA USO EXCLUSIVO DA CENTRAL DE AGENDAMENTO DE CONSULTAS

RECEBIDO EM:

_____/_____/_____

Assinatura do responsável

**ANEXO VI DO EDITAL
- MODELO DE DECLARAÇÃO DE QUE NÃO EMPREGA MENOR -**

DECLARAÇÃO

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2015.

A empresa _____, inscrita no CNPJ/MF sob o nº _____, **por intermédio de seu representante legal**, o (a) Senhor (a) _____, portador (a) da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, declara, para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

Ressalva:

Emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz (_____).

(marcar com um "x" o espaço acima, em caso afirmativo)

_____, _____ de _____ de _____.

Nome e assinatura do representante legal da licitante

ANEXO VII DO EDITAL
- TABELA -

TABELA DE PREÇOS DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS, MATERIAIS E EXAMES – CISOP – Nº 002/2015			
ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR CISOP
BIÓPSIA (LOTE 01)			
01	02.01.01.002	BIOPSIA / PUNCAO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE	25,00
02	02.01.01.015	BIOPSIA DE ENDOMETRIO	18,33
03	02.01.01.047	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE	23,73
04	02.01.01.052	BIOPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	25,00
05	02.01.01.054	BIOPSIA PERCUTANEA ORIENTADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA / ULTRASSONOGRRAFIA / RESSONANCIA MAGNETICA / RAIOS-X	97,00
06	02.01.01.063	PUNÇÃO LOMBAR	25,00
07	02.01.01.066	BIÓPSIA DO COLO UTERINO	25,00
08	05.01.08.001	BIOPSIA E EXAME ANATOMO-CITOPATOLOGICO EM PACIENTE TRANSPLANTADO	35,00
09	02.01.01.051	BIÓPSIA/PUNÇÃO DE VULVA	25,00
10	02.01.01.019	BIÓPSIA DE FARINGE	25,00
ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR CISOP
EXAMES BIOCLINICOS (LOTE 02)			
01	02.02.01.001	CLEARANCE OSMOLAR	3,51
02	02.02.01.002	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	2,01
03	02.02.01.003	DETERMINACAO DE CROMATOGRRAFIA DE AMINOACIDOS	15,65
04	02.02.01.004	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	3,63
05	02.02.01.005	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	6,55
06	02.02.01.006	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	3,68
07	02.02.01.008	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	3,51
08	02.02.01.009	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	3,51
09	02.02.01.010	DOSAGEM DE ACETONA	1,85
10	02.02.01.011	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	2,01
11	02.02.01.012	DOSAGEM DE ACIDO URICO	1,85
12	02.02.01.013	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	9,00
13	02.02.01.014	DOSAGEM DE ALDOLASE	3,68
14	02.02.01.015	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	3,68
15	02.02.01.016	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	3,68
16	02.02.01.017	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	3,68
17	02.02.01.018	DOSAGEM DE AMILASE	2,25
18	02.02.01.019	DOSAGEM DE AMONIA	3,51
19	02.02.01.020	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	2,01
20	02.02.01.021	DOSAGEM DE CALCIO	1,85

21	02.02.01.022	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	3,51
22	02.02.01.023	DOSAGEM DE CAROTENO	2,01
23	02.02.01.025	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	3,68
24	02.02.01.026	DOSAGEM DE CLORETO	1,85
25	02.02.01.027	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	3,51
26	02.02.01.028	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	3,51
27	02.02.01.029	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	1,85
28	02.02.01.030	DOSAGEM DE COLINESTERASE	3,68
29	02.02.01.031	DOSAGEM DE CREATININA	1,85
30	02.02.01.032	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	3,68
31	02.02.01.033	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	4,12
32	02.02.01.034	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	3,51
33	02.02.01.035	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	3,51
34	02.02.01.036	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	3,68
35	02.02.01.037	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	3,68
36	02.02.01.038	DOSAGEM DE FERRITINA	15,59
37	02.02.01.039	DOSAGEM DE FERRO SERICO	3,51
38	02.02.01.040	DOSAGEM DE FOLATO	15,65
39	02.02.01.041	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	2,01
40	02.02.01.042	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	2,01
41	02.02.01.043	DOSAGEM DE FOSFORO	1,85
42	02.02.01.044	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	2,01
43	02.02.01.045	DOSAGEM DE GALACTOSE	3,51
44	02.02.01.046	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	3,51
45	02.02.01.047	DOSAGEM DE GLICOSE	1,85
46	02.02.01.048	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	3,68
47	02.02.01.049	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	3,68
48	02.02.01.050	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	7,86
49	02.02.01.051	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	3,68
50	02.02.01.052	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	3,51
51	02.02.01.053	DOSAGEM DE LACTATO	3,68
52	02.02.01.054	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	3,51
53	02.02.01.055	DOSAGEM DE LIPASE	2,25
54	02.02.01.056	DOSAGEM DE MAGNESIO	2,01
55	02.02.01.057	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	2,01
56	02.02.01.058	DOSAGEM DE PIRUVATO	3,68
57	02.02.01.059	DOSAGEM DE PORFIRINAS	3,51
58	02.02.01.060	DOSAGEM DE POTASSIO	1,85
59	02.02.01.061	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	1,40
60	02.02.01.062	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	1,85
61	02.02.01.063	DOSAGEM DE SODIO	1,85
62	02.02.01.064	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	2,01
63	02.02.01.065	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	2,01
64	02.02.01.066	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	4,12

65	02.02.01.067	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	3,51
66	02.02.01.068	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	3,51
67	02.02.01.069	DOSAGEM DE UREIA	1,85
68	02.02.01.070	DOSAGEM DE VITAMINA B12	15,24
69	02.02.01.071	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	3,68
70	02.02.01.072	ELETROFORESE DE PROTEINAS	4,42
71	02.02.01.073	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)	15,65
72	02.02.01.074	PROVA DA D-XILOSE	3,68
73	02.02.01.075	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	6,55
74	02.02.01.076	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	15,24
75	02.02.02.001	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	6,48
76	02.02.02.002	CONTAGEM DE PLAQUETAS	2,73
77	02.02.02.003	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	2,73
78	02.02.02.004	DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	2,73
79	02.02.02.005	DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	2,73
80	02.02.02.006	DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA	2,73
81	02.02.02.007	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	2,73
82	02.02.02.008	DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	2,73
83	02.02.02.009	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO-DUKE	2,73
84	02.02.02.010	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	9,00
85	02.02.02.011	DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	5,79
86	02.02.02.012	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	2,85
87	02.02.02.013	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	5,77
88	02.02.02.014	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	2,73
89	02.02.02.015	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)	2,73
90	02.02.02.016	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	4,11
91	02.02.02.017	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	6,48
92	02.02.02.018	DOSAGEM DE FATOR II	5,31
93	02.02.02.019	DOSAGEM DE FATOR IX	50,00
94	02.02.02.020	DOSAGEM DE FATOR V	50,00
95	02.02.02.021	DOSAGEM DE FATOR VII	50,00
96	02.02.02.022	DOSAGEM DE FATOR VIII	50,00
97	02.02.02.023	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	50,00
98	02.02.02.024	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	80,00
99	02.02.02.025	DOSAGEM DE FATOR X	50,00
100	02.02.02.026	DOSAGEM DE FATOR XI	50,00
101	02.02.02.027	DOSAGEM DE FATOR XII	50,00
102	02.02.02.028	DOSAGEM DE FATOR XIII	50,00
103	02.02.02.029	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	4,60
104	02.02.02.030	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	1,53
105	02.02.02.031	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	2,73
106	02.02.02.032	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	2,73

107	02.02.02.033	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	2,73
108	02.02.02.034	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	4,11
109	02.02.02.035	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	5,41
110	02.02.02.036	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	2,73
111	02.02.02.037	HEMATOCRITO	1,53
112	02.02.02.038	HEMOGRAMA COMPLETO	4,11
113	02.02.02.039	LEUCOGRAMA	2,73
114	02.02.02.040	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	110,00
115	02.02.02.041	PESQUISA DE CELULAS LE	4,11
116	02.02.02.042	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	2,73
117	02.02.02.043	PESQUISA DE FILARIA	2,73
118	02.02.02.044	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	2,73
119	02.02.02.046	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	2,73
120	02.02.02.048	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	4,11
121	02.02.02.049	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	2,73
122	02.02.02.050	PROVA DO LACO	2,73
123	02.02.02.051	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	2,73
124	02.02.02.052	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	12,00
125	02.02.02.053	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	2,73
126	02.02.02.054	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	2,73
127	02.02.03.001	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	15,00
128	02.02.03.002	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	70,00
129	02.02.03.003	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	15,00
130	02.02.03.004	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	65,00
131	02.02.03.005	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	96,00
132	02.02.03.006	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	9,25
133	02.02.03.007	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	2,83
134	02.02.03.008	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	9,25
135	02.02.03.009	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	15,06
136	02.02.03.010	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	16,42
137	02.02.03.011	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	13,55
138	02.02.03.012	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	17,16
139	02.02.03.013	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	17,16
140	02.02.03.014	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	2,83
141	02.02.03.015	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	17,16
142	02.02.03.016	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	9,25
143	02.02.03.018	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	17,16
144	02.02.03.019	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	9,25
145	02.02.03.020	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	2,83
146	02.02.03.021	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	298,48
147	02.02.03.022	IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS	17,16
148	02.02.03.023	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	80,00
149	02.02.03.025	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	10,00
150	02.02.03.026	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	10,00

151	02.02.03.027	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	8,67
152	02.02.03.028	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	17,16
153	02.02.03.029	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	85,00
154	02.02.03.030	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	10,00
155	02.02.03.031	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	18,55
156	02.02.03.032	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	17,16
157	02.02.03.033	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	5,74
158	02.02.03.034	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	17,16
159	02.02.03.035	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	18,55
160	02.02.03.036	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	18,55
161	02.02.03.037	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	9,25
162	02.02.03.038	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	10,00
163	02.02.03.039	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	9,25
164	02.02.03.040	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	3,70
165	02.02.03.041	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	5,83
166	02.02.03.042	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLORESCENCIA)	10,00
167	02.02.03.043	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	17,16
168	02.02.03.044	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	9,25
169	02.02.03.045	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	10,00
170	02.02.03.046	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	9,70
171	02.02.03.047	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	2,83
172	02.02.03.048	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	10,00
173	02.02.03.050	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	10,00
174	02.02.03.051	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	35,00
175	02.02.03.052	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	17,16
176	02.02.03.053	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	4,10
177	02.02.03.054	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	5,50
178	02.02.03.055	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	17,16
179	02.02.03.056	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	17,16
180	02.02.03.057	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	17,16
181	02.02.03.058	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	17,16
182	02.02.03.059	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	17,16
183	02.02.03.060	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	17,16
184	02.02.03.061	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	10,00
185	02.02.03.062	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	17,16
186	02.02.03.063	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	18,55
187	02.02.03.064	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	18,55
188	02.02.03.065	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	7,78
189	02.02.03.066	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	9,71
190	02.02.03.067	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	18,55

191	02.02.03.068	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	18,55
192	02.02.03.069	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	9,25
193	02.02.03.070	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	4,10
194	02.02.03.071	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	18,55
195	02.02.03.072	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	17,16
196	02.02.03.073	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	2,83
197	02.02.03.074	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	11,00
198	02.02.03.075	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	9,25
199	02.02.03.076	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	16,97
200	02.02.03.077	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	9,25
201	02.02.03.078	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	18,55
202	02.02.03.079	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	30,00
203	02.02.03.080	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	18,55
204	02.02.03.081	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	17,16
205	02.02.03.082	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	17,16
206	02.02.03.083	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	17,16
207	02.02.03.084	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	17,16
208	02.02.03.085	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	11,61
209	02.02.03.086	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	10,00
210	02.02.03.087	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	18,55
211	02.02.03.088	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	9,25
212	02.02.03.089	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	18,55
213	02.02.03.090	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	20,00
214	02.02.03.091	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	18,55
215	02.02.03.092	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	17,16
216	02.02.03.093	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	17,16
217	02.02.03.094	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	17,16
218	02.02.03.095	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	17,16

219	02.02.03.096	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	13,35
220	02.02.03.097	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	18,55
221	02.02.03.098	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	18,55
222	02.02.03.099	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	60,00
223	02.02.03.100	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	2,83
224	02.02.03.101	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	4,10
225	02.02.03.102	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	10,00
226	02.02.03.103	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	9,25
227	02.02.03.104	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	10,00
228	02.02.03.105	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	1,77
229	02.02.03.106	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	1,77
230	02.02.03.107	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	18,00
231	02.02.03.108	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	168,48
232	02.02.03.109	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	4,10
233	02.02.03.110	REACAO DE MONTENEGRO ID	2,83
234	02.02.03.111	TESTE DE VDRL P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	2,83
235	02.02.03.112	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	10,00
236	02.02.03.113	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	10,00
237	02.02.03.114	TESTES ALERGICOS DE CONTATO	1,77
238	02.02.03.115	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	1,77
239	02.02.03.116	TESTES RAPIDOS P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	10,00
240	02.02.03.117	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	2,83
241	02.02.03.118	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA	18,55
242	02.02.03.119	DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	17,16
243	02.02.04.001	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	1,65
244	02.02.04.002	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	3,04
245	02.02.04.003	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	3,04
246	02.02.04.004	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	1,65
247	02.02.04.005	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	1,65
248	02.02.04.006	PESQUISA DE EOSINOFILOS	1,65
249	02.02.04.007	PESQUISA DE GORDURA FECAL	1,65
250	02.02.04.008	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	1,65
251	02.02.04.009	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	1,65
252	02.02.04.010	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	1,65
253	02.02.04.011	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	1,65
254	02.02.04.012	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	1,65
255	02.02.04.013	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	10,25
256	02.02.04.014	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	1,65
257	02.02.04.015	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORA NAS FEZES	1,65

