



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
Superintendência Estadual de Compras e Licitações - SUPEL
Comissão Especial de Licitações - SUPEL-COESP

ADENDO

ADENDO MODIFICADOR III

Chamamento Público Nº. 106/2021/SESAU.

Processo Administrativo SEI Nº. 0036.062662/2021-07

Objeto do Chamamento: Contratação de credenciados que atuem na prestação de serviços de exames e procedimentos na área de diagnose por imagem e medicina nuclear inseridas nos subgrupos de diagnósticos por **ressonância magnética e por medicina nuclear in vivo (cintilografia)** constantes da Tabela SIA/SUS, com seus respectivos laudos, de forma contínua, para atender as necessidades dos usuários das Regiões de Saúde: **Madeira Mamoré e Região do Café.**

A Superintendência Estadual de Licitações - SUPEL, através da Presidente nomeada Portaria Nº 178 de 09 de julho de 2025, publicada no DOE do dia 10/07/2025, torna público aos interessados e, em especial, as empresas que retiraram o edital, as seguintes alterações:

Considerando a necessidade técnica para garantir o acesso adequado e oportuno aos serviços de saúde da população SUS na região do Vale do Jamari, torna-se imprescindível a ampliação da capacidade de contratação de serviços de diagnósticos por ressonância magnética e por medicina nuclear in vivo (cintilografia), presumindo a demanda projetada para a região, considerando sua população e as necessidades específicas de saúde, inicialmente não previstas no Termo de Referência.

Portanto, a ampliação da capacidade de contratação é justificada pela necessidade de atender ao aumento significativo na demanda por exames e procedimentos especializados inseridos nos subgrupos de diagnósticos por ressonância magnética e por medicina nuclear in vivo (cintilografia), garantindo que todos os pacientes do SUS na região do Vale do Jamari, tenham acesso aos serviços de saúde de forma eficiente e sem atrasos. A ampliação visa assegurar a qualidade do atendimento e a resolutividade dos casos, contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde da região, assegurando recursos suficientes para atender às necessidades da população e garantir o pleno funcionamento dos serviços. Esta ampliação é essencial para cumprir os compromissos com o SUS e assegurar o direito à saúde da população.

Ora, considerando:

- I - A necessidade de ampliar a cobertura dos serviços de diagnóstico por imagem e medicina nuclear inseridas nos subgrupos de diagnósticos por ressonância magnética e por medicina nuclear in vivo (cintilografia), para atender à população da região do Vale do Jamari;
- II - A importância de garantir o acesso equitativo e qualificado aos serviços de saúde para todos os cidadãos;

III - A compatibilidade da inclusão do Vale do Jamari com as demais disposições do Termo de Referência.

Inserir-se no Termo de Referência nº **0040575364**, especificamente no item 4.1 (Local de Execução dos Serviços), o seguinte acréscimo:

Lote I:

LOTE 1 REGIÃO DE SAÚDE MADEIRA-MAMORÉ e REGIÃO DE SAÚDE DO VALE DO JAMARI (Contempla: HEPS-II, HBAP, CEMETRON, HICD, POC e demais municípios da Região) MUNICÍPIOS A SEREM ATENDIDOS Porto Velho, Nova Mamoré, Guajará-Mirim, Candeias do Jamari, Itapuã do Oeste, Ariquemes, Cacaulândia, Machadinho D'Oeste, Alto Paraíso, Campo Novo de Rondônia, Monte Negro, Buritis, Cujubim e Rio Crespo.
--

Ajustes:

Os mapas de abrangência deverão ser atualizados para refletir a inclusão da Região do Vale do Jamari.

O cronograma de execução dos serviços poderá ser ajustado, se necessário, para contemplar a nova região.

Objeto do Chamamento: Contratação de credenciados que atuem na prestação de serviços de exames e procedimentos na área de diagnose por imagem e medicina nuclear inseridas nos subgrupos de diagnósticos por **ressonância magnética e por medicina nuclear in vivo (cintilografia)** constantes da Tabela SIA/SUS, com seus respectivos laudos, de forma contínua, para atender as necessidades dos usuários das Regiões de Saúde: **Madeira Mamoré, Vale do Jamari e Região do Café.**

Demais Cláusulas:

As demais cláusulas e condições do Termo de Referência nº **0040575364**, permanecem inalteradas.

O Edital atualizado com o novo Termo de Referência, bem como seus anexos, encontram-se disponíveis para consulta e retirada, gratuitamente, no site: <https://rondonia.ro.gov.br/supel/>. Os licitantes que já o baixaram, deverão fazê-lo novamente para conhecimento das alterações realizadas. Considerando que as alterações influenciam na participação ou não de licitantes. Permanecem inalteradas todas as demais condições previstas no edital e seus anexos.

Porto Velho, 17 de julho de 2025.

LUCIANA PEREIRA DE SOUZA

Presidente da Comissão Especial de Licitações – COESP/SUPEL



Documento assinado eletronicamente por **Luciana Pereira de Souza**, **Presidente**, em 18/07/2025, às 09:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017.](#)



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [portal do SEI](#), informando o código verificador **0062365606** e o código CRC **42AB5BE3**.

Referência: Caso responda este(a) Adendo, indicar expressamente o Processo nº 0036.062662/2021-07

SEI nº 0062365606



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
Superintendência Estadual de Compras e Licitações - SUPEL

ADENDO

ADENDO MODIFICADOR II

Chamamento Público Nº. 106/2021/SESAU.

Processo Administrativo SEI Nº. 0036.062662/2021-07

Objeto do Chamamento: Contratação de credenciados que atuem na prestação de serviços de exames e procedimentos na área de diagnose por imagem e medicina nuclear inseridas nos subgrupos de diagnósticos por **ressonância magnética e por medicina nuclear in vivo (cintilografia)** constantes da Tabela SIA/SUS, com seus respectivos laudos, de forma contínua, para atender as necessidades dos usuários das Regiões de Saúde: **Madeira Mamoré e Região do Café.**

A Superintendência Estadual de Licitações - SUPEL, através da Presidente nomeada Portaria Nº 99/GAB/SUPEL, publicada no DOE do dia 09/12/2024, torna público aos interessados e, em especial, as empresas que retiraram o instrumento convocatório, as seguintes alterações:

Considerando a necessidade técnica de proceder à atualização dos valores existentes no item 7. Da Estimativa de Despesa do Termo de Referência (id. **0040575364**);

Considerando a **Resolução Nº. 531/SESAU-CIB-2024** (id. **0056879510**), de 10 de setembro de 2024, no qual **Institui Tabela Diferenciada** para remuneração de Procedimentos com Finalidade Diagnóstica, subgrupos diagnóstico por tomografia computadorizada e ressonância magnética, de forma complementar a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito do Estado de Rondônia;

Considerando ainda a **Portaria Nº. 6427/SESAU/2024** (id. **0056879481**), de 19 de setembro de 2024, na qual **Aprova a Tabela Diferenciada** para remuneração de Procedimentos com Finalidade Diagnóstica, subgrupos diagnóstico por tomografia computadorizada e ressonância magnética, de forma complementar à Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito do Estado de Rondônia;

Pois bem,

Considerando os apontamentos acima, **Solicitamos a Alteração no Texto do Termo de Referência** (id. **0040575364**), no que se refere ao subitem 7.2 - ANEXO-I, que passar a ter as seguintes tabelas atualizadas:

7. ESTIMATIVA DE DESPESA:

7.1. Conforme os preços estipulados pela tabela SUS e complementados através da **Resolução Nº. 531/SESAU-CIB-2024** (id. **0056879510**) e aprovados através da **Portaria 6427 de 19 de setembro de 2024 (0056879481)**, onde alcança o montante de **R\$ 20.869.740,95** (vinte milhões, oitocentos e sessenta e nove mil setecentos e quarenta reais e noventa e cinco centavos);

7.2. Segue estimativa para a Contratação em referência:

ANEXO I

Lote 1 - Procedimentos a serem contratados para atender o Lote 01 que contempla a Região de Saúde Madeira Mamoré.

ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA - RESOLUÇÃO Nº. 531/SESAU-CIB/2024									
PROCEDIMENTOS DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA									
Item	CÓDIGO	Descrição do Procedimento	Valor SIGTAP	Resol. 531/2023	Valor do Procedimento	Estimativa de Proced. Mensal	Estimativa Valor Mensal	Estimativa de Proced. Anual	Estimativa Valor Anual
1	207010013	ANGIORRESSONÂNCIA CEREBRAL							
TOTAL DE PROC. ANO		Convencional	R\$ 268,75	R\$ 386,90	R\$ 655,65	9,33	R\$ 6.119,40	112	R\$ 73.432,80
		Com Contraste	R\$ 268,75	R\$ 874,17	R\$ 1.142,92	1,08	R\$ 1.238,16	13	R\$ 14.857,96
145		Com Sedação	R\$ 268,75	R\$ 526,20	R\$ 794,95	1,58	R\$ 1.258,67	19	R\$ 15.104,05
		Com contraste e sedação	R\$ 268,75	R\$ 1.010,46	R\$ 1.279,21	0,08	R\$ 106,60	1	R\$ 1.279,21

SUBTOTAL POR PROCEDIMENTO					R\$ 3.872,73	12	R\$ 8.722,84	145	R\$ 104.674,02
2	207010021	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TÊMPORO MAND	Valor SIGTAP	Resol. 531/2024	Valor do Procedimento	Estimativa de Proced. Mensal	Estimativa Valor Mensal	Estimativa de Proced. Anual	Estimativa Valor Anual
TOTAL DE PROC. ANO	Convencional		R\$ 268,75	R\$ 386,90	R\$ 655,65	3,17	R\$ 2.076,23	38	R\$ 24.914,70
	Com Contraste		R\$ 268,75	R\$ 874,17	R\$ 1.142,92	0,08	R\$ 95,24	1	R\$ 1.142,92
41	Com Sedação		R\$ 268,75	R\$ 526,20	R\$ 794,95	0,08	R\$ 66,25	1	R\$ 794,95
	Com contraste e sedação		R\$ 268,75	R\$ 1.010,46	R\$ 1.279,21	0,08	R\$ 106,60	1	R\$ 1.279,21
SUBTOTAL POR PROCEDIMENTO					R\$ 3.872,73	3	R\$ 2.344,32	41	R\$ 28.131,78
3	207010030	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	Valor SIGTAP	Resol. 531/2024	Valor do Procedimento	Estimativa de Proced. Mensal	Estimativa Valor Mensal	Estimativa de Proced. Anual	Estimativa Valor Anual
TOTAL DE PROC. ANO	Convencional		R\$ 268,75	R\$ 386,90	R\$ 655,65	300,50	R\$ 197.022,83	3.606	R\$ 2.364.273,90
	Com Contraste		R\$ 268,75	R\$ 874,17	R\$ 1.142,92	1,50	R\$ 1.714,38	18	R\$ 20.572,56
3.670	Com Sedação		R\$ 268,75	R\$ 526,20	R\$ 794,95	3,67	R\$ 2.914,82	44	R\$ 34.977,80
	Com contraste e sedação		R\$ 268,75	R\$ 1.010,46	R\$ 1.279,21	0,17	R\$ 213,20	2	R\$ 2.558,42
SUBTOTAL POR PROCEDIMENTO					R\$ 3.872,73	306	R\$ 201.865,22	3.670	R\$ 2.422.382,68
4	207010048	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	Valor SIGTAP	Resol. 531/2024	Valor do Procedimento	Estimativa de Proced. Mensal	Estimativa Valor Mensal	Estimativa de Proced. Anual	Estimativa Valor Anual
TOTAL DE PROC. ANO	Convencional		R\$ 268,75	R\$ 386,90	R\$ 655,65	772,75	R\$ 506.653,54	9.273	R\$ 6.079.842,45
	Com Contraste		R\$ 268,75	R\$ 874,17	R\$ 1.142,92	2,58	R\$ 2.952,54	31	R\$ 35.430,52
9.352	Com Sedação		R\$ 268,75	R\$ 526,20	R\$ 794,95	3,92	R\$ 3.113,55	47	R\$ 37.362,65
	Com contraste e sedação		R\$ 268,75	R\$ 1.010,46	R\$ 1.279,21	0,08	R\$ 106,60	1	R\$ 1.279,21
SUBTOTAL POR PROCEDIMENTO					R\$ 3.872,73	779	R\$ 512.826,24	9.352	R\$ 6.153.914,83
5	207010056	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	Valor SIGTAP	Resol. 531/2024	Valor do Procedimento	Estimativa de Proced. Mensal	Estimativa Valor Mensal	Estimativa de Proced. Anual	Estimativa Valor Anual
TOTAL DE PROC. ANO	Convencional		R\$ 268,75	R\$ 386,90	R\$ 655,65	1,33	R\$ 874,20	1.716	R\$ 10.490,40
	Com Contraste		R\$ 268,75	R\$ 874,17	R\$ 1.142,92	1,25	R\$ 1.428,65	15	R\$ 17.143,80
1.762	Com Sedação		R\$ 268,75	R\$ 526,20	R\$ 794,95	2,50	R\$ 1.987,38	30	R\$ 23.848,50
	Com contraste e sedação		R\$ 268,75	R\$ 1.010,46	R\$ 1.279,21	0,08	R\$ 106,60	1	R\$ 1.279,21
SUBTOTAL POR PROCEDIMENTO					R\$ 3.872,73	5	R\$ 4.396,83	1.762	R\$ 52.761,91
6	207010064	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRANIO	Valor SIGTAP	Resol. 531/2024	Valor do Procedimento	Estimativa de Proced. Mensal	Estimativa Valor Mensal	Estimativa de Proced. Anual	Estimativa Valor Anual
TOTAL DE PROC. ANO	Convencional		R\$ 268,75	R\$ 386,90	R\$ 655,65	359,67	R\$ 235.815,45	4.316	R\$ 2.829.785,40
	Com Contraste		R\$ 268,75	R\$ 874,17	R\$ 1.142,92	34,17	R\$ 39.049,77	410	R\$ 468.597,20
5.066	Com Sedação		R\$ 268,75	R\$ 526,20	R\$ 794,95	28,25	R\$ 22.457,34	339	R\$ 269.488,05