258	02.02.04.016	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	1,65
259	02.02.04.017	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	1,65
260	02.02.05.001	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	3,70
261	02.02.05.002	CLEARANCE DE CREATININA	3,51
262	02.02.05.003	CLEARANCE DE FOSFATO	3,51
263	02.02.05.004	CLEARANCE DE UREIA	3,51
264	02.02.05.005	CONTAGEM DE ADDIS	2,04
265	02.02.05.006	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	3,70
266	02.02.05.007	DOSAGEM DE ACUCARES (POR CROMATOLOGRAFIA)	3,70
267	02.02.05.008	DOSAGEM DE CITRATO	2,01
268	02.02.05.009	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	8,12
269	02.02.05.010	DOSAGEM DE OXALATO	3,68
270	02.02.05.011	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	2,04
271	02.02.05.012	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	3,04
272	02.02.05.013	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	3,70
273	02.02.05.014	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOLOGRAFIA)	3,70
274	02.02.05.015	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	2,04
275	02.02.05.016	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	3,70
276	02.02.05.017	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	2,04
277	02.02.05.018	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	2,40
278	02.02.05.019	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	2,04
279	02.02.05.020	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	2,04
280	02.02.05.021	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	3,70
281	02.02.05.022	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	2,04
282	02.02.05.023	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	2,04
283	02.02.05.024	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	3,36
284	02.02.05.026	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	2,04
285	02.02.05.027	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	2,04
286	02.02.05.028	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	3,70
287	02.02.05.029	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	2,04
288	02.02.05.030	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	4,44
289	02.02.05.031	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	2,04
290	02.02.05.032	PROVA DE DILUICAO (URINA)	2,04
291	02.02.06.001	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	12,54
292	02.02.06.002	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	12,54
293	02.02.06.003	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	14,69
294	02.02.06.004	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	10,20
295	02.02.06.005	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	6,72
296	02.02.06.006	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	6,72
297	02.02.06.007	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	6,72
298	02.02.06.008	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	14,12
299	02.02.06.009	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	11,89
300	02.02.06.010	DOSAGEM DE AMP CICLICO	12,01

301	02.02.06.011	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	11,53
302	02.02.06.012	DOSAGEM DE CALCITONINA	14,38
303	02.02.06.013	DOSAGEM DE CORTISOL	9,86
304	02.02.06.014	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	11,25
305	02.02.06.015	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	11,71
306	02.02.06.016	DOSAGEM DE ESTRADIOL	10,15
307	02.02.06.017	DOSAGEM DE ESTRIOL	11,55
308	02.02.06.018	DOSAGEM DE ESTRONA	11,12
309	02.02.06.019	DOSAGEM DE GASTRINA	14,15
310	02.02.06.020	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	15,35
311	02.02.06.021	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	7,85
312	02.02.06.022	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	10,21
313	02.02.06.023	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	7,89
314	02.02.06.024	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	8,97
315	02.02.06.025	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	8,96
316	02.02.06.026	DOSAGEM DE INSULINA	10,17
317	02.02.06.027	DOSAGEM DE PARATORMONIO	43,13
318	02.02.06.028	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	15,35
319	02.02.06.029	DOSAGEM DE PROGESTERONA	10,22
320	02.02.06.030	DOSAGEM DE PROLACTINA	10,15
321	02.02.06.031	DOSAGEM DE RENINA	35,00
322	02.02.06.032	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	15,35
323	02.02.06.033	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	13,11
324	02.02.06.034	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	10,43
325	02.02.06.035	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	13,11
326	02.02.06.036	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	15,35
327	02.02.06.037	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	8,76
328	02.02.06.038	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	11,60
329	02.02.06.039	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	8,71
330	02.02.06.040	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	12,01
331	02.02.06.041	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	12,01
332	02.02.06.042	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA	12,01
333	02.02.06.043	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	12,01
334	02.02.06.044	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	12,01
335	02.02.06.045	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	12,01
336	02.02.06.046	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	8,43
337	02.02.06.047	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	12,15
338	02.02.07.001	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	2,06
339	02.02.07.002	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	2,23
340	02.02.07.003	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	3,68
341	02.02.07.004	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	2,04
342	02.02.07.005	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	15,65

343	02.02.07.006	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	3,51
344	02.02.07.007	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	2,01
345	02.02.07.008	DOSAGEM DE ALUMINIO	27,50
346	02.02.07.009	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	10,00
347	02.02.07.010	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	10,00
348	02.02.07.011	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	10,00
349	02.02.07.012	DOSAGEM DE BARBITURATOS	13,13
350	02.02.07.013	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	13,48
351	02.02.07.014	DOSAGEM DE CADMIO	6,55
352	02.02.07.015	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	17,53
353	02.02.07.016	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	4,11
354	02.02.07.017	DOSAGEM DE CHUMBO	8,83
355	02.02.07.018	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	58,61
356	02.02.07.019	DOSAGEM DE COBRE	3,51
357	02.02.07.020	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	8,97
358	02.02.07.021	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	15,65
359	02.02.07.022	DOSAGEM DE FENITOINA	35,22
360	02.02.07.023	DOSAGEM DE FENOL	2,05
361	02.02.07.024	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	3,51
362	02.02.07.025	DOSAGEM DE LITIO	2,25
363	02.02.07.026	DOSAGEM DE MERCURIO	2,04
364	02.02.07.027	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	4,11
365	02.02.07.028	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	40,00
366	02.02.07.029	DOSAGEM DE METOTREXATO	10,00
367	02.02.07.030	DOSAGEM DE QUINIDINA	10,00
368	02.02.07.031	DOSAGEM DE SALICILATOS	2,01
369	02.02.07.032	DOSAGEM DE SULFATOS	3,51
370	02.02.07.033	DOSAGEM DE TEOFILINA	15,65
371	02.02.07.034	DOSAGEM DE TIOCIANATO	3,68
372	02.02.07.035	DOSAGEM DE ZINCO	15,65
373	02.02.08.001	ANTIBIOGRAMA	4,98
374	02.02.08.002	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	13,33
375	02.02.08.003	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	13,33
376	02.02.08.004	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	4,20
377	02.02.08.005	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	4,20
378	02.02.08.006	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	4,20
379	02.02.08.007	BACTEROSCOPIA (GRAM)	2,80
380	02.02.08.008	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	5,62
381	02.02.08.009	CULTURA DO LEITE MATERNO (POS-PASTEURIZACAO)	4,33
382	02.02.08.010	CULTURA P/ HERPESVIRUS	4,33
383	02.02.08.011	CULTURA PARA BAAR	5,63
384	02.02.08.012	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	10,25
385	02.02.08.013	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	4,19
386	02.02.08.014	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	2,80
387	02.02.08.015	HEMOCULTURA	11,49

388	02.02.08.016	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	5,63
389	02.02.08.017	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	4,33
390	02.02.08.018	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	2,80
391	02.02.08.019	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	4,33
392	02.02.08.020	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	2,80
393	02.02.08.021	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	4,33
394	02.02.08.022	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	2,80
395	02.02.08.023	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	5,04
396	02.02.09.001	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVAL E DERRAMES	1,89
397	02.02.09.002	ADENOGRAMA	5,79
398	02.02.09.003	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	4,33
399	02.02.09.004	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	4,33
400	02.02.09.005	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	1,89
401	02.02.09.006	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	1,89
402	02.02.09.007	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	6,56
403	02.02.09.008	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	1,89
404	02.02.09.009	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	2,01
405	02.02.09.010	DOSAGEM DE FRUTOSE	2,01
406	02.02.09.011	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	2,01
407	02.02.09.012	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVAL E DERRAMES	1,89
408	02.02.09.013	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVAL E DERRAMES	1,89
409	02.02.09.015	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	5,23
410	02.02.09.016	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	6,56
411	02.02.09.017	ESPLENOGRAMA	5,79
412	02.02.09.018	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	1,89
413	02.02.09.019	MIELOGRAMA	5,79
414	02.02.09.021	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	9,70
415	02.02.09.022	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	2,01
416	02.02.09.023	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	1,89
417	02.02.09.024	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	1,89
418	02.02.09.025	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	1,89
419	02.02.09.026	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	4,80
420	02.02.09.027	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVAL E DERRAMES	1,89
421	02.02.09.028	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	9,70
422	02.02.09.029	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	1,89
423	02.02.09.030	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	1,89
424	02.02.09.031	REACAO DE PANDY	1,89
425	02.02.09.032	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVAL E DERRAMES	1,89

426	02.02.09.033	TESTE DE CLEMENTS	1,89
427	02.02.09.034	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	4,69
428	02.02.09.035	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	4,69
429	02.02.10.001	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)	32,48
430	02.02.10.002	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)	32,48
431	02.02.10.003	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	32,48
432	02.02.11.001	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	8,80
433	02.02.11.002	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	66,00
434	02.02.11.003	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	66,00
435	02.02.11.004	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	5,50
436	02.02.11.005	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	12,10
437	02.02.11.006	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA	20,90
438	02.02.11.007	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA	5,50
439	02.02.11.008	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	13,20
440	02.02.12.001	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	10,65
441	02.02.12.002	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	1,37
442	02.02.12.003	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	10,65
443	02.02.12.004	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	10,65
444	02.02.12.005	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	5,79
445	02.02.12.006	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC	5,79
446	02.02.12.007	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	5,79
447	02.02.12.008	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	1,37
448	02.02.12.009	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	2,73
449	02.02.12.010	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	5,79
450	02.02.12.011	ANTI-CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS	60,00
451	02.02.12.012	ANTI DNA	30,00
452	02.02.12.013	ANTICOAGULANTE LÚPICO	40,00
453	02.02.12.014	ANTICORCO ANTI ADRENAL	85,00
454	02.02.12.015	ANTICORPO ANTI CENTROMERO	30,00
455	02.02.12.016	ANTICORPO ANTI INULINA	35,00
456	02.02.12.017	ANTICORPO ANTI RECEPTOR DE ACITILCOLINA	120,00
457	02.02.12.018	ANTICORPOS ANTI CCP CYLIC CITRULINATED PEDITIDE	60,00
458	02.02.12.019	ANTICORPOS ANTI-GAD	55,00
459	02.02.12.020	ANTI-ENDOMISIO – ANTICORPOS IGA	40,00
460	02.02.12.021	ANTI-ENDOMISIO – ANTICORPOS IGG	40,00

461	02.02.12.022	ANTI-ENDOMISIO – ANTICORPOS IGM	40,00
462	02.02.12.023	ANTI-LKM 1	45,00
463	02.02.12.024	ANTI-TRANSGLUTAMINASE IGA	50,00
464	02.02.12.025	ANTI-TRANSGLUTAMINASE IGG	50,00
465	02.02.12.026	BLASTOMICOSE	30,00
466	02.02.12.027	CA (125,15-3,19-9,72-4) CADA	40,00
467	02.02.12.028	CALCULO URINÁRIO	40,00
468	02.02.12.029	CARIÓTIPO X FRÁGIL	340,00
469	02.02.12.030	CARIÓTIPO-PAREAMENTO CROMOSSÔMICO – BANDA G	265,00
470	02.02.12.031	CATECOLAMINAS	35,00
471	02.02.12.032	CHLAMYDIA TRACHOMATIS – CAPTURA HIBRIDA	150,00
472	02.02.12.033	CISTINA URINÁRIA	25,00
473	02.02.12.034	CLONAZEPAM	65,00
474	02.02.12.035	COAGULAGRAMA	5,79
475	02.02.12.036	COMPLEMENTO CIQ	85,00
476	02.02.12.037	COPROLOGIA FUNCIONAL	15,00
477	02.02.12.038	CRIPTOCOCCUS	45,00
478	02.02.12.039	CROSS MATCH - CITOTOXIDADE	240,00
479	02.02.12.040	CURVA DE INSULINA	50,85
480	02.02.12.041	D DIMERO	60,00
481	02.02.12.042	FATOR V DE LEIDEN	250,00
482	02.02.12.043	FRUTOSAMINA	10,00
483	02.02.12.044	GASTRINA	45,00
484	02.02.12.045	HEPATITE B QUALITATIVO	200,00
485	02.02.12.046	HEPATITE B QUANTITATIVO (CARGA VIRAL)	350,00
486	02.02.12.047	HEPATITE C QUALITATIVO	250,00
487	02.02.12.048	HERPES I IGG	17,16
488	02.02.12.049	HERPES II IGG	17,16
489	02.02.12.050	HERPES I IGM	17,16
490	02.02.12.051	HERPES II IGM	17,16
491	02.02.12.052	HLA B27	95,00
492	02.02.12.053	HOMOCISTEÍNA	60,00
493	02.02.12.054	INDICE DE SATURAÇÃO DA TRANSFERINA	12,00
494	02.02.12.055	METANEFRIAS PLASMÁTICAS	65,00
495	02.02.12.056	METANEFRIAS URINÁRIAS	65,00
496	02.02.12.057	MONOTEST	4,10
497	02.02.12.058	MUTAÇÃO DO GENE METILENOTETRAHIDROFOLATO	400,00
498	02.02.12.059	MUTAÇÃO GENE PROTOMBINA	300,00
499	02.02.12.060	MYCOPLASMA PNEUMONIASE - ANTICORPOS	50,00
500	02.02.12.061	NÍQUEL	18,55
501	02.02.12.062	PCR ULTRASSENSÍVEL	25,00
502	02.02.12.063	PESQUISA HPU	95,00
503	02.02.12.064	PESQUISA DE PROTEÍNA DE BENICE JONES	20,00
504	02.02.12.065	PROTEÍNA C	60,00
505	02.02.12.066	PROTEÍNA S	90,00