		Com contraste e sedação	R\$ 268,75	R\$ 1.010,46	R\$ 1.279,21	0,08	R\$ 106,60	1	R\$ 1.279,21
SUBTOTAL POR PROCEDIMENTO					R\$ 3.872,73	422	R\$ 297.429,16	5.066	R\$ 3.569.149,86
7	207010072	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA	Valor SIGTAP	Resol. 531/2024	Valor do Procedimento	Estimativa de Proced. Mensal	Estimativa Valor Mensal	Estimativa de Proced. Anual	Estimativa Valor Anual
TOTAL DE PROC. ANO		Convencional	R\$ 268,75	R\$ 386,90	R\$ 655,65	8,92	R\$ 5.846,21	107	R\$ 70.154,55
		Com Contraste	R\$ 268,75	R\$ 874,17	R\$ 1.142,92	0,33	R\$ 380,97	4	R\$ 4.571,68
137		Com Sedação	R\$ 268,75	R\$ 526,20	R\$ 794,95	2,08	R\$ 1.656,15	25	R\$ 19.873,75
		Com contraste e sedação	R\$ 268,75	R\$ 1.010,46	R\$ 1.279,21	0,08	R\$ 106,60	1	R\$ 1.279,21
SUBTOTAL POR PROCEDIMENTO					R\$ 3.872,73	11	R\$ 7.989,93	137	R\$ 95.879,19
8	207020019	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CORAÇÃO / AORTA C/ CINE	Valor SIGTAP	Resol. 125/2023	Valor do Procedimento	Estimativa de Proced. Mensal	Estimativa Valor Mensal	Estimativa de Proced. Anual	Estimativa Valor Anual
TOTAL DE PROC. ANO		Convencional	R\$ 268,75	R\$ 386,90	R\$ 655,65	0,58	R\$ 382,46	7	R\$ 4.589,55
		Com Contraste	R\$ 268,75	R\$ 874,17	R\$ 1.142,92	0,08	R\$ 95,24	1	R\$ 1.142,92
10		Com Sedação	R\$ 268,75	R\$ 526,20	R\$ 794,95	0,08	R\$ 66,25	1	R\$ 794,95
		Com contraste e sedação	R\$ 268,75	R\$ 1.010,46	R\$ 1.279,21	0,08	R\$ 106,60	1	R\$ 1.279,21
SUBTOTAL POR PROCEDIMENTO					R\$ 3.872,73	1	R\$ 650,55	10	R\$ 7.806,63
9	207020027	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	Valor SIGTAP	Resol. 531/2024	Valor do Procedimento	Estimativa de Proced. Mensal	Estimativa Valor Mensal	Estimativa de Proced. Anual	Estimativa Valor Anual
TOTAL DE PROC. ANO		Convencional	R\$ 268,75	R\$ 386,90	R\$ 655,65	154,25	R\$ 101.134,01	1.851	R\$ 1.213.608,15
		Com Contraste	R\$ 268,75	R\$ 874,17	R\$ 1.142,92	0,17	R\$ 190,49	2	R\$ 2.285,84
1.856		Com Sedação	R\$ 268,75	R\$ 526,20	R\$ 794,95	0,17	R\$ 132,49	2	R\$ 1.589,90
		Com contraste e sedação	R\$ 268,75	R\$ 1.010,46	R\$ 1.279,21	0,08	R\$ 106,60	1	R\$ 1.279,21
SUBTOTAL POR PROCEDIMENTO					R\$ 3.872,73	155	R\$ 101.563,59	1.856	R\$ 1.218.763,10
10	207020035	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX	Valor SIGTAP	Resol. 531/2024	Valor do Procedimento	Estimativa de Proced. Mensal	Estimativa Valor Mensal	Estimativa de Proced. Anual	Estimativa Valor Anual
TOTAL DE PROC. ANO		Convencional	R\$ 268,75	R\$ 386,90	R\$ 655,65	17,33	R\$ 11.364,60	208	R\$ 136.375,20
		Com Contraste	R\$ 268,75	R\$ 874,17	R\$ 1.142,92	0,08	R\$ 95,24	1	R\$ 1.142,92
217		Com Sedação	R\$ 268,75	R\$ 526,20	R\$ 794,95	0,58	R\$ 463,72	7	R\$ 5.564,65
		Com contraste e sedação	R\$ 268,75	R\$ 1.010,46	R\$ 1.279,21	0,08	R\$ 106,60	1	R\$ 1.279,21
SUBTOTAL POR PROCEDIMENTO					R\$ 3.872,73	18	R\$ 12.030,17	217	R\$ 144.361,98
11	207030014	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDÔMEN SUPERIOR	Valor SIGTAP	Resol. 531/2024	Valor do Procedimento	Estimativa de Proced. Mensal	Estimativa Valor Mensal	Estimativa de Proced. Anual	Estimativa Valor Anual
TOTAL DE PROC. ANO		Convencional	R\$ 268,75	R\$ 386,90	R\$ 655,65	63,67	R\$ 41.743,05	764	R\$ 500.916,60
		Com Contraste	R\$ 268,75	R\$ 874,17	R\$ 1.142,92	0,08	R\$ 95,24	1	R\$ 1.142,92
		Com Sedação	R\$ 268,75	R\$ 526,20	R\$ 794,95	10,50	R\$ 8.346,98	126	R\$ 100.163,70

892		Com contraste e sedação	R\$ 268,75	R\$ 1.010,46	R\$ 1.279,21	0,08	R\$ 106,60	1	R\$ 1.279,21
SUBTOTAL POR PROCEDIMENTO					R\$ 3.872,73	74	R\$ 50.291,87	892	R\$ 603.502,43
12	207030022	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA / PELVE / ABDÔMEN	Valor SIGTAP	Resol. 531/2024	Valor do Procedimento	Estimativa de Proced. Mensal	Estimativa Valor Mensal	Estimativa de Proced. Anual	Estimativa Valor Anual
TOTAL DE PROC. ANO		Convencional	R\$ 268,75	R\$ 386,90	R\$ 655,65	231,08	R\$ 151.509,79	2.773	R\$ 1.818.117,45
		Com Contraste	R\$ 268,75	R\$ 874,17	R\$ 1.142,92	0,08	R\$ 95,24	1	R\$ 1.142,92
3.189		Com Sedação	R\$ 268,75	R\$ 526,20	R\$ 794,95	34,50	R\$ 27.425,78	414	R\$ 329.109,30
		Com contraste e sedação	R\$ 268,75	R\$ 1.010,46	R\$ 1.279,21	0,08	R\$ 106,60	1	R\$ 1.279,21
SUBTOTAL POR PROCEDIMENTO					R\$ 3.872,73	266	R\$ 179.137,41	3.189	R\$ 2.149.648,88
13	207030030	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATE)	Valor SIGTAP	Resol. 531/2024	Valor do Procedimento	Estimativa de Proced. Mensal	Estimativa Valor Mensal	Estimativa de Proced. Anual	Estimativa Valor Anual
TOTAL DE PROC. ANO		Convencional	R\$ 268,75	R\$ 386,90	R\$ 655,65	363,58	R\$ 238.383,41	4.363	R\$ 2.860.600,95
		Com Contraste	R\$ 268,75	R\$ 874,17	R\$ 1.142,92	0,25	R\$ 285,73	3	R\$ 3.428,76
4.376		Com Sedação	R\$ 268,75	R\$ 526,20	R\$ 794,95	0,75	R\$ 596,21	9	R\$ 7.154,55
		Com contraste e sedação	R\$ 268,75	R\$ 1.010,46	R\$ 1.279,21	0,08	R\$ 106,60	1	R\$ 1.279,21
SUBTOTAL POR PROCEDIMENTO					R\$ 3.872,73	364,67	R\$ 239.371,96	4.376	R\$ 2.872.463,47
14	207030049	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES/COLANGIOGRAMA	Valor SIGTAP	Resol. 531/2024	Valor do Procedimento	Estimativa de Proced. Mensal	Estimativa Valor Mensal	Estimativa de Proced. Anual	Estimativa Valor Anual
TOTAL DE PROC. ANO		Convencional	R\$ 268,75	R\$ 386,90	R\$ 655,65	9,00	R\$ 5.900,85	108	R\$ 70.810,20
		Com Contraste	R\$ 268,75	R\$ 874,17	R\$ 1.142,92	0,08	R\$ 95,24	1	R\$ 1.142,92
111		Com Sedação	R\$ 268,75	R\$ 526,20	R\$ 794,95	0,08	R\$ 66,25	1	R\$ 794,95
		Com contraste e sedação	R\$ 268,75	R\$ 1.010,46	R\$ 1.279,21	0,08	R\$ 106,60	1	R\$ 1.279,21
SUBTOTAL POR PROCEDIMENTO					R\$ 3.872,73	9,25	R\$ 6.168,94	111	R\$ 74.027,28

RESUMO DA ESTIMATIVA ORÇAMENTARIA DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA				
Procedimentos Oferecidos	Qtd. Mensal	Qtd. Anual	Valor Mensal	Valor Anual
Ressonância Magnética	2.569	30.824	R\$ 1.717.672,75	R\$ 20.612.073,04
Total Geral	2.569	30.824	R\$ 1.717.672,75	R\$ 20.612.073,04

ANEXO II

Lote 2 - Procedimentos a serem contratados para atender o Lote - 02 que contempla a Região de saúde do Café

ESTIMATIVA DE ORÇAMENTARIA PARA EXERCÍCIO 2023-2024					
Nº	Código	Descrição	ESTIMATIVA-2023/2024	Valor Unitário	Valor Total
001	208010025	Cintilografia De Miocárdio P/ Aval. Da Perfusão em Situação De Estresse.	217	R\$ 449,37	R\$ 97.513,29
002	208010033	Cintilografia De Miocárdio P/ Aval. Da Perf. Em Sit. De Repouso - min. 3	54	R\$ 421,38	R\$ 22.754,52
003	208010041	Cintilografia De Miocárdio P/ Loc. De Necrose (Mínimo 3 Projeções)	19	R\$ 183,12	R\$ 3.479,28
004	208020110	Cintilografia P/ Pesquisa De Refluxo Gastro-Esofágico	19	R\$ 148,92	R\$ 2.829,48
005	208030018	Cintilografia De Paratireoides	19	R\$ 356,99	R\$ 6.782,81

006	208030026	Cintilografia De Tireoide C/ Ou S/ Captação	19	R\$ 85,01	R\$ 1.615,19
007	208030034	Cintilografia De Tireoide C/ Teste De Supressão / Estimulo	19	R\$ 85,01	R\$ 1.615,19
008	208030042	Cintilografia P/ Pesquisa Do Corpo Inteiro	19	R\$ 372,57	R\$ 7.078,83
009	208040056	Cintilografia Renal/Renograma (Qualitativa E/Ou Quantitativa)	64	R\$ 146,33	R\$ 9.365,12
010	208040102	Estudo Renal Dinâmico C/ Ou S/ Diurético	72	R\$ 181,76	R\$ 13.086,72
011	208050035	Cintilografia De Ossos C/ Ou S/ Fluxo Sanguíneo (Corpo Inteiro)	164	R\$ 210,09	R\$ 34.454,76
012	208050043	Cintilografia De Segmento Osseo C/ Galio 67	19	R\$ 503,31	R\$ 9.562,89
013	208020020	Cintilografia De Fígado E Vias Biliares	19	R\$ 206,72	R\$ 3.927,68
014	208060014	Cintilografia De Perfusão Cerebral C/ Talio (Spcto)	19	R\$ 481,81	R\$ 9.154,39
015	208070044	Cintilografia De Pulmão Por Perfusão (Mínimo 4 Projecoes)	19	R\$ 143,55	R\$ 2.727,45
016	208090010	Cintilografia De Corpo Inteiro C/ Galio 67 P/ Pesquisa De Neoplasias	19	R\$ 997,48	R\$ 18.952,12
017	208070044	Linfocintilografia	19	R\$ 143,55	R\$ 2.727,45
018	208050035	Cintilografia De Ossos C/ Ou S/ Fluxo Sanguíneo (Corpo Inteiro)	19	R\$ 210,09	R\$ 3.991,71
019	208090037	Cintilografia De Mama (Bilateral)	19	R\$ 318,37	R\$ 6.049,03
TOTAL			837	R\$ 5.645,43	R\$ 257.667,91

RESUMO DA ESTIMATIVA ORÇAMENTARIA DE CINTILOGRAFIA			
Procedimentos Oferecidos	Qtd. Anual	Valor Mensal	Valor Anual
Cintilografia	837	R\$ 5.645,43	R\$ 257.667,91
Total Geral	837	R\$ 5.645,43	R\$ 257.667,91

RESUMO DOS VALORES - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (+) CINTILOGRAFIA:

VALOR TOTAL MENSAL: R\$ **1.739.145,08** (um milhão, setecentos e trinta e nove mil cento e quarenta e cinco reais e oito centavos);

VALOR TOTAL SEMESTRAL: R\$ **3.478.290,16** (três milhões, quatrocentos e setenta e oito mil duzentos e noventa reais e dezesseis centavos);

VALOR TOTAL ANUAL: R\$ **20.869.740,95** (vinte milhões, oitocentos e sessenta e nove mil setecentos e quarenta reais e noventa e cinco centavos);

O Edital atualizado com o novo Termo de Referência, bem como seus anexos, encontram-se disponíveis para consulta e retirada, gratuitamente, no site: <https://rondonia.ro.gov.br/supel/>. Os licitantes que já o baixaram, deverão fazê-lo novamente para conhecimento das alterações realizadas. Considerando que as alterações influenciam na participação ou não de licitantes. Permanecem inalteradas todas as demais condições previstas no edital e seus anexos.

Porto Velho, 04 de janeiro de 2025.

BRUNA GONÇALVES APOLINÁRIO
Presidente da Comissão Especial de Licitações - CEL
Superintendência Estadual de Compras e Licitações - SUPEL/RO



Documento assinado eletronicamente por **Bruna Gonçalves Apolinário**, **Presidente**, em 04/02/2025, às 11:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [portal do SEI](#), informando o código verificador **0056999545** e o código CRC **C109DCC7**.



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
Superintendência Estadual de Compras e Licitações - SUPEL

ADENDO Nº0041558675

ADENDO MODIFICADOR I

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 106/2021/CEL/SUPEL/RO

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 0036.062662/2021-07

OBJETO: Contratação de Credenciados que atuem na prestação de serviços para realização de exames e procedimentos na área de diagnose por imagem nos subgrupos de diagnósticos por **tomografia computadorizada** com seus respectivos laudos, de forma complementar, para atender as necessidades dos usuários da **Região de Saúde Madeira Mamoré**.

A Superintendência Estadual de Licitações - SUPEL, através da Presidente nomeada Portaria Nº 147/GAB/SUPEL, publicada no DOE do dia 29/09/2022, torna público aos interessados e, em especial, as empresas que retiraram o instrumento convocatório, as seguintes alterações:

I - Em virtude das alterações realizadas pela Unidade requisitante (SESAU), conforme Ofício nº 34407/2023/SESAU-GECOMP, vislumbrou a necessidade de elaboração de um novo Termo de Referência ID SEI 0040575364.

O Edital atualizado com o novo Termo de Referência, bem como seus anexos, encontram-se disponíveis para consulta e retirada, gratuitamente, no site: <https://rondonia.ro.gov.br/supel/>. Os licitantes que já o baixaram, deverão fazê-lo novamente para conhecimento das alterações realizadas. Considerando que as alterações influenciam na participação ou não de licitantes. Permanecem inalteradas todas as demais condições previstas no edital e seus anexos.

Publique-se

Porto Velho - RO, 06 de setembro de 2023.

BRUNA GONÇALVES APOLINÁRIO

Presidente - CEL/SUPEL/RO

Mat. *****33



Documento assinado eletronicamente por **Bruna Gonçalves Apolinário, Presidente**, em 06/09/2023, às 13:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [portal do SEI](#), informando o código verificador **0041558675** e o código CRC **5E5C5E55**.

SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DE LICITAÇÕES - SUPEL
Palácio Rio Madeira - Ed. Rio Pacaás Novos, 2º Andar
Porto Velho, Rondônia.

AVISO DE CHAMAMENTO PÚBLICO

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 106/2021/CEL/SUPEL/RO

A **Superintendência Estadual de Licitações - SUPEL**, por meio da Comissão Especial de Licitação, nomeada por força das disposições contidas na Portaria nº 172 de 15 de dezembro de 2021, torna público que se encontra autorizada, a realização da licitação na modalidade **CHAMAMENTO PÚBLICO**, sob o Nº. **106/2021/CEL/SUPEL/RO**, tendo por finalidade a Contratação de credenciados que atuem na prestação de serviços de exames e procedimentos na área de diagnose por imagem e medicina nuclear inseridas nos subgrupos de diagnósticos por **ressonância magnética e por medicina nuclear in vivo** constantes da Tabela SIA/SUS, com seus respectivos laudos, de forma contínua, para atender as necessidades dos usuários das Regiões de Saúde: **Madeira Mamoré e Região do Café**.