506	02.02.12.067	PROTOMBINA - DETECÇÃO DA MUTAÇÃO NO GENE G20210A	300,00
507	02.02.12.068	RAST PARA ALERGENOS	13,50
508	02.02.12.069	SELENIO	45,00
509	02.02.12.070	SOROLOGIA LEPTOSPIROSE IGG	25,00
510	02.02.12.071	SOROLOGIA LEPTOSPIROSE IGM	25,00
511	02.02.12.072	SOROLOGIA LEISHMANIOSE IGG	40,00
512	02.02.12.073	SOROLOGIA LESHMANIOSE IGM	40,00
513	02.02.12.074	SUBCLASSES DE IGG HUMANA 1-2-3-4 (CADA)	60,00
514	02.02.12.075	TESTE DE ABSORÇÃO DA LACTOSE	30,00
515	02.02.12.076	TESTE DE ABSORÇÃO DA -XILOSE - PLASMA	46,00
516	02.02.12.077	TESTE DE ESTIMULO HGH APÓS CLONIDINA	66,75
517	02.02.12.078	TESTE DE TOLERÂNCIA A LACTOSE	14,95
518	02.02.12.079	TESTE DE VINCULO DE PATERNIDADE (DNA)	500,00
519	02.02.12.080	THC (CANABINOIDES)	40,00
520	02.02.12.081	TOXOPLASMOSE AVIDEZ - ANTICORPOS IGG	43,00
521	02.02.12.082	TOXOPLASMOSE IGA	95,00
522	02.02.12.083	TRAB-ANTICORPOS ANTIRECEPTOR DE TSH	45,00
523	02.02.12.084	TRIAGEM AMPLIADA PARA ERROS INATOS DO METABOLISMO	300,00
524	02.02.12.085	VITAMINA A	80,00
525	02.02.12.086	VITAMINA B	120,00
526	02.02.12.087	VITAMINA B6	15,00
527	02.02.12.088	VITAMINA C	80,00
528	02.02.12.089	VITAMINA D 1,25 OH	100,00
529	02.02.12.090	VITAMINA D 25 OH	100,00
530	02.02.12.091	VITAMINA E	80,00
531	02.02.12.092	ANTICORPO ANTI ENA (JO-1)	18,55
532	02.02.12.093	MACROPROLACTINA (BIG PROLACTINA)	35,00
533	02.02.12.094	OXCARBAZEPINA	80,00
534	02.02.12.095	TOPIRAMATO	450,00
535	02.02.12.096	TESTE DE ESTIMULO DE LH APÓS LHRH COM MEDICAÇÃO	344,85
536	02.02.12.097	PESQUISA DE CLAMIDIA TRACOMATIS QUALITATIVA	150,00
537	02.02.12.098	ANTICORPO ANTI MM LISO	45,00
538	02.02.12.099	ANTICORPO ANTI MITOCONDRIA	40,00
539	02.02.12.100	HEMOCULTURA	10,25
ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR CISOP
		EXAMES ANATOMO PATOLÓGICOS (LOTE 03)	
01	02.03.01.003	EXAME DE CITOLOGIA ONCOTICA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)	10,65
02	02.03.02.002	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO-PEÇA CIRURGICA	43,21
03	02.03.02.003	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO P/CONGELAMENTO/PARAFINA (EXCETO COLO UTERINO) PEÇA CIRÚRGICA	24,00
04	02.03.02.006	EXAME ANATOMO PATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA	24,00

05	02.03.02.007	EXAME ANATOMO PATOLOGICO DE MAMA – PEÇA CIRURGICA	43,21
06	02.03.02.008	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO-BIOPSIA	24,00
ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR CISOP
		EXAMES RADIOLÓGICOS (LOTE 04)	
01	02.04.01.003	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	24,00
02	02.04.01.004	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)	20,00
03	02.04.01.005	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	21,00
04	02.04.01.006	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	21,00
05	02.04.01.007	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ)	24,00
06	02.04.01.008	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	19,00
07	02.04.01.009	RADIOGRAFIA DE LARINGE	20,00
08	02.04.01.010	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	24,00
09	02.04.01.011	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	19,00
10	02.04.01.012	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	24,00
11	02.04.01.013	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO)	24,00
12	02.04.01.014	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	19,00
13	02.04.01.015	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)	19,00
14	02.04.01.016	RADIOGRAFIA OCLUSAL	19,00
15	02.04.01.017	RADIOGRAFIA PANORAMICA	30,00
16	02.04.01.018	RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING)	19,00
17	02.04.01.019	SIALOGRAFIA	70,00
18	02.04.02.001	MIELOGRAFIA	190,00
19	02.04.02.003	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	21,00
20	02.04.02.004	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	21,00
21	02.04.02.005	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	21,00
22	02.04.02.006	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	23,00
23	02.04.02.007	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	27,00
24	02.04.02.008	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	27,00
25	02.04.02.009	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	27,00
26	02.04.02.010	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	27,00
27	02.04.02.011	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA	30,00
28	02.04.02.012	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	23,00
29	02.04.03.002	DUCTOGRAFIA (POR MAMA)	85,00
30	02.04.03.003	MAMOGRAFIA UNILATERAL	50,00

31	02.04.03.005	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLIQUA)	24,00
32	02.04.03.006	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)	24,00
33	02.04.03.007	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	24,00
34	02.04.03.008	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	70,00
35	02.04.03.009	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	42,00
36	02.04.03.010	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	22,00
37	02.04.03.011	RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO	32,00
38	02.04.03.012	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)	20,00
39	02.04.03.013	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)	24,00
40	02.04.03.014	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	23,00
41	02.04.03.015	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	23,00
42	02.04.03.016	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)	19,00
43	02.04.03.017	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	19,00
44	02.04.03.018	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	50,00
45	02.04.04.001	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	20,00
46	02.04.04.002	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	21,00
47	02.04.04.003	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	21,00
48	02.04.04.004	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	21,00
49	02.04.04.005	RADIOGRAFIA DE BRACO	21,00
50	02.04.04.006	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	21,00
51	02.04.04.007	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	20,00
52	02.04.04.008	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	20,00
53	02.04.04.009	RADIOGRAFIA DE MAO	21,00
54	02.04.04.010	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	20,00
55	02.04.05.001	CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE	130,00
56	02.04.05.002	COLANGIOGRAFIA PER-OPERATORIA	130,00
57	02.04.05.003	COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA	130,00
58	02.04.05.004	DUODENOGRAMA HIPOTONICA	35,00
59	02.04.05.005	FISTULOGRAFIA	46,00
60	02.04.05.006	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	200,00
61	02.04.05.008	PIELOGRAFIA ASCENDENTE	53,00
62	02.04.05.011	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	22,00
63	02.04.05.012	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	30,00
64	02.04.05.013	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	19,00
65	02.04.05.014	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO, DUODENO, ESOFAGO E HIATO	120,00
66	02.04.05.015	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)	93,00
67	02.04.05.016	RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE)	55,00
68	02.04.05.017	URETROCISTOGRAFIA	130,00
69	02.04.05.018	UROGRAFIA VENOSA	135,00
70	02.04.06.003	ESCANOMETRIA	120,00

71	02.04.06.006	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	21,00
72	02.04.06.007	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	23,00
73	02.04.06.008	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	19,00
74	02.04.06.009	RADIOGRAFIA DE BACIA	23,00
75	02.04.06.010	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	21,00
76	02.04.06.011	RADIOGRAFIA DE COXA	22,00
77	02.04.06.012	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	21,00
78	02.04.06.013	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	23,00
79	02.04.06.014	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	22,00
80	02.04.06.015	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	21,00
81	02.04.06.016	RADIOGRAFIA DE PERNA	24,00
82	02.04.06.017	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	22,00
83	02.04.06.018	RADIOGRAFIA DE ADENÓIDES	24,00
84	02.04.06.019	RADIOGRAFIA DE BAÇO	24,00
85	02.04.06.020	RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSAL	23,00
86	02.04.06.021	RADIOGRAFIA DE OMOPLATA	23,00
87	02.04.06.022	RADIOGRAFIA DE TORNOZELO	23,00
88	02.04.06.023	DENSITOMETRIA ÓSSEA	75,00
89	02.04.06.024	DENSITOMETRIA ÓSSEA 2 SEGUIMENTOS	80,00
90	02.04.06.025	DENSITOMETRIA ÓSSEA DE FEMUR	110,00
91	02.04.06.026	DENSITOMETRIA ÓSSEA DE CORPO INTEIRO	135,00
92	02.10.01.017	FLEBOGRAFIA DE MEMBRO	146,00
93	02.10.01.016	ESPLENOPORTOGRAFIA	183,00
94	02.10.01.018	FLEBOGRAFIA POR CATETERISMO	200,00
95	02.10.01.019	LINFANGIOADENOGRAMA	200,00
96	02.10.01.020	PORTOGRAFIA TRANS-HEPATICA	200,00
97	02.10.01.021	UROGRAFIA CRIANÇA E PACIENTE ALÉRGICO	190,00
ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR CISOP
		EXAMES DE ECOCARDIOGRAFIA E ULTRA-SONOGRAFIA (LOTE 05)	
01	02.05.01.001	ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	165,00
02	02.05.01.002	ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA	165,00
03	02.05.01.003	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	165,00
04	02.05.01.004	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATE 3 VASOS)	100,00
05	02.05.01.005	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER FLUXO OBSTETRICO	200,00
06	02.05.02.002	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA	15,00
07	02.05.02.003	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VESICULA, VIAS BILIARES)	55,00
08	02.05.02.004	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	95,00
09	02.05.02.005	ULTRA-SONOGRAFIA DO APARELHO URINARIO	55,00
10	02.05.02.006	ULTRA-SONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO	55,00
11	02.05.02.007	ULTRA-SONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	55,00
12	02.05.02.008	ULTRA-SONOGRAFIA DO GLOBO OCULAR OU DE ORBITA	70,00

13	02.05.02.009	ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	50,00
14	02.05.02.010	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	50,00
15	02.05.02.011	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	90,00
16	02.05.02.012	ULTRA-SONOGRAFIA DE TIREOIDE	55,00
17	02.05.02.013	ULTRA-SONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	50,00
18	02.05.02.014	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA	40,00
19	02.05.02.015	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA DOPPLER COLORIDO E PULSADO	200,00
20	02.05.02.016	ULTRA-SONOGRAFIA PELVICA	40,00
21	02.05.02.017	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSFONTANELA	60,00
22	02.05.02.018	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL	50,00
23	02.05.02.020	ULTRA-SONOGRAFIA DE ÓRGÃO E EST. SUPERFICIAL (MAMAS BIL., TENDÕES,PÊNIS)	50,00
24	02.05.02.021	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE CARÓTIDAS	200,00
25	02.05.02.022	ULTRA-SONOGRAFIA MORFOLÓGICA	150,00
26	02.05.02.023	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER TESTÍCULOS	140,00
27	02.05.02.024	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER BOLSA ESCROTAL	140,00
28	02.05.02.025	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS RENAIIS	140,00
29	02.05.02.026	ULTRA-SONOGRAFIA CRANIANA	50,00
30	02.05.02.027	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN INFERIOR	60,00
31	02.05.02.028	ULTRA-SONOGRAFIA DE MÚSCULOS	50,00
32	02.05.02.029	ULTRA-SONOGRAFIA DE PAROTIDAS OU GLÂNDULAS SALIVARES	100,00
33	02.05.02.038	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER MEMBRO INFERIOR (CADA)	160,00
34	02.05.02.039	ECOESCLEROSE DE VARIZES MEMBROS INFERIORES (CADA)	300,00
35	02.05.02.040	ULTRA-SONOGRAFIA MORFOLÓGICA COM DOPPLER	210,00
ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR CISOP
EXAMES DE TOMOGRAFIA (LOTE 06)			
01	02.06.01.001	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE	86,76
02	02.06.01.002	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA S/ CONTRASTE	101,10
03	02.06.01.003	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA S/ CONTRASTE	86,76
04	02.06.01.004	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES S/CONTRASTE	86,75
05	02.06.01.005	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOCO S/CONTRASTE	86,75
06	02.06.01.006	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA S/CONTRASTE	97,44
07	02.06.01.007	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO S/CONTRASTE	97,44
08	02.06.02.001	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR S/CONTRASTE	86,75

09	02.06.02.002	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES S/CONTRASTE	86,75
10	02.06.02.003	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX S/CONTRASTE	136,41
11	02.06.03.001	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	138,63
12	02.06.03.002	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	86,75
13	02.06.03.003	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE PÉLVIS / BACIA	138,63
14	02.06.03.004	TOMOGRÁFIA DA BACIA COM CONTRASTE	188,63
15	02.06.03.005	ANGIOTOMOGRAFIA (CRÂNIO, PESCOÇO, TORAX, ABDOMEN SUPERIOR, PÉLVIS)	400,00
16	02.06.03.006	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORÁCICA	400,00
17	02.06.03.007	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL	400,00
18	02.06.03.008	ENDOSCOPIA VIRTUAL POR TC - ACRESCENTAR AO EXAME DE BASE	85,00
19	02.06.03.009	TOMOGRÁFIA DE ABDOMEN TOTAL COM CONTRASTE	327,26
20	02.06.03.010	TOMOGRÁFIA DE ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE	188,63
21	02.06.03.011	TOMOGRÁFIA DE ARTICULAÇÕES COM CONTRASTE	188,63
22	02.06.03.012	TOMOGRÁFIA DE COLUNA CERVICAL COM CONTRASTE	188,63
23	02.06.03.013	TOMOGRÁFIA DE COLUNA TORÁCICA COM CONTRASTE	188,63
24	02.06.03.014	TOMOGRÁFIA DE COLUNA - SEGMENTO ADICIONAL	65,00
25	02.06.03.015	TOMOGRÁFIA DE COLUNA TORÁCICA COM CONTRASTE	188,63
26	02.06.03.016	TOMOGRÁFIA DO CRÂNIO COM CONTRASTE	136,75
27	02.06.03.017	TOMOGRÁFIA DE FARINGE SEM CONTRASTE	109,40
28	02.06.03.018	TOMOGRÁFIA DE FARINGE COM CONTRASTE	136,75
29	02.06.03.019	TOMOGRÁFIA DE LARINGE SEM CONTRASTE	109,40
30	02.06.03.020	TOMOGRÁFIA DE LARINGE COM CONTRASTE	136,75
31	02.06.03.021	TOMOGRÁFIA DE MASTÓIDES SEM CONTRASTE	109,40
32	02.06.03.022	TOMOGRÁFIA DE MASTÓIDES COM CONTRASTE	136,75
33	02.06.03.023	TOMOGRÁFIA DE ÓRBITA SEM CONTRASTE	109,40
34	02.06.03.024	TOMOGRÁFIA DE ÓRBITA COM CONTRASTE	136,75
35	02.06.03.025	TOMOGRÁFIA DE PESCOÇO COM CONTRASTE	188,63
36	02.06.03.026	TOMOGRÁFIA DE SEGUIMENTOS APENDICULARES COM CONTRASTE	188,63
37	02.06.03.027	TOMOGRÁFIA DE SEIOS DA FACE COM CONTRASTE	136,75
38	02.06.03.028	TOMOGRÁFIA DE SELA TURCA COM CONTRASTE	136,75
39	02.06.03.029	TOMOGRÁFIA DE TORAX COM CONTRASTE	186,41
40	02.06.03.030	TOMOGRÁFIA TEMPORO MANDIBULARES COM CONTRASTE	188,63
41	02.06.03.031	TOMOGRÁFIA DE ARTICULAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR COM CONTRASTE	188,63
42	02.06.03.032	SEDAÇÃO PARA TOMOGRAFIA/ULTRA-SONOGRÁFIA	280,00
ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR CISOP
		EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (LOTE 07)	
01	02.07.01.001	ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL	268,75
02	02.07.03.005	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA SEM CONTRASTE	400,00

03	02.07.03.006	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COM CONTRASTE	450,00
04	02.07.03.007	SEDAÇÃO RESSONÂNCIA	170,00
05	02.07.03.008	COLANGIOGRAFIA COM CONTRASTE	590,00
ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR CISOP
		EXAMES DE MEDICINA NUCLEAR (LOTE 08)	
01	02.08.01.001	CINTILOGRAFIA DE CORAÇÃO COM GALIO 67	457,55
02	02.08.01.002	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECOES)	408,52
03	02.08.01.003	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECOES)	383,07
04	02.08.01.004	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ LOCALIZACAO DE NECROSE (MINIMO 3 PROJECOES)	166,47
05	02.08.01.005	CINTILOGRAFIA PARA AVALIAÇÃO DE FLUXO SANGUINEO DE EXTREMIDADES	114,02
06	02.08.01.006	CINTILOGRAFIA PARA QUANTIFICAÇÃO DE SHUNT EXTRACARDÍACO	142,57
07	02.08.01.007	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE ESFORCO	214,85
08	02.08.01.008	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)	176,72
09	02.08.01.009	DETERMINACAO DE FLUXO SANGUINEO REGIONAL	123,93
10	02.08.02.001	CINTILOGRAFIA DO FIGADO E DO BAÇO MÍNIMO 5 IMAGENS	133,26
11	02.08.02.002	CINTILOGRAFIA DO FIGADO E VIAS BILIARES	187,93
12	02.08.02.003	CINTILOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES COM OU SEM ESTIMULO	87,89
13	02.08.02.005	CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRANSITO ESOFÁGICO (LIQUIDO)	135,38
14	02.08.02.006	CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRANSITO ESOFÁGICO (SEMI-SOLIDO)	135,38
15	02.08.02.007	CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRANSITO GASTRICO	144,22
16	02.08.02.008	CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL	114,86
17	02.08.02.009	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA	157,23
18	02.08.02.010	CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NÃO ATIVA	310,82
19	02.08.02.011	CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO	135,38
20	02.08.02.012	IMUNO-CINTILOGRAFIA (ANTICORPO MONOCLONAL)	1.103,26
21	02.08.03.001	CINTILOGRAFIA PARA PARATIROIDES	324,54
22	02.08.03.002	CINTILOGRAFIA DA TIREOIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO	77,28
23	02.08.03.003	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ TESTE DE SUPRESSAO / ESTIMULO	107,30
24	02.08.03.004	CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DO CORPO INTEIRO	338,70
25	02.08.03.005	TESTE DO PERCLORATO C/ RADIOISOTOPO	107,40
26	02.08.04.002	CINTILOGRAFIA DE RIM COM GALIO 67	457,55

27	02.08.04.003	CINTILOGRAFIA DE TESTICULO E BOLSA ESCROTAL	108,94
28	02.08.04.005	CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	133,03
29	02.08.04.006	CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	122,97
30	02.08.04.007	CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	144,50
31	02.08.04.008	DETERMINAÇÃO DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR	63,22
32	02.08.04.009	DETERMINAÇÃO DO FLUXO PLASMÁTICO RENAL	63,22
33	02.08.04.010	ESTUDO RENAL DINAMICO COM OU SEM DIURETICO	165,24
34	02.08.05.001	CINTILOGRAFIA DAS ARTICULAÇÕES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO	180,32
35	02.08.05.003	CINTILOGRAFIA ÓSSEA COM OU SEM FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)	190,90
36	02.08.05.004	CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO COM GALIO 67	457,55
37	02.08.06.001	CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL C/ TALIO (SPCTO)	438,01
38	02.08.06.002	CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIAÇÃO DO TRANSITO LIQUORICO)	205,34
39	02.08.06.003	ESTUDO DE FLUXO SANGUÍNEO CEREBRAL	119,16
40	02.08.07.001	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO COM GALIO 67	457,55
41	02.08.07.002	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO P/ PESQUISA DE ASPIRAÇÃO	127,51
42	02.08.07.003	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR INALACÃO (MÍNIMO 2 PROJECÇÕES)	128,12
43	02.08.07.004	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR PERFUSÃO (MÍNIMO 4 PROJECÇÕES)	130,50
44	02.08.08.001	CINTILOGRAFIA SISTEMA RETÍCULO ENDOTELIAL (MEDULA OSSEA)	112,61
45	02.08.08.002	DEMONSTRAÇÃO DE SEQUESTRO DE HEMACIAS PELO BACO (C/ RADIOISÓTOPOS)	97,37
46	02.08.08.003	DETERMINAÇÃO DE SOBREVIVÊNCIA DE HEMACIAS C/ RADIOISÓTOPOS	54,36
47	02.08.08.004	LINFOCINTILOGRAFIA	141,33
48	02.08.09.001	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS	906,80
49	02.08.09.002	CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)	66,23
50	02.08.09.003	CINTILOGRAFIA DA MAMA (BILATERAL)	289,43
ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR CISOP
		EXAMES DE HEMODINÂMICA (LOTE 09)	
01	02.10.01.004	AORTOGRAFIA ABDOMINAL	800,00
02	02.10.01.005	AORTOGRAFIA TORÁCICA	170,44
03	02.10.01.006	ARTERIOGRAFIA CERVICO-TORÁCICA	201,01
04	02.10.01.007	ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO	179,46
05	02.10.01.008	ARTERIOGRAFIA DIGITAL (POR VIA VENOSA)	200,01
06	02.10.01.009	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGAÇÃO DE DOENÇA ARTERIOSCLERÓTICA AORTO-ILIACA E DISTAL	504,33
07	02.10.01.010	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGAÇÃO DE HEMORRAGIA CEREBRAL	800,00

08	02.10.01.011	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE ISQUEMIA CEREBRAL	800,00
09	02.10.01.012	ARTERIOGRAFIA PELVICA	170,44
10	02.10.01.013	ARTERIOGRAFIA SELETIVA DE CAROTIDA	190,31
11	02.10.01.014	ARTERIOGRAFIA SELETIVA POR CATETER (POR VASO)	201,51
12	02.10.01.015	ARTERIOGRAFIA SELETIVA VERTEBRAL	201,01
13	02.10.01.021	ARTERIOGRAFIA PULMONAR	800,00
14	02.10.01.022	ARTERIOGRAFIA PERIFÉRICA (MEMBRO INFERIOR UNILATERAL OU BILATERAL)	800,00
15	02.10.01.023	ARTERIOGRAFIA PERIFÉRICA (MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL OU BILATERAL)	800,00
16	02.10.01.024	ARTERIOGRAFIA DE CARÓTIDAS	1.000,00
17	02.10.01.025	ARTERIOGRAFIA RENAL	800,00
18	02.10.01.026	ARTERIOGRAFIA SELETIVA MESENTÉRICA	800,00
19	02.10.02.001	COLANGIOGRAFIA TRANSCUTANEA	45,34
ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR CISOP
		EXAMES CARDIOLÓGICOS (LOTE 10)	
01	02.11.02.001	CATETERISMO CARDÍACO	1.000,00
02	02.11.02.002	CATETERISMO CARDIACO EM PEDIATRIA	653,72
03	02.11.02.003	ELETROCARDIOGRAMA	30,00
04	02.11.02.004	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 h (3 CANAIS)	80,00
05	02.11.02.006	TESTE DE ESFORÇO/TESTE ERGOMÉTRICO	60,00
06	02.11.02.007	M.A.P.A. (MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL)	80,00
07	02.11.02.008	ECOCARDIOGRAMA FETAL	200,00
ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR CISOP
		EXAMES NEUROLÓGICOS (LOTE 11)	
01	02.11.05.016	ELETRONEUROMIOGRAFIA MEMBROS INFERIORES	200,00
02	02.11.05.017	ELETRONEUROMIOGRAFIA MEMBROS SUPERIORES	200,00
03	02.11.05.018	ELETROENCEFALOGRAMA SEM SEDAÇÃO	30,00
04	02.11.05.019	ELETROENCEFALOGRAMA COM SEDAÇÃO	110,00
ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR CISOP
		EXAMES OFTALMOLÓGICOS (LOTE 12)	
01	02.11.06.001	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	24,24
02	02.11.06.002	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	12,34
03	02.11.06.003	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO	40,00
04	02.11.06.005	CERATOMETRIA	3,37
05	02.11.06.006	CURVA DIARIA DE PRESSAO OCULAR CDPO (MINIMO 3 MEDIDAS)	10,11
06	02.11.06.007	ELETRO-OCULOGRAFIA	24,24
07	02.11.06.008	ELETRORETINOGRAMA	24,24
08	02.11.06.010	FUNDOSCOPIA	7,00
09	02.11.06.011	GONIOSCOPIA	30,00

10	02.11.06.012	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO	24,24
11	02.11.06.013	MEDIDA DE OFUSCAMENTO E CONTRASTE	3,37
12	02.11.06.014	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA	75,00
13	02.11.06.015	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	3,37
14	02.11.06.016	POTENCIAL VISUAL EVOCADO	24,24
15	02.11.06.017	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	62,50
16	02.11.06.018	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	110,00
17	02.11.06.020	TESTE DE PROVOCAÇÃO DE GLAUCOMA	6,74
18	02.11.06.021	TESTE DE SCHIRMER	3,37
19	02.11.06.022	TESTE DE VISÃO DE CORES	3,37
20	02.11.06.023	TESTE ORTOPTICO	20,00
21	02.11.06.024	TESTE P/ ADAPTAÇÃO DE LENTE DE CONTATO	12,34
22	02.11.06.025	TONOMETRIA	6,25
23	02.11.06.026	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CORNEA	24,24
24	02.11.06.028	ANGIOGRAFIA FLUORESCÉINICA DIGITAL	150,00
25	02.11.06.029	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (BINOCULAR)	80,00
26	02.11.06.030	AVALIAÇÃO DAS VIAS LACRIMAIS (MONOCULAR)	20,00
27	02.11.06.031	AVALIAÇÃO DAS VIAS LACRIMAIS (BINOCULAR)	25,00
28	02.11.06.032	CAMPO VISUAL COMPUTADORIZADO	120,00
29	02.11.06.033	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO (MONOCULAR)	20,00
30	02.11.06.034	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO (BINOCULAR)	25,00
31	02.11.06.035	CAPSULOTOMIA - YAG LASER	170,00
32	02.11.06.036	CAMPIMETRIA (MONOCULAR)	63,00
33	02.11.06.037	CAMPIMETRIA (BINOCULAR)	150,00
34	02.11.06.038	CERATOSCOPIA BINOCULAR	105,00
35	02.11.06.040	CURVA TENSIONAL DIÁRIA	80,00
36	02.11.06.041	EPILAÇÃO DE CÍLIOS COM WEUTRONIC (POR SESSÃO)	80,00
37	02.11.06.042	ESTERIO FOTO DE PÁPILA	120,00
38	02.11.06.043	FOTOCOAGULAÇÃO À LASER (SESSÃO)	120,00
39	02.11.06.044	FOTO DIGITAL	120,00
40	02.11.06.045	FUNDO DE OLHO	80,00
41	02.11.06.046	INDOCIANINA VERDE DIGITAL+ANGIO	500,00
42	02.11.06.047	INDOCIANINA VERDE DIGITAL	450,00
43	02.11.06.048	MAPEAMENTO DA RETINA (MONOCULAR)	53,00
44	02.11.06.049	MAPEAMENTO DA RETINA (BINOCULAR)	80,00
45	02.11.06.050	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA (BINOCULAR)	200,00
46	02.11.06.051	PANFOTOCOAGULAÇÃO	250,00
47	02.11.06.052	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA	100,00
48	02.11.06.053	PAQUIMETRIA (MONOCULAR)	42,00
49	02.11.06.054	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA	100,00
50	02.11.06.055	PERIMETRIA DE FREQUÊNCIA DUPLA (FDT)	120,00
51	02.11.06.056	PRONO POSITION TESTE	50,00
52	02.11.06.057	RETINOGRAFIA DA PÁPILA (MONOCULAR)	62,50
53	02.11.06.058	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE (BINOCULAR)	110,00
54	02.11.06.059	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO (MONOCULAR)	20,00
55	02.11.06.060	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO (BINOCULAR)	40,00