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº.:0036.062662/2021-07

OBJETO: Contratação de credenciados que atuem na prestação de serviços de exames e procedimentos na área de diagnose por imagem e medicina nuclear inseridas nos subgrupos de diagnósticos por **ressonância magnética e por medicina nuclear in vivo** constantes da Tabela SIA/SUS, com seus respectivos laudos, de forma contínua, para atender as necessidades dos usuários das Regiões de Saúde: **Madeira Mamoré e Região do Café**.

PROGRAMA DE TRABALHO: 10.302.2034.4004 - Assegurar Atendimento em Saúde por meio de Convênios e Contrato com a Rede Privada.

NATUREZA DE DESPESA: 33.90.39 - Outros Serviços de Terceiros - PJ.

FONTE DE RECURSO: 0100 - Recursos Ordinários, 0110 - Recursos para Apoio das Ações e Serviços de Saúde, 0209 - Recursos do Sistema Único de Saúde, 0300 - Recursos Ordinários, 0310 - Recursos para Apoio das Ações e Serviços de Saúde, 0609 - Recursos do Sistema Único de Saúde - SUS

DATA E LOCAL DE ABERTURA DOS PRIMEIROS ENVELOPES APRESENTADOS: A abertura dos envelopes será no 14.01.2022, às 09h:00min Horário de Rondônia, na sede da SUPEL sito: situada à Av. Farquar nº 2986, Palácio Rio Madeira, Edifício Rio Pacaás Novos, 2º andar, Bairro Pedrinhas, Cidade de Porto Velho.

OBSERVAÇÃO: Os Licitantes que desejarem participar da sessão de abertura, deverão estar na recepção do edifício sede da SUPEL até às 08h:30min, para fins de credenciamento.

A apresentação da referida documentação poderá ocorrer também por meio eletrônico, de forma e/ou de forma digitalizada em formato PDF via e-mail, seguindo orientação do item 9.1.1. 9.1.2. e 9.1.3 do Edital.

O Instrumento Convocatório e todos os elementos integrantes encontram-se disponíveis para consulta e retirada no endereço eletrônico acima mencionado, e, ainda, no site www.supel.ro.gov.br.

Maiores informações e esclarecimentos sobre o certame serão prestados pelo Pregoeiro e Equipe de Apoio designados, na Superintendência Estadual de Compras e Licitações – SUPEL/RO, sito a Av. Farquar, nº 2.986 - Bairro Pedrinhas (Palácio Rio Madeira - Ed. Rio Pacaás Novos - 2º Andar) Telefone (69) 3212-9269 – CEP: 76.801-470 – Porto Velho – RO, ou e-mail: celsupelchamamentos@gmail.com.

Não havendo expediente ou ocorrendo qualquer fato superveniente que impeça a abertura do certame na data marcada, a sessão será automaticamente transferida para o primeiro dia útil subsequente, no mesmo horário e locais estabelecidos no preâmbulo do Edital, desde que não haja comunicação do Pregoeiro em contrário.

Porto Velho/RO, 06 de setembro de 2023.

BRUNA GONÇALVES APOLINÁRIO

Presidente - Comissão Especial de Licitação – CEL/SUPEL/RO

SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DE LICITAÇÕES - SUPEL
Palácio Rio Madeira - Ed. Rio Pacaás Novos, 2º Andar
Porto Velho, Rondônia.

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 106/2021/CEL/SUPEL/RO

**S
U
P
E
L**

AVISO

Recomendamos aos Licitantes a leitura atenta às condições/exigências expressas neste edital e seus anexos, notadamente quanto ao credenciamento, formulação das propostas de preços, e documentos de habilitação, objetivando uma perfeita participação no certame.

**Dúvidas: (69) 3212-9269 ou
celsupelchamamentos@gmail.com**

SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DE LICITAÇÕES - SUPEL
Palácio Rio Madeira - Ed. Rio Pacaás Novos, 2º Andar
Porto Velho, Rondônia.

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 106/2021/CEL/SUPEL/RO

PREÂMBULO:

A Superintendência Estadual de Compras e Licitações - SUPEL, através da Comissão Especial de Licitação, designada por força das disposições contidas na Portaria nº 172 de 15 de dezembro de 2021, torna público aos interessados que se encontra autorizado e aberto, através do **processo no sistema eletrônico nº: 0036.062662/2021-07**, cujo objeto é a Contratação de credenciados que atuem na prestação de serviços de exames e procedimentos na área de diagnose por imagem e medicina nuclear inseridas nos subgrupos de diagnósticos por **ressonância magnética e por medicina nuclear in vivo** constantes da Tabela SIA/SUS, com seus respectivos laudos, de forma contínua, para atender as necessidades dos usuários das Regiões de Saúde: **Madeira Mamoré e Região do Café**.

O Edital e seus anexos poderão ser retirados gratuitamente no endereço eletrônico www.rondonia.ro.gov.br/supel ou **das 07h:30min. às 13h:30min., de segunda a sexta-feira**, na Sede da SUPEL situada na Avenida Farquar, nº 2986, Palácio Rio Madeira, Edifício Rio Pacaás Novos, 2º andar, Bairro Pedrinhas, CEP. 76.801-976, Porto Velho/RO, mediante apresentação do comprovante de depósito bancário dos custos de reprodução no valor de **R\$ 30,00 (trinta reais)**, não reembolsável, a favor do GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA, **Conta nº. 10.000-5, Banco do BRASIL S.A., Agência 2757-X**, através da Guia de Recolhimento **DARE – Documento de Arrecadação Estadual**.

Os invólucros contendo os documentos de habilitação e qualificação técnica deverão ser entregues diretamente no Protocolo desta SUPEL ou via correios pela modalidade SEDEX, no endereço supracitado, até a data e horário estipulados na forma prevista neste Edital, quando se dará início a Sessão inaugural do procedimento licitatório, com a abertura dos respectivos envelopes.

1. DO OBJETO:

Contratação de credenciados que atuem na prestação de serviços de exames e procedimentos na área de diagnose por imagem e medicina nuclear inseridas nos subgrupos de diagnósticos por **ressonância magnética e por medicina nuclear in vivo** constantes da Tabela SIA/SUS, com seus respectivos laudos, de forma contínua, para atender as necessidades dos usuários das Regiões de Saúde: **Madeira Mamoré e Região do Café**.

2. DO DETALHAMENTO DO OBJETO:

2.1 conforme disposto no item 2.1 do Termo de Referência.

3. DA METODOLOGIA DE CÁLCULO:

3.1 conforme disposto no item 2.3 do Termo de Referência.

4. DA METODOLOGIA DOS SERVIÇOS:

4.1 conforme disposto no item 2.4 do Termo de Referência.

SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DE LICITAÇÕES - SUPEL
Palácio Rio Madeira - Ed. Rio Pacaás Novos, 2º Andar
Porto Velho, Rondônia.

5. JUSTIFICATIVA:

5.1 conforme disposto no item 3 do Termo de Referência

6. CONDIÇÕES E EXECUÇÃO

6.1 conforme disposto no item 4 e subitens do Termo de Referência

7. DA ESTIMATIVA DE DESPESA:

7.1 conforme disposto no item 7 e seus subitens do Termo de Referência

8. DOS PEDIDOS DE ESCLARECIMENTO E IMPUGNAÇÃO:

8.1. Até 05 (cinco) dias úteis antes da data fixada para a realização da sessão pública poderão ser solicitados esclarecimentos e/ou impugnações por escrito ou e-mail, cabendo a resposta à Comissão de Seleção que deverá prestar as informações também no prazo de até 03 dias úteis antes da data fixada para a realização da sessão pública. Os esclarecimentos poderão ser solicitados via e-mail (celsupelchamamentos@gmail.com) aos cuidados da Comissão de Seleção e/ou protocolados na Superintendência Estadual de Compras e Licitações – SUPEL, Palácio Rio Madeira, Edifício Rio Pacaás Novos, 2º andar, situado na Av. Farquar, nº 2.986, Bairro Pedrinhas, CEP 76.820-470, Porto Velho – RO, das 07h30min às 13h30min.