56	02.11.06.061	TESTE DE LENTE	60,00
57	02.11.06.062	TESTE DE SENSIBILIDADE AO CONTRASTE (MONOCULAR)	10,00
58	02.11.06.063	TESTE DE SENSIBILIDADE AO CONTRASTE (BINOCULAR)	20,00
59	02.11.06.064	TESTE DE SOBRECARGO HIDRICA (TSH)	60,00
60	02.11.06.065	TOMOGRAFIA DE COERENCIA ÓPTICA (OCT)	330,00
61	02.11.06.066	TONOMETRIA (BINOCULAR)	6,25
62	02.11.06.067	TOPOGRAFIA CORNEANA (CERATOSCOPIA)	105,00
63	02.11.06.068	ULTRASSONOGRRAFIA (MONOCULAR)	90,00
64	02.11.06.069	ULTRASSONOGRRAFIA (BINOCULAR)	120,00
65	02.11.06.070	VISÃO SUBNORMAL	105,00
66	04.05.01.005	EPILACAO A LASER	45,00
67	04.05.01.006	EPILACAO DE CILIOS	22,93
68	04.05.03.004	FOTOCOAGULACAO A LASER	45,00
69	04.05.05.025	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CORNEA	25,00
70	07.01.04.005	ÓCULOS C/ LENTES CORRETIVAS IGUAIS / MAIORES QUE 0,5 DIOPTRIAS C/ARMAÇÃO	50,00
71	07.01.04.006	PROTESE OCULAR	765,00
72	07.01.04.015	OCULOS COM CORRETIVAS ALTO INDICE COM CILINDRO ACIMA DE 2,00GRAUS E NO ESFERICO ACIMA DE 5,50 GRAUS CR VS COM ARMAÇÃO	70,00
73	07.01.04.021	OCULOS COM LENTES CORRETIVAS BIFOCAIS E MULTIFOCAIS CR INCOLOR COM ARMAÇÃO	125,00
74	07.01.04.022	LENTE ESCLERAL COSMÉTICA	865,00
ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR CISOP
		EXAMES DE OTORRINOLARINGOLOGIA (LOTE 13)	
01	02.11.07.001	ANALISE ACUSTICA DA VOZ POR MEIO DE LABORATORIO DE VOZ	4,11
02	02.11.07.002	AUDIOMETRIA DE REFORCO VISUAL (VIA AEREA / OSSEA)	21,00
03	02.11.07.003	AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	20,13
04	02.11.07.004	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)	21,00
05	02.11.07.005	AVALIACAO AUDITIVA COMPORTAMENTAL	18,00
06	02.11.07.006	AVALIACAO DE LINGUAGEM ESCRITA / LEITURA	4,11
07	02.11.07.007	AVALIACAO DE LINGUAGEM ORAL	4,11
08	02.11.07.008	AVALIACAO MIOFUNCIONAL DE SISTEMA ESTOMATOGNATICO	4,11
09	02.11.07.009	AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DE DEFICIENCIA AUDITIVA	24,75
10	02.11.07.010	AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE DEFICIENCIA AUDITIVA	46,56
11	02.11.07.011	AVALIACAO VOCAL	4,11
12	02.11.07.012	ELETROCOCLEOGRAFIA	4,25
13	02.11.07.013	ELETROGUSTOMETRIA	1,37
14	02.11.07.014	EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS P/ TRIAGEM AUDITIVA	13,51
15	02.11.07.015	ESTUDO DE EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANSITORIAS E PRODUTOS DE DISTORCAO (EOA)	46,88
16	02.11.07.017	EXAME DE ORGANIZACAO PERCEPTIVA	4,11
17	02.11.07.018	EXAME NEUROPSICOMOTOR EVOLUTIVO	4,11

18	02.11.07.019	GUSTOMETRIA	1,92
19	02.11.07.020	IMITANCIOMETRIA	23,00
20	02.11.07.021	LOGOAUDIOMETRIA (LDV-IRF-LRF)	26,25
21	02.11.07.022	OLFATOMETRIA	1,37
22	02.11.07.023	PESQUISA DE FISTULA PERILINFATICA	4,80
23	02.11.07.037	AUDIOMETRIA TONAL	70,00
24	02.11.07.038	CAUTERIZAÇÃO DE EPISTAXE	50,00
25	02.11.07.039	IMPEDANCIOMETRIA	70,00
26	02.11.07.040	VIDEONASSOLARINGOSCOPIA	120,00
27	04.04.01.007	DRENAGEM DE FURUNCULO NO CONDUTO AUDITIVO EXTERNO	14,66
28	04.04.01.027	REMOCAO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNI / BILATERAL	25,00
29	04.04.01.030	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CAVIDADE AUDITIVA E NASAL	120,00
ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR CISOP
		OUTROS PROCEDIMENTOS/MATERIAIS E EXAMES (LOTE 14)	
01	02.09.01.001	COLANGIOPANCREATOGRRAFIA RETROGRADA (VIA ENDOSCOPICA)	90,68
02	02.09.01.002	COLONOSCOPIA COM BIÓPSIA+SEDAÇÃO	160,00
03	02.09.01.003	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA+SEDAÇÃO+PESQUISA HP	92,03
04	02.09.01.004	LAPAROSCOPIA	40,37
05	02.09.01.005	RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXIVEL	35,00
06	02.09.01.006	VIDEOLAPAROSCOPIA	95,00
07	02.09.02.001	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA	150,00
08	02.09.03.001	HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA	76,50
09	02.09.04.001	BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA)	500,00
10	02.09.04.002	LARINGOSCOPIA	47,14
11	02.09.04.004	VIDEOLARINGOSCOPIA	120,00
12	02.11.04.002	COLPOSCOPIA	25,00
13	02.11.04.004	HISTEROSCOPIA (DIAGNOSTICA)	25,00
14	02.11.08.005	PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA C/ BRONCODILATADOR	75,00
15	03.02.05.002	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	4,67
16	03.02.06.003	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	7,00
17	03.03.07.001	DILATAÇAO DE ESOFAGO C/ OGIVAS SOB VISAO ENDOSCOPICA	350,00
18	03.03.07.004	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESÔFAGO	235,00
19	03.03.07.005	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESTOMAGO / DUODENO	61,42
20	03.03.08.001	CAUTERIZAÇÃO QUIMICA DE PEQUENAS LESÕES	25,00

21	03.03.09.003	INFILTRACAO DE SUBSTANCIAS EM CAVIDADE SINOVIAL (ARTICULACAO, BAINHA TENDINOSA)	25,00
22	03.03.09.007	REVISAO C/ TROCA DE APARELHO GESSADO EM MEMBRO INFERIOR	25,31
23	03.03.09.009	REVISAO C/ TROCA DE APARELHO GESSADO EM MEMBRO SUPERIOR	22,21
24	03.09.01.010	PASSAGEM DE SONDA NASO ENTERICA (INCLUI MATERIAL)	135,00
25	03.09.03.004	CRIOCAUTERIZAÇÃO/ELETROCOAGULAÇÃO DE COLO UTERINO	25,00
26	03.09.03.010	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (ONDA DE CHOQUE - TRATAMENTO SUBSEQUENTE EM 1 REGIAO RENAL)	172,00
27	03.09.03.011	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (ONDA DE CHOQUE - TRATAMENTO SUBSEQUENTE EM 2 REGIOES RENAI)	150,50
28	03.09.03.012	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (ONDA DE CHOQUE PARCIAL / COMPLETA EM 1 REGIAO RENAL)	172,00
29	03.09.03.013	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (ONDA DE CHOQUE PARCIAL / COMPLETA EM 2 REGIOES RENAI)	150,50
30	03.09.03.014	LITOTRIPSIA EXTRA CORPOREA POR ONDAS DE CHOQUE	800,00
31	04.01.01.004	ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÃO CUTANEA	25,00
32	04.01.01.005	EXCISÃO DE LESÃO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE E MUCOSA	25,00
33	04.01.01.007	EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA	25,00
34	04.01.01.009	FULGURACAO / CAUTERIZACAO QUIMICA DE LESOES CUTANEAS	25,00
35	04.01.01.010	INCISÃO E DRENAGEM DE ABCESSO	25,00
36	04.01.01.011	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTANEO	25,00
37	04.04.02.005	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS	14,07
38	04.06.02.013	EXCISÃO E SUTURA DE HEMANGIOMA	25,00
39	04.06.02.014	EXCISAÕ E SUTURA DE LINFOAGIOMA/NEVUS	25,00
40	04.07.01.025	RETIRADA DE POLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA	29,84
41	04.07.02.031	LIGADURA ELASTICA DE HEMORROIDAS (SESSAO)	125,00
42	04.07.02.039	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO / POLIPOS DO RETO / COLO SIGMOIDE	13,63
43	04.08.06.035	RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-OSSEO	28,42
44	04.09.06.008	EXERESE DA ZONA DE TRANSFORMACAO DO COLO UTERINO	25,00
45	04.09.07.016	EXTIRPACAO DE LESAO DE VULVA / PERINEO (POR ELETROCOAGULACAO OU FULGURACAO)	25,00
46	04.15.04.004	DEBRIDAMENTO DE ULCERA/NECROSE	25,00
47	07.01.05.001	BOLSA DE COLOSTOMIA FECHADA C/ ADESIVO MICROPOROSO	7,30
48	07.01.05.002	BOLSA DE COLOSTOMIA COM ADESIVO MICROPORO DRENAVEL	9,00
49	07.01.05.004	CONJUNTO DE PLACA E BOLSA PARA OSTOMA INTESTINAL	18,00
50	07.01.06.001	BARREIRAS PROTETORAS DE PELE SINTETICA E/OU MISTA EM FORMA DE PO / PASTA E/OU PLACA	17,50
51	07.01.06.002	BOLSA COLETORA PARA UROSTOMIZADOS	12,00

52	07.01.06.003	COLETOR URINARIO DE PERNA OU DE CAMA	7,02
53	07.01.06.004	CONJUNTO DE PLACA E BOLSA P/ UROSTOMIZADOS	20,00
54	07.01.10.011	ABSORÇÃO DA VITAMINA B 12 TESTE DE SCHILLING COM RADIOIS	580,62
55	07.01.10.012	BOTA DE UNNA	50,00
56	07.01.10.013	CONSULTA MÉDICA EM BUCO MAXILO	33,00
57	07.01.10.014	CONSULTA FONOAUDIOLOGIA	33,00
58	07.01.10.015	CONSULTA MÉDICA EM GINECOLOGIA E OBSTETRICIA	33,00
59	07.01.10.016	CONSULTA MÉDICA EM CARDIOLOGIA	33,00
60	07.01.10.017	CONSULTA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL	33,00
61	07.01.10.018	CONSULTA MÉDICA EM CIRURGIA PEDIÁTRICA	50,00
62	07.01.10.019	CONSULTA MÉDICA EM CIRURGIA PLASTICA	33,00
63	07.01.10.020	CONSULTA MÉDICA EM CIRURGIA TORÁCICA	33,00
64	07.01.10.021	CONSULTA MÉDICA EM CIRURGIA VASCULAR E LINFÁTICA	50,00
65	07.01.10.022	CONSULTA MÉDICA EM DERMATOLOGIA	33,00
66	07.01.10.023	CONSULTA MÉDICA EM ENDOCRINOLOGIA	50,00
67	07.01.10.024	CONSULTA MÉDICA EM GASTROENTEROLOGIA	33,00
68	07.01.10.025	CONSULTA MÉDICA EM INFECTOLOGIA	50,00
69	07.01.10.026	CONSULTA MÉDICA EM NEFROLOGIA	33,00
70	07.01.10.027	CONSULTA MÉDICA EM NEUROLOGIA	33,00
71	07.01.10.028	CONSULTA MÉDICA EM OFTALMOLOGIA	33,00
72	07.01.10.029	CONSULTA MÉDICA EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	33,00
73	07.01.10.030	CONSULTA MÉDICA EM OTORRINOLARINGOLOGIA	33,00
74	07.01.10.031	CONSULTA MÉDICA EM PNEUMOLOGIA	33,00
75	07.01.10.032	CONSULTA MÉDICA EM PROCTOLOGIA	33,00
76	07.01.10.033	CONSULTA MÉDICA EM PSIQUIATRIA	50,00
77	07.01.10.034	CONSULTA MÉDICA EM REUMATOLOGIA	50,00
78	07.01.10.035	CONSULTA MÉDICA EM UROLOGIA	33,00
79	07.01.10.036	CONSULTA EM PEDIATRIA/NEFROPEDIATRIA/UROPEDIATRIA/ORTOPEDIATRIA	50,00
80	07.01.10.036	COLONOSCOPIA COM AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA E ANALGESIA	350,00
81	07.01.10.037	COLONOSCOPIA COM POLIPECTOMIA SIMPLES+SEDAÇÃO	160,00
82	07.01.10.038	COLONOSCOPIA COM POLIPECTOMIA COMPLEXA	160,00
83	07.01.10.039	CROMOSCOPIA	150,00
84	07.01.10.040	ELETRO MANOMETRIA ESOFAGIANA	200,00
85	07.01.10.041	ELETRO MANOMETRIA ANORETAL	200,00
87	07.01.10.043	ENDOSCOPIA PARA CONTROLE DE HEMORAGIA DIGESTIVA	150,00
88	07.01.10.044	ENDOSCOPIA COM AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA E ANALGESIA	230,00
89	07.01.10.045	ESCLEROSE DE VARIZES DE ESOFAGO	660,00
90	07.01.10.046	ESPIROMETRIA/PROVA VENTILATÓRIA	50,00
91	07.01.10.047	ESTUDO URODINÂMICO	350,00
92	07.01.10.048	HEMOSTASIA DE COLON COM HEMOCLIP	365,00
93	07.01.10.049	HIDROTERAPIA	15,00
94	07.01.10.050	ISSO-STRETCHING - ALONGAMENTO GLOBAL ATIVO	12,50

95	07.01.10.051	LIGADURA DE VARIZES DE ESOFAGO	335,00
96	07.01.10.052	MANOMETRIA	300,00
97	07.01.10.053	MUCOSECTOMIA	330,00
98	07.01.10.054	OXIMETRIA	8,00
99	07.01.10.055	PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA (PAAF)	250,00
100	07.01.10.056	PESQUISA DE BACTÉRIAS	21,60
101	07.01.10.057	PH METRIA DE 24 h	340,00
102	07.01.10.058	PNEUMOARTOGRAFIA	150,00
103	07.01.10.059	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	25,00
104	07.01.10.060	PROCEDIMENTO LAUDO DE ELETROCARDIOGRAMA PROCEDIMENTOS SME - LME	7,55
105	07.01.10.061	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE MUCOSA	390,00
106	07.01.10.062	REABILITAÇÃO PULMONAR	40,00
107	07.01.10.063	REABILITAÇÃO C/ APARELHO BIPAP	40,00
108	07.01.10.064	RECONSTRUÇÃO TRIDIMENSIONAL – ACRESCENTAR AO EXAME DE BASE	30,00
109	07.01.10.065	RPG – REEDUCAÇÃO POSTURAL GLOBAL	30,00
110	07.01.10.066	RETOSSIGMOIDOSCOPIA COM POLIPECTOMIA SIMPLES	65,00
111	07.01.10.067	RETOSSIGMOIDOSCOPIA COM POLIPECTOMIA COMPLEXA	135,00
112	07.01.10.068	SUBMUCOSECTOMIA	800,00
113	07.01.10.069	TESTE ALÉRGICO CUTÂNEO/FUNGO/POEIRA/POLENS	60,00
114	07.01.10.070	TESTE CARDIO PULMONAR 1º ESTAGIO	45,00
115	07.01.10.071	TILT TEST	250,00
116	07.01.10.072	TRATAMENTO CLINICO IMUNOTERAPIA (SÉRIE DE 10 DOSES)	370,80
117	07.01.10.073	URETOCISTOSCOPIA	250,00
118	07.01.10.074	MANIPULAÇÃO E GESSO PARA TRATAMENTO DE PÉ TORTO CONGÊNITO (CADA)	50,00
119	07.01.10.075	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE MÉDIA E BAIXA COMPLEXIDADE	200,00
120	07.01.10.076	ASSISTÊNCIA PRÉ NATAL E GESTAÇÃO DE ALTO RISCO (MÃE PARANAENSE)	52,63
121	07.01.10.077	PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA C/BRONCODILATADOR (ESPIROMETRIA)	75,00
122	07.01.10.078	CONSULTA MÉDICA EM UROGINECO	33,00
123	07.01.10.079	PROCEDIMENTO DE ANESTESIOLOGIA	80,00
124	07.01.10.080	CONSULTA MÉDICA AVALIAÇÃO INTERDITANDO	33,00
125	04.09.06.009	EXERESE DO POLIDO DO ÚTERO	25,00
126	04.04.01.031	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO/FARINGE/LARINGE/NARIZ	25,00
127	04.01.01.001	CURATIVO GRAU II COM OU SEM DEBRIDAMENTO	25,00
128	04.13.01.005	CURATIVO EM PEQUENO QUEIMADO	25,00
129	04.01.13.004	CURATIVO EM MÉDIO QUEIMADO	25,00
130	04.13.01.003	CURATIVO EM GRANDE QUEIMADO	25,00
131	04.04.01.015	INFILTRAÇÃO MEDICAMENTOSA EM CORNETO INFERIOR	25,00
132	07.01.10.081	CONSULTA MÉDICA EM NEUROPEDIATRIA	70,00
133	07.01.10.082	CONSULTA MÉDICA EM HANSENOLOGIA/TALIDOMIDA	50,00

134	07.01.10.083	CONSULTA MÉDICA LME	33,00
135	07.01.10.084	CONSULTA RETORNO PARA APRESENTAÇÃO DE EXAMES	10,00
ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR CISOP
		PRÓTESES (LOTE 15)	
01	07.01.01.001	ANDADOR FIXO / ARTICULADO EM ALUMINIO C/ QUATRO PONTEIRAS	130,00
02	07.01.01.002	CADEIRA DE RODAS ADULTO / INFANTIL (TIPO PADRAO)	571,90
03	07.01.01.003	CADEIRA DE RODAS P/ BANHO C/ ASSENTO SANITARIO	230,00
04	07.01.01.004	CADEIRA DE RODAS P/ TETRAPLEGICO - TIPO PADRAO	1.170,00
05	07.01.01.005	CALCADOS ANATOMICOS C/ PALMILHAS P/ PE NEUROPATICOS (PAR)	419,20
06	07.01.01.007	CALCADOS ORTOPEDICOS PRE-FABRICADOS C/ PALMILHAS ATE NUMERO 45 (PAR)	99,75
07	07.01.01.008	CALÇADOS SOB MEDIDA P/ COMPENSAÇÃO DE DISCREPÂNCIA DE MEMBROS INFERIORES A PARTIR DO NUMERO 34	299,00
08	07.01.01.009	CALCADOS SOB MEDIDA P/ COMPENSAÇÃO DE ENCURTAMENTO ATE NUMERO 33 (PAR)	239,40
09	07.01.01.011	BENGALA CANADENSE REGULAVEL EM ALTURA (PAR)	79,95
10	07.01.01.012	MULETA AXILAR REGULAVEL DE MADEIRA (PAR)	53,20
11	07.01.01.013	MULETA AXILAR TUBULAR EM ALUMINIO REGULAVEL NA ALTURA (PAR)	79,95
12	07.01.01.016	PALMILHAS P/ SUSTENTACAO DOS ARCOS PLANTARES ATE O NUMERO 33 (PAR)	43,89
13	07.01.01.017	PALMILHAS P/ SUSTENTACAO DOS ARCOS PLANTARES NUMEROS ACIMA DE 34 (PAR)	65,00
14	07.01.02.001	ORTESE / CINTA LSO TIPO PUTTI (BAIXA)	195,00
15	07.01.02.002	ORTESE / CINTA TLSO TIPO PUTTI (ALTO)	159,60
16	07.01.02.003	ORTESE / COLETE CTLSO TIPO MILWAUKEE	910,00
17	07.01.02.004	ORTESE / COLETE TIPO WILLIAMS	319,20
18	07.01.02.005	ORTESE / COLETE TLSO TIPO KNIGHT	260,00
19	07.01.02.006	ORTESE CRUROMALEOLAR INFANTIL EM POLIPROPILENO P/ IMOBILIZACAO DE JOELHO EM EXTENSAO ARTICULADA	209,70
20	07.01.02.007	ORTESE CRUROMALEOLAR P/ LIMITACAO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO	130,00
21	07.01.02.008	ORTESE CRUROPODALICA C/ DISTRATOR P/ GENUVALGO / GENUVARO (INFANTIL E ADOLESCENTE)	250,80
22	07.01.02.009	ORTESE DINAMICA PELVICO-CRURAL TIPO ATLANTA / TORONTO	520,00
23	07.01.02.011	ORTESE ESTATICA IMOBILIZADORA AXILO-PALMAR TIPO AEROPLANO	290,00
24	07.01.02.012	ORTESE GENUPODALICO EM POLIPROPILENO TIPO SARMIENTO	299,00
25	07.01.02.013	ORTESE HCTO TIPO MINERVA IMOBILIZADORA CERVICAL C/ APOIO TORACICO (COLAR).	150,00
26	07.01.02.027	ORTESE TIPO SARMIENTO PARA UMEMO	159,60
27	07.01.02.028	ORTESE TLSO / COLETE TIPO BOSTON	598,50

28	07.01.02.029	ORTESE TLSSO / TIPO COLETE EM METAL TIPO JEWETT	372,40
29	07.01.02.031	ORTESE TLSSO TIPO COLETE / JAQUETA DE RISSER	780,00
30	07.01.02.032	ORTESE TORACICA COLETE DINAMICA DE COMPRESSAO TORACICA	239,40
31	07.01.02.051	PROTESE MAMARIA	159,60
32	07.01.02.057	BENGALA 4 PONTAS	65,00
33	07.01.02.058	BOLSA TÉRMICA GEL	20,00
34	07.01.02.059	CALCANHEIRA SILICONE	50,00
35	07.01.02.060	CALÇADO SOB MEDIDA P/COMPENSAÇÃO DE ENCURTAMENTO ATÉ Nº 33(PAR)	180,00
36	07.01.02.061	CALÇADO SOB MEDIDA P/COMPENSAÇÃO DE ENCURTAMENTO A PARTIR DO Nº 34 (PAR)	180,00
37	07.01.02.062	CALÇADOS ANATOMICOS C/PALMILHAS P/PÉS NEUROPÁTICOS	130,00
38	07.01.02.063	CALÇADOS ORTOPÉDICOS CONFECCIONADOS SOB MEDIDA ATÉ O Nº45(PAR)	130,00
39	07.01.02.064	COLAR CERVICAL DE ESPUMA	24,00
40	07.01.02.065	COLAR TIPO THOMAS	40,00
41	07.01.02.066	COLETE HALOVEST (COLETE CERVICAL)	720,00
42	07.01.02.067	COLCHÃO CAIXA DE OVO FLEX	165,00
43	07.01.02.068	DENNIS BROWN COM BOTAS	144,00
44	07.01.02.069	IMOBILIZADOR	55,00
45	07.01.02.070	JOELHEIRA P/ROTULA	25,00
46	07.01.02.071	OTLS BIVALVADO	480,00
47	07.01.02.072	PALMILHAS DE EVA SOB MEDIDA (PAR)	45,00
48	07.01.02.073	PALMILHAS DE SILICONE	80,00
49	07.01.02.074	PALMILHAS P/PÉS C/DEFORMIDADES CONFECCIONADAS SOB MEDIDA DE GESSO (PAR)	33,00
50	07.01.02.075	TALA P/PÉS ARTICULADA (UNILATERAL)	128,00
51	07.01.02.076	TALA PARA BANHO	35,00
52	07.01.02.077	TALA P/PÉS S/ARTICULAÇÃO (UNILATERAL)	112,00
53	07.01.02.078	TIPÓIA	40,00
54	07.01.02.079	TUTOR	632,00
55	07.01.02.080	BOTA IMOBILIZADORA	13,00
56	07.01.02.081	CADEIRA DE BANHO	33,00
57	07.01.02.082	TUTOR P/ UMIERO	120,00
58	07.01.04.001	BENGALA ARTICULADA	45,00
		RX. REALIZADOS NA SEDE DO CISOP/TABELA SUS (LOTE 16)	
01	02.04.01.004	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+OBLIQUAS)	6,96
02	02.04.01.005	RADIOGRAFIA ARTICULAÇÃO TEMPORO MANDIBULAR	8,38
03	02.04.01.006	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIR)	6,88
04	02.04.01.007	RADIOGRAFIA DE CRANIO AP + PERFIL E OBLIQUA	9,15
05	02.04.01.008	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA+ LATERAL)	7,52
06	02.04.01.010	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS	9,03
07	02.04.01.011	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA+OBLIQUA)	7,20

08	02.04.01.012	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	8,38
09	02.04.01.014	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN +MN + LATERAL + HIRTZ)	7,32
10	02.04.01.015	RADIOGRAFIA SELA TURSICA PA + LATERAL + BRETTON	7,20
11	02.04.01.017	RADIOGRAFIA PANORAMICA	9,03
12	02.04.02.003	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL AP. LATERAL OBLIQUIA	8,33
13	02.04.02.004	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL +TO/FLEXAO)	8,19
14	02.04.02.005	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL/DINÂMICA	10,29
15	02.04.02.006	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO SACRA	10,96
16	02.04.02.007	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO SACRA COM OBLIQUAS	14,90
17	02.04.02.008	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO SACRA FUN/DINAMICA	16,88
18	02.04.02.009	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA	9,16
19	02.04.02.010	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	9,73
20	02.04.02.011	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA	15,58
21	02.04.02.012	RADIOGRAFIA DE SACRO-COCCIX	7,80
22	02.04.03.006	RADIOGRAFIA DE CORAÇÃO E VASOS DA BASE	9,05
23	02.04.03.007	RADIOGRAFIA DE COSTELAS DE HEMITORX	8,37
24	02.04.03.008	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	19,24
25	02.04.03.009	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	7,98
26	02.04.03.012	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDARTICA)	5,56
27	02.04.03.014	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA+LATERAL+OBLIQUA)	12,02
28	02.04.03.015	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	9,50
29	02.04.03.016	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)	6,55
30	02.04.03.017	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	6,88
31	02.04.04.001	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO	6,42
32	02.04.04.002	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR	7,40
33	02.04.04.003	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL	7,40
34	02.04.04.004	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR	7,40
35	02.04.04.005	RADIOGRAFIA DE BRAÇO	7,77
36	02.04.04.006	RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA	7,40
37	02.04.04.007	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	5,90
38	02.04.04.008	RADIOGRAFIA DE DEDOS DE MÃO	5,62
39	02.04.04.009	RADIOGRAFIA DE MÃO	6,30
40	02.04.04.010	RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO (P/DETERMINACAO DA IDADE OSSEA)	6,00
41	02.04.04.011	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSIÇÕES)	7,98
42	02.04.04.012	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP+LATERAL)	6,91
43	02.04.05.011	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP+LATERAL/LOCALIZADA)	10,73
44	02.04.05.012	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	15,30
45	02.04.05.013	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES AP CBO 225320	7,17
46	02.04.05.014	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO	35,22
47	02.04.05.015	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)	47,59
48	02.04.06.003	RADIOGRAFIA DE ESCANOMETRIA	7,77