9. DA FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS:

9.1 A apresentação dos documentos de habilitação e qualificação técnica que se dará em uma única etapa com entrega de 02 (dois) envelopes, opacos, lacrados e rotulados, sendo o “Envelope 01 – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO” e “Envelope 02 – DOCUMENTAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO TÉCNICA” diretamente no Protocolo da Superintendência Estadual de Compras e Licitação – SUPEL ou apresentar a comissão, situada à Av. Farquar nº 2986, Palácio Rio Madeira, Edifício Rio Pacaás Novos, 2º andar, Bairro Pedrinhas, Cidade de Porto Velho, ou via correios pela modalidade SEDEX encaminhado para o endereço acima citado, até 1 (uma) hora antes da Data de Primeira Abertura dos Envelopes nº 1 e nº 2 contendo Documentos de Habilitação e Documentos de Qualificação Técnica. Os envelopes deverão estar rotulados externamente com os seguintes informes:

ENVELOPE 01 – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº
106/2021/CEL/SUPEL/RO – Contratação de credenciados que
atuem na prestação de serviços de exames e procedimentos na
área de diagnose por imagem e medicina nuclear inseridas nos
subgrupos de diagnósticos por ressonância magnética e por
medicina nuclear in vivo constantes da Tabela

SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DE LICITAÇÕES - SUPEL
Palácio Rio Madeira - Ed. Rio Pacaás Novos, 2º Andar
Porto Velho, Rondônia.

SIA/SUS, com seus respectivos laudos, de forma contínua, para atender as necessidades dos usuários das Regiões de Saúde: **Madeira Mamoré e Região do Café-RAZÃO OU DENOMINAÇÃO SOCIAL E ENDEREÇO DO PROPONENTE**

ENVELOPE 02 – DOCUMENTAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO TÉCNICA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 106/2021/CEL/SUPEL/RO– Contratação de credenciados que atuem na prestação de serviços de exames e procedimentos na área de diagnose por imagem e medicina nuclear inseridas nos subgrupos de diagnósticos por **ressonância magnética e por medicina nuclear in vivo** constantes da Tabela SIA/SUS, com seus respectivos laudos, de forma contínua, para atender as necessidades dos usuários das Regiões de Saúde: **Madeira Mamoré e Região do Café-RAZÃO OU DENOMINAÇÃO SOCIAL E ENDEREÇO DO PROPONENTE**

9.1.1 A apresentação da referida documentação poderá ocorrer também por meio eletrônico, de forma e/ou de forma digitalizada em formato PDF via e-mail.

9.1.2 O envio da documentação por meio eletrônico é uma alternativa que permite mais rapidez no recebimento e análise dos documentos e consequentemente no andamento do processo. No caso de envio por e-mail, a empresa também deverá separar os documentos em dois arquivos (1. DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO e 2. PROPOSTA TÉCNICA)

9.1.3 No caso de envio da documentação DIGITALIZADA, os arquivos em PDF deverão ser encaminhados para o seguinte e-mail: celsupelchamamentos@gmail.com

O Envelope 01 – DA DOCUMENTAÇÃO PARA HABILITAÇÃO - deverá conter os seguintes documentos:

9.2- DA HABILITAÇÃO JURÍDICA:

9.2.1. Por intermédio dos seguintes documentos:

- a) Registro comercial, no caso de empresa individual; ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, e última alteração contratual (ou consolidação), devidamente registrado, e no caso de sociedade por ações, acompanhado dos documentos de eleição de seus administradores;
- b) Caso a Licitante esteja inscrita no SICAF (Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores (<https://www3.comprasnet.gov.br/sicaf->

SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DE LICITAÇÕES - SUPEL
Palácio Rio Madeira - Ed. Rio Pacaás Novos, 2º Andar
Porto Velho, Rondônia.

web/public/pages/consultas/consultarCRC.jsf) fica desobrigado a apresentar todos os documentos deste subitem, desde que já constem do respectivo cadastro);

9.3 DA QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA:

9.3.1. Por intermédio dos seguintes documentos:

- a) Certidão Negativa de Recuperação Judicial – [Lei nº. 11.101/05](#) (recuperação judicial, extrajudicial e falência) emitida pelo órgão competente, expedida nos últimos 90 (noventa) dias caso não conste o prazo de validade.
- b) Na hipótese de apresentação de Certidão Positiva de recuperação judicial, a Comissão verificará se a licitante teve seu plano de recuperação judicial homologado pelo juízo, conforme determina o art. 58 da Lei 11.101/2005.
- c) Caso a empresa credenciada não obteve acolhimento judicial do seu plano de recuperação judicial, a licitante será inabilitada, uma vez que não há demonstração de viabilidade econômica.
- d) Balanço Patrimonial, referente ao último exercício social, ou o Balanço de Abertura, caso a licitante tenha sido constituída em menos de um ano, devidamente autenticado ou registrado na Junta Comercial do Estado, para que o(a) Pregoeiro(a) possa aferir se esta possui Patrimônio Líquido (licitantes constituídas a mais de um ano) ou Capital Social (licitantes constituídas a menos de um ano), de 5% (cinco) por cento) do valor estimado do lote que o licitante estiver participando.

9.4 DA REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA:

- a) Por intermédio dos seguintes documentos:
- b) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ.
- c) Certidão de Quitação de Tributos Federais e Contribuições Federais, emitida pela Receita Federal.
- d) Certidão Negativa de Débitos Relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, conforme Portaria Conjunta da RFB/PGFN nº. 1.751, de 02/10/2014.
- e) Certidão Negativa de Débito com a Fazenda do Estado (Tributos Estaduais) onde for sediada a empresa, a certidão deve estar em plena validade e, na hipótese da inexistência de prazo de validade a mesma deverá ser emitida com antecedência máxima de 60 (sessenta) dias da data de abertura deste credenciamento.
- f) Certidão Negativa de Débito com a Fazenda do Município onde for sediada a empresa, a certidão deve estar em plena validade e, na hipótese da inexistência de prazo de validade a mesma deverá ser emitida com antecedência máxima de 60 (sessenta) dias da data de abertura deste credenciamento.

SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DE LICITAÇÕES - SUPEL
Palácio Rio Madeira - Ed. Rio Pacaás Novos, 2º Andar
Porto Velho, Rondônia.

- g) Certificado de Regularidade do FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço) – CRF, emitido pela Caixa Econômica Federal.
- h) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), expedida gratuita e eletronicamente (<http://www.tst.jus.br>), para comprovar a inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, nos termos da Lei nº. 12.440/11.
- i) Caso a Licitante esteja inscrita no SICAF (Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - <https://www3.comprasnet.gov.br/sicaf-web/public/pages/consultas/consultarCRC.jsf>) fica desobrigado a apresentar todos os documentos deste subitem, desde que já constem do respectivo cadastro).
- j) Caso algum documento constante do cadastro esteja com prazo de validade vencido o licitante deverá encaminhá-lo junto com a proposta.
- k) No caso de Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte, deverão apresentar toda a documentação exigida, todavia, nos termos do Art. 43 § 1º da Lei Complementar nº 123/06, havendo alguma restrição na comprovação da regularidade fiscal e trabalhista, a Comissão de Credenciamento, concederá o prazo de 05 (cinco) dias úteis, cujo termo inicial corresponderá ao momento da declaração de classificação da Credenciada, para a regularização da documentação, pagamento ou parcelamento do débito, e emissão de eventuais certidões negativas ou positivas com efeito de certidão negativa.
- l) Não serão aceitos protocolos de solicitação de certidões ou licenças em repartições públicas para substituir documentos aqui exigidos.
- m) Poderão ser apresentadas certidões positivas com efeito negativo.
- n) Antes de credenciar as empresas interessadas, será verificado a idoneidade das declarações apresentadas, bem como a realização de vistoria técnica a fim de constatar *in loco* a capacidade física e operacional e a qualidade das ações e dos serviços prestados, com a emissão de parecer circunstanciado, que fundamentará a decisão acerca da habilitação da entidade (art. 2º, VII, Portaria nº 2.567/2016).