49	02.04.06.006	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO FEMURAL	7,77
50	02.04.06.007	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO SACRO ILICIA	7,77
51	02.04.06.008	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIO -TA	6,50
52	02.04.06.009	RADIOGRAFIA DE BACIA	7,77
53	02.04.06.010	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	6,50
54	02.04.06.011	RADIOGRAFIA DE COXA	8,94
55	02.04.06.012	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP+LATERAL)	6,78
56	02.04.06.013	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU RÓTULA AP + LAT + AXIAL	7,16
57	02.04.06.014	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA	9,29
58	02.04.06.015	RADIOGRAFIA DE PÉ /DEDOS DO PE	6,78
59	02.04.06.016	RADIOGRAFIA DE PERNA	8,94
60	02.04.06.017	RADIOGRAFIA PANORAMICA DOS MEMBROS INFERIORES	9,29
		ULTRA-SONOGRAFIA NO CISOP COM APARELHO DO CISOP (LOTE 17)	
01	02.05.01.001	ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	100,00
02	02.05.01.003	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	100,00
03	02.05.01.004	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATE 3 VASOS)	90,00
04	02.05.01.005	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER FLUXO OBSTETRICO	160,00
05	02.05.02.003	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VESICULA, VIAS BILIARES)	50,00
06	02.05.02.004	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	90,00
07	02.05.02.005	ULTRA-SONOGRAFIA DO APARELHO URINARIO	50,00
08	02.05.02.006	ULTRA-SONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO	50,00
09	02.05.02.007	ULTRA-SONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	50,00
10	02.05.02.008	ULTRA-SONOGRAFIA DO GLOBO OCULAR OU DE ORBITA	60,00
11	02.05.02.009	ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	45,00
12	02.05.02.010	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	45,00
13	02.05.02.011	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	80,00
14	02.05.02.012	ULTRA-SONOGRAFIA DE TIREOIDE	50,00
15	02.05.02.013	ULTRA-SONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	45,00
16	02.05.02.014	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA	45,00
17	02.05.02.015	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA DOPPLER COLORIDO E PULSADO	160,00
18	02.05.02.016	ULTRA-SONOGRAFIA PELVICA	35,00
19	02.05.02.017	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSFONTANELA	50,00
20	02.05.02.018	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL	45,00
21	02.05.02.020	ULTRA-SONOGRAFIA DE ORGAO E EST. SUPERFICIAL (MAMAS, BIL., TENDÕES, PÊNIS)	45,00
22	02.05.02.021	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE CARÓTIDAS	160,00
23	02.05.02.022	ULTRA-SONOGRAFIA MORFOLÓGICA	150,00
24	02.05.02.023	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER TESTÍCULOS	130,00
25	02.05.02.024	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER BOLSA ESCROTAL	130,00
26	02.05.02.025	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS RENAIIS	130,00
27	02.05.02.026	ULTRA-SONOGRAFIA CRANIANA	45,00
28	02.05.02.027	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN INFERIOR	50,00
29	02.05.02.028	ULTRA-SONOGRAFIA DE MÚSCULOS	45,00
30	02.05.02.029	ULTRA-SONOGRAFIA DE PAROTIDAS OU GLANDULAS SALIVARES	90,00



Rua da Bandeira, 1991 - esquina com Dom Pedro II - Centro
FONE: (0xx45) 3220-4650 - FAX: (0xx45) 3225-3670
CEP 85812-270 - CASCAVEL - PARANÁ
CNPJ 00.944.673/0001-08 - Inscr. Est. - ISENTA

31	02.05.02.038	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER MEMBRO INFERIOR (CADA)	140,00
32	02.05.02.039	ECOESCLEROSE DE VARIZES MEMBROS INFERIORES (CADA)	300,00
33	02.05.02.040	ULTRA-SONOGRAFIA MORFOLÓGICA COM DOPPLER	190,00
34	02.05.02.041	ECOCARDIOGRAMA TORACICO NO CISOP	100,00

**ANEXO VIII DO EDITAL
MINUTA DE CONTRATO**

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2015

CONTRATO ADMINISTRATIVO Nº

O **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ - CISOP**, inscrita no CNPJ sob o nº 00.944.673/0001-08, com sede na Cidade de Cascavel, no Estado do Paraná, neste ato representada por seu Presidente, DARCI TIRELLI, doravante designado **CISOP**, e a empresa, inscrita no CNPJ sob o nº, com sede na cidade de, na Rua, nº, Bairro, neste ato representada por, CPF nº, RG nº, expedida por, doravante designada **CONTRATADA**, têm justo e contratado entre si, em decorrência do Chamamento Público nº 001/2015 e observados os preceitos das Leis Federais nºs 10.520/2002 e 8.666/1993, o presente contrato, que se regerá pelas cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

É objeto do presente contrato o Credenciamento de Profissionais Pessoas Jurídicas, para a prestação de serviços nos consultórios, clínicas particulares ou nos ambulatórios do CISOP, conforme suas necessidades.

§ 1º - Os serviços ora contratados estão referidos a uma base territorial populacional, conforme área de abrangência dos Municípios que compõem o CISOP, ora CONTRATANTE, sendo ofertados com base nas indicações técnicas do planejamento da saúde mediante compatibilização das necessidades da demanda e a disponibilidade de recursos financeiros.

§ 2º - Os serviços serão prestados pelo CONTRATADO nos termos desta cláusula, a pacientes que lhe sejam encaminhados única e exclusivamente pelo CONTRATANTE, data, e hora marcada através de PRÉ-AGENDAMENTO, obedecendo aos critérios, por exemplo: se o profissional da equipe pretende alterar o horário ou o dia de atendimento, deverá a empresa contratada solicitar expressamente com prazo de no mínimo 30(trinta) dias de antecedência para a Secretaria de Administração Geral do Cisop, informando a data de reposição das consultas programadas.

§ 3º - É vedado ao CONTRATADO a realização de atendimento a usuários que não estejam devidamente incluídos no sistema pelo CONTRATANTE.

§ 4º - Todos procedimentos prestados pelo CONTRATADO devem estar registrados no Cadastro de Estabelecimento de Saúde – CNES.

§ 5º - O CONTRATADO deve ter registrado no Cadastro de Estabelecimento de Saúde – CNES todos os profissionais descritos na Cláusula Terceira, Parágrafo Primeiro.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO DO CONTRATO

As condições exigíveis para a execução do presente contrato, são aquelas previstas no Edital do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2015.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO PREÇO E CONDIÇÕES PARA PAGAMENTO

O contratante pagará mensalmente ao CONTRATADO pelos serviços efetivamente prestados, a importância correspondente, de acordo com a Tabela Própria de Valores dos Procedimentos Médicos, Materiais e Exames em vigor, estimados em até R\$(.....), referente aos itens do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2015, conforme abaixo:

CLÁUSULA QUARTA – CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO DO CONTRATO

Os serviços referidos na Cláusula Primeira serão executados pelo CONTRATADO, cuja sede situa-se na Rua ... na cidade de ..., com alvará de funcionamento expedido pela Prefeitura Municipal de ..., sob o nº ..., sob a responsabilidade de ..., registrado no Conselho Regional de Medicina, sob o número Poderá o CONTRATADO, conforme os interesses exclusivamente do CONTRATANTE, prestar serviços nas dependências deste ou na sede/filial do CONTRATADO.

§ 1º - A eventual mudança de endereço do consultório/laboratório/sede do CONTRATADO será por este imediatamente comunicada ao CONTRATANTE, com um prazo mínimo de 30(trinta) dias de antecedência, que analisará a conveniência de manter os serviços ora contratados em outro endereço, podendo o CONTRATANTE rever as condições do contrato e, até mesmo rescindi-lo, se entender conveniente.

§ 2º - A mudança do Responsável Técnico também será comunicada ao CONTRATANTE, no prazo máximo de 10 (dez) dias.

CLÁUSULA QUINTA - DA RELAÇÃO JURÍDICA DO CONTRATADO

A prestação dos serviços ora contratados não implica vínculo empregatício nem exclusividade de colaboração entre o CONTRATANTE e o CONTRATADO.

Os serviços ora contratados serão prestados diretamente por profissionais do estabelecimento do CONTRATADO.

§ 1º - Para os efeitos deste contrato consideram-se profissionais do próprio estabelecimento CONTRATADO:

1 – o membro do seu corpo clínico e de profissionais;

- 2 - o profissional que tenha vínculo de emprego com o CONTRATADO;
- 3 - o profissional autônomo que presta serviços ao CONTRATADO;
- 4 - o profissional que, não estando incluído nas categorias referidas nos itens 1, 2 e 3, é admitido pelo CONTRATADO nas suas instalações para prestar serviço.

§ 2º - Equipara-se ao profissional autônomo definido nos itens 3 e 4 a empresa, o grupo, a sociedade ou conglomerado de profissionais que exerça atividade na área de saúde para o CONTRATADO.

§ 3º - O CONTRATADO não poderá cobrar do paciente, ou seu responsável, qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados nos termos deste contrato.

§ 4º - O CONTRATADO responsabilizar-se-á por qualquer cobrança indevida, feita ao paciente ou seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato.

§ 5º - Sem prejuízo do acompanhamento e da fiscalização exercida pelo CONTRATANTE, bem como da normatividade suplementar exercidos pelo GESTOR/SUS sobre a execução do objeto deste contrato, os contraentes reconhecem a prerrogativa de controle e a autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS, decorrente da Lei Orgânica da Saúde.

§ 6º - É de responsabilidade exclusiva e integral do CONTRATADO a utilização de pessoal para execução do objeto deste contrato, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o CONTRATANTE ou para o Ministério da Saúde.

§ 7º - Na hipótese de atraso superior a noventa (90) dias no pagamento devido pelo CONTRATANTE ao CONTRATADO, fica o mesmo isento da responsabilidade pelo não atendimento de novos pacientes encaminhados, desde que este atraso seja por culpa exclusiva do CONTRATANTE ressalvada as situações de calamidade pública ou grave ameaça da ordem interna ou as situações de urgência e emergência.

CLÁUSULA SEXTA – DA DOCUMENTAÇÃO A SER APRESENTADA

O CONTRATADO deverá apresentar ao CONTRATANTE, por ocasião do credenciamento no Chamamento Público, a sua inscrição no conselho profissional da categoria.

Parágrafo Único: O CONTRATADO se obriga a apresentar ao CONTRATANTE seu Cadastro Municipal e Alvará de Licença e Funcionamento, na Prefeitura Municipal da sede de seu exercício profissional (ISS) e na Previdência Social sendo que no caso do

cadastro municipal ainda não liberado, dar-se-á um prazo de 90(noventa) dias para regularização, sob pena de o CONTRATANTE descontar dos créditos do CONTRATADO o valor das contribuições devidas, para recolhimento compulsório.

CLÁUSULA SÉTIMA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO

O CONTRATADO se obriga a:

I - manter sempre atualizado o prontuário dos pacientes e o arquivo médico;

II - não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;

III - atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação de serviços;

IV - afixar aviso, em local visível, de sua condição de prestador de serviços integrante do SUS, e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;

V - justificar ao contratante e, quando necessário, ao paciente ou o seu responsável, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto no contrato;

VI - manter seu consultório/local de atendimento em perfeito estado de conservação, higiene e funcionamento;

VII - fornecer ao paciente demonstrativo dos valores pagos pelo SUS, pelo seu atendimento, na forma do disposto na Portaria/GM/ MS n. 358/06, se necessário for;

VIII - notificar o CONTRATANTE de eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança em sua diretoria, contrato ou estatuto, enviando ao CONTRATANTE, no prazo de sessenta (60) dias, contados a partir da data do registro da alteração, cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas;

IX - obedecer ao contido na Normativa nº 001/2010 do CISOP referente as normas para bloqueio de consultas médicas ambulatoriais especializadas;

X - o CONTRATADO, caso seja da natureza da sua atividade, compromete-se a realizar as cirurgias eletivas originadas nos atendimentos realizados no CISOP, cirurgias essas a ser realizadas nos hospitais conveniados na Rede SUS na abrangência da 10ª Regional de Saúde.

XII - após o fornecimento de todas as ferramentas necessárias para utilização integral do prontuário eletrônico pelo CONTRATANTE, compromete-se o CONTRATADO a aderir integralmente ao PRONTUÁRIO ELETRÔNICO, conforme regulamenta a Resolução nº 4/2013 de 29 de abril de 2013 do Cisop.

XIII - obedecer as normas que porventura forem regulamentadas pela Diretoria do CISOP e/ou Assembleia Geral, a partir da celebração desse instrumento.

XIV - o CONTRATADO deverá, na consulta ao paciente, emitir a contra-referência para o médico da atenção primária, para que este dê continuidade ao tratamento, quando for o caso.

XV - A contratada deverá obrigatoriamente utilizar em sua totalidade o Sistema Informatizado do CISOP, sob pena de rescisão do contrato.