9.5 DECLARAÇÕES:

- a) Declaração que a empresa não emprega menor de 18 anos, conforme disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal;
- b) Declaração de que o representante da empresa não é servidor público, nos termos do art. 12 da Constituição Estadual;

9.6. No caso de Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte, DEVERÃO APRESENTAR TODA A DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA, todavia, nos termos do Art. 43 § 1º da Lei Complementar nº. 123/06, havendo alguma restrição na comprovação da regularidade fiscal e trabalhista, a Comissão de Credenciamento, concederá o prazo de 05 (cinco) dias úteis, cujo termo inicial corresponderá ao

SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DE LICITAÇÕES - SUPEL
Palácio Rio Madeira - Ed. Rio Pacaás Novos, 2º Andar
Porto Velho, Rondônia.

momento da declaração de classificação da Credenciada, para a regularização da documentação, pagamento ou parcelamento do débito, e emissão de eventuais certidões negativas ou positivas com efeito de certidão negativa.

9.6.1. Não serão aceitos protocolos de solicitação de certidões ou licenças em repartições públicas para substituir documentos aqui exigidos.

9.7. Os documentos de habilitação serão analisados pela Comissão Especial de licitação, que após encaminhará o envelope 2 contendo a documentação referente a qualificação técnica da empresa e dos profissionais para análise e julgamento pela comissão permanente da SESAU.

9.8 A sessão de abertura dos primeiros envelopes é pública, podendo participar representantes das entidades que entregaram propostas ou procuradores devidamente identificados, bem como qualquer pessoa interessada no certame.

9.9 A abertura dos primeiros envelopes ocorrerá na data e horário estabelecido no aviso de abertura na sede da SUPEL sito: situada à Av. Farquar nº 2986, Palácio Rio Madeira, Edifício Rio Pacaás Novos, 2º andar, Bairro Pedrinhas, Cidade de Porto Velho.

9.10 A Superintendência Estadual de Compras e Licitações – SUPEL não se responsabilizará por envelopes de “Documentação de Habilitação” e “Documentos de Qualificação Técnica” que sejam apresentados, fora do prazo estabelecido, definidos neste Edital.

9.11 O não cumprimento dos prazos e formas estabelecidos neste Edital, bem como a ausência de quaisquer documentos nele solicitados acarretará na eliminação da entidade participante desta seleção.

9.12 Para fins de agilização da fase de habilitação do certame licitatório, todos os volumes poderão ser, encadernados (na forma como decidir o competidor), com todas as folhas rubricadas pelo(s) representante(s) legal(is) da empresa e numeradas em ordem crescente.

9.13 Nenhum dos documentos e propostas contidos nos envelopes 1 e 2, poderão conter rasuras ou entrelinhas, não sendo permitido o uso de palavras ou algarismos manuscritos.
Para fins de julgamento considera-se:

a) **RASURAS** – qualquer tentativa de modificação do que foi originalmente escrito e que impossibilite ou dificulte a correta leitura, por dupla interpretação do texto, exclusive na numeração de folhas (desde que não altere o teor do documento), a qual a Comissão caso julgue necessário, poderá promover nova numeração, a fim de resguardar a integridade da documentação.

b) **ENTRELINHAS** – qualquer inclusão de texto na tentativa de complementar, modificar ou corrigir o que originalmente foi escrito.

9.14. Os documentos exigidos poderão ser apresentados em original ou por qualquer processo de cópia autenticada em cartório competente, ou autenticada por servidor da SUPEL/RO, sob pena de inabilitação.

9.15. Não serão considerados documentos e propostas que deixarem de atender as disposições deste Edital.

SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DE LICITAÇÕES - SUPEL
Palácio Rio Madeira - Ed. Rio Pacaás Novos, 2º Andar
Porto Velho, Rondônia.

9.16. Não serão admitidas, sob quaisquer motivos ou hipóteses, modificações ou substituições das propostas ou de quaisquer documentos.

9.17. Não serão aceitos documentos e propostas transmitidos por fac-símile, telegrama ou outra forma de apresentação que descaracterize o sigilo de seu conteúdo.

9.18. Para efeito de remessa pelos Correios, os envelopes (distintos e individuais) de Documentação de Habilitação e Propostas técnica e comercial, poderão ser acondicionados em um único invólucro, desde que no sobrescrito venha expresso seu conteúdo, identificando a licitação a que se refere data e horário para abertura, sob inteira responsabilidade do licitante.

9.19. Os documentos de habilitação e propostas apresentados fora da data e horário previsto no preâmbulo deste Edital não serão recebidos.

9.20 A validade das certidões emitidas pela INTERNET, fica condicionada à confirmação no endereço eletrônico específico.

9.21 A documentação de habilitação da licitante poderá ser substituída pelo Sistema de Cadastramento de Fornecedores (SICAF) e pelo Certificado de Registro Cadastral (CRC/CAGEFOR/RO) expedido pela Superintendência Estadual de Compras e Licitações – SUPEL/RO, nos documentos por eles abrangidos.

9.22. Será realizada consulta ao Cadastro de Fornecedores Impedidos de Licitar e Contratar com a Administração Pública Estadual – CAGEFIMP, instituído pela Lei Estadual nº 2.414, de 18 de fevereiro de 2011, podendo resultar em efeitos de inabilitação a depender da natureza de sanção aplicada.

9.23 Serão consultados, ainda, para fins de habilitação¹:

- I. O Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas (CEIS), da Controladoria-Geral da União – CGU, podendo resultar em efeitos de inabilitação a depender da natureza de sanção aplicada;
- II. O Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Ato de Improbidade Administrativa (CNIA), do Conselho Nacional de Justiça – CNJ, podendo resultar em efeitos de inabilitação a depender da natureza de sanção aplicada.

9.24. Considerando não se tratar de disputa licitatória, caso a Comissão Especial de Licitação verifique que a interessada apresentou documentação faltante ou com data de validade vencida poderá oportunizar o prazo de 05 (cinco) dias úteis para apresentação da documentação.

¹ A fim de evitar a contratação de empresas que tenham sido proibidas de licitar e contratar com a Administração Pública, por determinação do TCE/RO, conforme Decisão Monocrática nº 119/2014/GCVCS/TCE/RO – “...com vistas a não adjudicare homologar certames à empresas inidôneas, sob pena de incidirem nas disposições e penalidades previstas no art. 55, IV, da Lei Complementar nº 154/96.”.

SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DE LICITAÇÕES - SUPEL
Palácio Rio Madeira - Ed. Rio Pacaás Novos, 2º Andar
Porto Velho, Rondônia.

- 9.25. Os interessados poderão recorrer do resultado publicado em relação à avaliação da documentação, apresentando suas razões devidamente fundamentadas e por escrito, no prazo de até 05 (cinco) dias úteis contados do dia da sessão pública, ficando, nesse período, autorizada vista ao processo.
- 9.26. O recurso limitar-se-á a questões de habilitação, considerando, exclusivamente, a documentação apresentada no ato do credenciamento, não sendo considerado documento anexado em fase de recurso.
- 9.27. O recurso deverá ser protocolado ou enviado por via postal a Comissão Permanente de Licitação.
- 9.28. A Autoridade Superior poderá decidir pela reconsideração ou manutenção da decisão, devendo, neste caso, expedir decisão definitiva.
- 9.29. Somente o próprio interessado ou seu representante legalmente habilitado poderão interpor recurso.
- 9.30. Não serão aceitos recursos por fax ou correio eletrônico, nem fora dos padrões e prazos estabelecidos neste Termo de Referência.
- 9.31. Serão conhecidos somente os pedidos de revisão tempestivos, motivados e não protelatórios.
- 9.32. Não serão admitidos mais de um recurso do interessado versando sobre o mesmo motivo de contestação.
- 9.33. Os resultados dos recursos interpostos serão comunicados diretamente aos recorrentes.
- 9.34. Havendo renúncia expressa de todos os participantes ao direito de interpor recurso contra o credenciamento no ato em que foi adotada a decisão, a Comissão realizará imediatamente o sorteio das credenciadas, de tudo lavrando-se Ata.