CLÁUSULA OITAVA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO CONTRATADO

O CONTRATADO é responsável pela indenização de dano causado ao paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a eles vinculados, decorrentes de ato ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência, praticadas por seus empregados, profissionais ou prepostos, ficando assegurado ao CONTRATADO o direito de regresso.

§ 1º - A fiscalização ou o acompanhamento da execução deste contrato pelos órgãos competentes do SUS não exclui nem reduz a responsabilidade do CONTRATADO, nos termos da legislação civil, penal e administrativa.

§ 2º - A responsabilidade de que trata esta Cláusula estende-se aos casos de danos causados por defeitos relativos à prestação dos serviços nos estritos termos do art. 14 da Lei 8.078, de 11.09.90 (Código de Defesa do Consumidor).

CLÁUSULA NONA – DA DURAÇÃO DO CONTRATO

A duração do presente contrato será de a, podendo ser prorrogado mediante termo aditivo, nos termos do artigo 57, II da Lei nº 8.666/93, pelo prazo de até 60 (sessenta) meses.

§ 1º - A parte que não se interessar pela prorrogação contratual, deverá comunicar sua intenção, por escrito, à outra parte com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

§ 2º - Mediante termo aditivo, e de acordo com a capacidade operacional do CONTRATADO e as necessidades do CONTRATANTE, os contraentes poderão fazer acréscimos de até 25% (vinte e cinco por cento), nos valores limites deste contrato, durante o período de sua vigência.

CLÁUSULA DÉCIMA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas dos serviços realizados por força deste Contrato, nos termos e limites do serviço efetivamente prestado pelo CONTRATADO correrão à conta de dotação consignada no orçamento do CONTRATANTE, sob o número:

CATEGORIA	DESCRIÇÃO
3.3.90.39.50.99	DEMAIS DESPESAS COM SERVIÇOS MÉDICOS HOSPITALARES ODONTOLÓGICOS E LABORATORIAIS

§ 1º - O CONTRATANTE, mediante verificação prévia dos serviços efetivamente prestados pelo CONTRATADO, é o responsável pelo pagamento de serviços contratados até o montante previsto na Tabela Própria de Valores dos Procedimentos Médicos, Materiais e Exames em vigor.

§ 2º - Nos exercícios financeiros futuros, as despesas correrão à conta das dotações próprias que forem aprovadas para os mesmos.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA APRESENTAÇÃO DAS CONTAS E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

O preço estipulado neste contrato será pago da seguinte forma, sob pena de atualização monetária:

I - o CONTRATADO apresentará mensalmente relatório ao CONTRATANTE, até o quinto (5º) dia do mês subsequente à prestação dos serviços, as faturas e os documentos referentes aos serviços efetivamente prestados, sendo que todos os serviços realizados nos ambulatorios do CISOP deverão ser entregues diariamente no setor de Controle e Avaliação do CISOP referentes aos serviços efetivamente prestados. Após a validação dos documentos, realizado pelo CONTRATANTE, o CONTRATADO receberá, até o décimo quinto (15º) dia, do mês subsequente os valores dos serviços prestados no mês de competência.

II - as contas rejeitadas pelo serviço de validação serão devolvidas ao CONTRATADO para as correções cabíveis, no prazo de dez (10) dias, e serão reapresentadas até o quinto (5º) dia útil do mês subsequente àquele em que ocorreu a devolução. O documento reapresentado será acompanhado do correspondente documento original devidamente inutilizado por meio de carimbo.

III - ocorrendo erro, falha ou falta de processamento das contas, por culpa do CONTRATANTE, este garantirá ao CONTRATADO o pagamento, no prazo avençado neste contrato, pelos valores do mês imediatamente anterior, acertando-se as diferenças que houver no pagamento seguinte, mas ficando o CONTRATANTE exonerado do pagamento de multas e sanções financeiras obrigando-se, entretanto, a corrigir monetariamente os créditos do CONTRATADO;

IV - as contas rejeitadas quanto ao mérito serão objeto de análise pelo setor Controle e Avaliação do CISOP e órgãos de avaliação e controle do SUS, obedecendo aos critérios legais e de normativas do SUS;

V - para fins de prova da data de apresentação das notas fiscais e observância dos prazos de pagamento será entregue ao CONTRATADO documento atestando o recebimento das mesmas, assinado ou rubricado pelo servidor do CONTRATANTE, com aposição do respectivo carimbo funcional;

VI - o pagamento será realizado através de transferência eletrônica para a conta corrente de titularidade do contratado, no Banco, agência....., conta corrente

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO REAJUSTE DO PREÇO

Os valores estipulados na Cláusula Sétima poderão ser reajustados conforme preços acordados pela Equipe Técnica e aprovado pela Assembleia Geral ou pela Diretoria do CISOP, garantindo sempre o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, nos termos do artigo 26 da Lei nº 8.080/90, e das normas gerais da lei federal de licitações e contratos administrativos.

Parágrafo Único: Os casos em que haja necessidades de reajustes, os mesmos serão elaborados através de termo aditivo, os quais passarão a integrar o presente contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO

A execução do presente contrato será avaliada pelos órgãos competentes do CONTRATANTE, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste contrato, e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.

§ 1º - Sob critérios definidos em normatização complementar, poderá, em casos específicos, ser realizada auditoria especializada.

§ 2º - Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa do CONTRATADO poderá ensejar a não prorrogação deste contrato ou a revisão das condições ora estipuladas.

§ 3º - A fiscalização exercida pelo CONTRATANTE sobre serviços ora contratados não eximirá o CONTRATADO da sua plena responsabilidade perante o CONTRATANTE ou para com os pacientes e terceiros decorrente de culpa ou dolo na execução do contrato.

§ 4º - O CONTRATADO facilitará ao CONTRATANTE o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores do CONTRATANTE designados para tal fim.

§ 5º - Em qualquer hipótese é assegurado ao CONTRATADO amplo direito de defesa, nos termos das normas gerais da lei federal de licitações e contratos administrativos.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS PENALIDADES

Fica o CONTRATADO, sujeito à multa prevista no artigo 87 da Lei 8.666/93, correspondente a 10% (dez por cento) do valor do contrato, por infração de qualquer cláusula ou condição deste contrato, sem prejuízo das demais penalidades previstas na legislação referente a licitações e contratos administrativos, assegurado o direito à defesa.

Parágrafo Único: O valor da multa será descontado dos pagamentos devidos pelo CONTRATANTE ao CONTRATADO.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA RESCISÃO

Constituem motivo para rescisão do presente contrato o não cumprimento de qualquer de suas cláusulas e condições, bem como os motivos

previstos na legislação referente a licitações e contratos administrativos, sem prejuízo das multas cominadas na Cláusula Décima Quarta.

§ 1º - O CONTRATADO reconhece desde já os direitos do CONTRATANTE em caso de rescisão administrativa prevista na legislação referente a licitações e contratos administrativos.

§ 2º - Em caso de rescisão contratual, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, cuja análise e critérios serão definidos pelo CONTRATANTE, será observado o prazo de cento e vinte (120) dias para ocorrer a rescisão. Se neste prazo o CONTRATADO negligenciar a prestação dos serviços ora contratados a multa cabível poderá ser duplicada.

§ 3º - O presente contrato rescinde todos os demais ajustes anteriormente celebrados entre o CONTRATANTE e o CONTRATADO, que tenham como objeto a prestação de serviços de assistência à saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DOS RECURSOS PROCESSUAIS

Dos atos de aplicação de penalidade prevista neste contrato, ou de sua rescisão, praticados pelo CONTRATANTE, cabe recurso no prazo de cinco (5) dias úteis, a contar da intimação do ato.

§ 1º - Da decisão do Presidente do CISOP que rescindir o presente contrato cabe, inicialmente, pedido de reconsideração, no prazo de cinco (5) dias úteis, a contar da intimação do ato.

§ 2º - Sobre o pedido de reconsideração formulado nos termos do § 1º, o Presidente do CISOP deverá manifestar-se no prazo de quinze (15) dias e poderá, ao recebê-lo, atribuir-lhe eficácia suspensiva, desde que o faça motivadamente diante de razões de interesse público.

§ 3º - Negado o pedido de reconsideração, a decisão será final e irrecorrível do Presidente do CISOP.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DAS ALTERAÇÕES

Qualquer das alterações do presente contrato será objeto de Termo Aditivo, na forma da legislação referente a licitações e contratos administrativos.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DA PUBLICAÇÃO

O presente contrato será publicado, por extrato, em Jornal de Circulação na Região, no prazo máximo de trinta (30) dias, contados da data de sua assinatura.



Rua da Bandeira, 1991 - esquina com Dom Pedro II - Centro
FONE: (0xx45) 3220-4850 - FAX: (0xx45) 3225-3670
CEP 85812-270 - CASCAVEL - PARANÁ
CNPJ 00.944.673/0001-08 - Inscr. Est. - ISENTA

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DAS PEÇAS INTEGRANTES DO CONTRATO

Independentemente de transcrição, integram o presente Contrato o Edital de CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2015, bem como a documentação e a proposta comercial da CONTRATADA, no que estas não conflitarem com o Contrato e com o Edital.

CLÁUSULA VIGÉSIMA – DO FORO

As partes elegem o Foro da Comarca de Cascavel (PR), com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir questões oriundas do presente contrato que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem as partes justas e contratadas, firmam o presente contrato em duas (2) vias de igual teor e forma para um único efeito, na presença de duas (2) testemunhas, abaixo assinadas.

Cascavel (PR), de de

CONTRATANTE

CONTRATADO(S)

TESTEMUNHAS:

**ANEXO IX DO EDITAL
RESOLUÇÃO DOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS**

RESOLUÇÃO Nº 09/14

Data, 15 de maio de 2014.

Dispõe sobre o Projeto Piloto para a realização de cirurgias ortopédicas aprovado em Assembleia Geral, pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde – CRESEMS e pela Bi-Partite Regional e amplamente divulgado no Chamamento Público.

A ASSEMBLEIA DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ - CISOP, APROVOU E EU, DARCI TIRELLI, PRESIDENTE DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ - CISOP, PROMULGO A SEGUINTE RESOLUÇÃO.

Art. 1º - Fica aprovado o Projeto Piloto para a realização de cirurgias ortopédicas em pacientes que aguardam em fila de espera com fraturas ainda não atendidas e sem laudo para emissão de AIH (Autorização para Internamento Hospitalar) de média e baixa complexidade a partir do ano de 2012.

§ 1º - Inclui-se ainda no Projeto Piloto pacientes com laudo para emissão de AIH para tratamento cirúrgico eletivo de média e baixa complexidade que aguardam em fila de espera desde o ano 2002.

Art. 2º - O Projeto Piloto compreende os seguintes critérios:

I – Impessoalidade e antiguidade;

II – Serão chamados de forma prioritária os pacientes descritos no *caput* do artigo 1º, tendo como sequência os pacientes elencados no § 1º.

III – Somente serão efetuados os pagamentos pelo CISOP de procedimentos devidamente regulados e encaminhados pelo CISOP.

IV - A porta de entrada para o Projeto Piloto será a fila de espera devidamente regulamentada pela Central de Leitos da 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.

V - A Central de Leitos da 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná encaminhará as listas de espera para o CISOP para que efetue o devido agendamento e viabilize todos os procedimentos necessários para a cirurgia.

IV – Farão parte deste projeto os pacientes dos 25 municípios consorciados e devidamente regulados pelo CISOP.

V – Os procedimentos cirúrgicos prestados pelos credenciados ao CISOP deverão obrigatoriamente ser realizados em hospitais conveniados ao SUS.

Art. 3º - Para o efetivo internamento, deverão ser consideradas as seguintes situações

que podem alterar a ordem cronológica da fila:

- I – tipo do procedimento;
- II – material disponível no hospital;
- III - condições clínicas do paciente;
- IV - liberação do procedimento pelo Secretário Municipal de Saúde;
- V - aceite do paciente;
- VI - paciente não encontrado;
- VII - paciente que por outra razão já realizou a cirurgia.

§ 1º - Serão chamados concomitantemente com os pacientes descritos no § 1º, os pacientes de média e baixa complexidade de fratura recente que não foram absorvidos pelo sistema de regulação de leitos da 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.

§ 2º - Será comunicado pelo CISOP à Central de Regulação de Leitos da 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, os pacientes que foram operados para a devida baixa na lista de espera.

Art. 4ª – O profissional médico cirurgião ortopedista deverá ser contratado pelo CISOP através do Edital de Chamamento Público, devendo observar e atender a todos os requisitos necessários para o efetivo credenciamento, bem como o da Tabela de Valores contida no referido Edital.

§ 1º - Deverá o médico indicar no momento do credenciamento no CISOP, o hospital conveniado ao SUS em que realizará o procedimento cirúrgico ortopédico contratado.

Art. 5º - Quando houver necessidade clínica a ser apurada pelo médico cirurgião, o paciente terá garantido as avaliações pré-operatórias no ambulatório do CISOP.

§ 1º - Após a alta médica cirúrgica, o usuário terá garantido o atendimento pós-operatório no ambulatório do CISOP.

Art. 6º - O profissional cirurgião médico ortopédico e o médico anestesiológista receberão pelos serviços prestados somente através de Nota Fiscal a ser emitida para a empresa credenciada no CISOP através do Chamamento Público e após a comprovação da realização dos procedimentos.

Art. 7º - O prazo para a realização deste Projeto será de 6 (seis) meses, podendo ser prorrogado conforme deliberação em Assembleia Geral.

Art. 8º - Esta Resolução entrará em vigor, na data de sua publicação, revogada as disposições em contrário.

Gabinete do Presidente do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste Paraná – CISOP, aos 15 de maio de 2014.

Darci Tirelli
Presidente