10.O Envelope 02 – DA DOCUMENTAÇÃO REFERENTE AO CREDENCIAMENTO - deverá conter os seguintes documentos:

10.1 QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

10.1.1 DA EMPRESA:

- a)** Apresentar Declaração formal de disponibilidade das instalações, dos equipamentos e do Pessoal técnico, conforme exigido no Termo de referência, adequados para a realização dos serviços de que trata a referida despesa. Poderá ser objeto de vistoria, as dependências da Licitante para comprovação dos equipamentos constantes no Memorial Descritivo.
- b)** Certificado de registro da Instituição no Conselho Regional de Medicina;
- c)** Apresentar a Comprovação de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, registrado no município da execução dos serviços, para fins de registro e transmissão da produção nos Sistemas do Ministério da Saúde.
- d)** Apresentar Alvará Sanitário da sede da empresa, emitido pela Vigilância Sanitária Municipal ou Estadual;
- e)** Apresentar Alvará de Localização e Funcionamento da empresa expedido por órgão municipal competente;
- f)** Ofício/Documento indicando a capacidade técnica total de atendimento, o código e descrição do procedimento e a quantidade de serviço por mês, que pretende ofertar para o SUS em serviços (Modelo no anexo II do TR)
- g)** Declaração de situação de regularidade (Modelo anexo III do TR)

SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DE LICITAÇÕES - SUPEL
Palácio Rio Madeira - Ed. Rio Pacaás Novos, 2º Andar
Porto Velho, Rondônia.

10.1.2 DA QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DOS PROFISSIONAIS:

- a)** Indicação do pessoal técnico adequado e disponíveis para a realização dos serviços, bem como da qualificação de cada um dos membros da equipe técnica que se responsabilizará pelos trabalhos;
- b)** Memorial Descritivo contendo a relação dos profissionais responsáveis pela execução dos serviços propostos.
- c)** Estar cadastrado e atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
- d)** Declaração formal se comprometendo a disponibilizar os profissionais mínimos necessários a execução dos serviços.
- g)** Apresentação de Currículo Vitae, Diploma de Graduação em Medicina, Certificado de Especialidade Médica do objeto deste certame, documentos pessoais, Comprovação de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES, Registro no Conselho de Classe competente; e demais documentos que comprovem a veracidade das informações, em conformidade com o art. 30 da Lei nº 8.666/93.
- h)** A comprovação do vínculo dos profissionais poderá ser feita mediante apresentação de um contrato de prestação de serviços.

10.1.3 DOS EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS:

- a)** Apresentar Memorial Descritivo contendo a relação dos equipamentos e mobiliários hospitalares atendendo legislação vigente e mantendo quantidade e especificação técnica mínima, necessários para o fiel cumprimento dos serviços.

11. DAS CONDIÇÕES PARA O CREDENCIAMENTO:

11.1. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO:

11.1.1. Conforme item 12.1.1 e seus subitens do Termo de Referência.

11.2. PRAZOS PARA O CREDENCIAMENTO

11.2.1. Conforme item 12.2 e seus subitens do Termo de Referência.

11.3. DA PROPOSTA DE CREDENCIAMENTO

11.3.1. Conforme item 12.3 e seus subitens do Termo de Referência.

11.4. DA PUBLICIDADE DO CREDENCIAMENTO E DO EXTRATO DO CONTRATO

11.4.1. Conforme item 12.6 do Termo de Referência.

11.5. DA FORMALIZAÇÃO DO CREDENCIAMENTO:

11.5.1. Conforme item 12.7 e seus subitens do Termo de Referência.

SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DE LICITAÇÕES - SUPEL
Palácio Rio Madeira - Ed. Rio Pacaás Novos, 2º Andar
Porto Velho, Rondônia.

11.6. DO CRITÉRIO DE CADASTRAMENTO:

11.6.1. Conforme item 12.8 e seus subitens do Termo de Referência.

11.7. DO GERENCIAMENTO DOS SERVIÇOS A SEREM PRESTADOS PELA CREDENCIADA:

11.7.1. Conforme item 12.9 e seus subitens do Termo de Referência.

12. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

12.1. Conforme disposto no item 6 e seus subitens do Termo de Referência.

13. DO PAGAMENTO

13.1. Conforme disposto no item 5 e seus subitens do Termo de Referência.

14. DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES:

14.1 DA CREDENCIADA:

14.1.1 conforme item 9.1 e seus subitens do Termo de Referência.

14.2. DA CREDENCIANTE:

14.2.1. Conforme item 9.2 e seus subitens do Termo de Referência.

15. DOS CASOS DE DESCREDENCIAMENTO:

15.1 conforme item 12.10 e seus subitens do Termo de Referência.

16. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS:

16.1 Sem prejuízo das sanções cominadas no art. 87, I, III e IV, da Lei nº 8.666/93, pela inexecução total ou parcial do contrato, a Administração poderá, garantida a prévia e ampla defesa, aplicar à Contratada multa de até 10% (dez por cento) sobre a parte inadimplida.

16.2 Se a adjudicatária recusar-se a retirar o instrumento contratual injustificadamente ou se não apresentar situação regular na ocasião dos recebimentos, garantida a prévia e ampla defesa, aplicar à Contratada multa de até 10% (dez por cento) sobre o valor total adjudicado.

16.3 Ficará impedido de licitar e de contratar com o Estado de Rondônia e será descredenciado no SICAF, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, sem prejuízo das multas previstas em edital e no contrato e das demais cominações legais, garantido o direito à ampla defesa, a empresa que, convocado dentro do prazo de validade de sua proposta:

I - não assinar o contrato.

II - não entregar a documentação exigida no edital.

SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DE LICITAÇÕES - SUPEL
Palácio Rio Madeira - Ed. Rio Pacaás Novos, 2º Andar
Porto Velho, Rondônia.

- III - apresentar documentação falsa.
- IV - causar o atraso na execução do objeto.
- V - não manter a proposta.
- VI - falhar na execução do contrato.
- VII - fraudar a execução do contrato.
- VIII - comportar-se de modo inidôneo.
- IX - declarar informações falsas.
- X - cometer fraude fiscal.

16.3.1 As sanções descritas no item 16.3 também se aplicam aos integrantes do cadastro de reserva, em pregão para registro de preços que, convocados, não honrarem o compromisso assumido sem justificativa ou com justificativa recusada pela administração pública.

16.4 As sanções serão registradas e publicadas no SICAF e Cadastro de Fornecedores Impedidos de Licitar e Contratar com a Administração Pública Estadual - CAGEFIMP.

16.5 A multa, eventualmente imposta à Contratada, será automaticamente descontada da fatura a que fizer jus, acrescida de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, caso a contratada não tenha nenhum valor a receber do Estado, ser-lhe-á concedido o prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados de sua intimação, para efetuar o pagamento da multa, após esse prazo, não sendo efetuado o pagamento, serão deduzidos da garantia, mantendo-se o insucesso, seus dados serão encaminhados ao órgão competente para que seja inscrita na dívida ativa, podendo, ainda a Administração proceder à cobrança judicial.

16.6 As multas previstas nesta seção não eximem a adjudicatária ou contratada da reparação dos eventuais danos, perdas ou prejuízos que seu ato punível venha causar à Administração.

16.7 De acordo com a gravidade do descumprimento, poderá ainda a contratada se sujeitar à Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que o contratado ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e depois de decorrido o prazo da sanção aplicada com base na legislação vigente.

16.8 A sanção denominada “Advertência” só terá lugar se emitida por escrito e quando se tratar de faltas leves, assim entendidas como aquelas que não acarretarem prejuízos significativos ao objeto da contratação, cabível somente até a segunda aplicação (reincidência) para a mesma infração, caso não se verifique a adequação da conduta por parte da Contratada, após o que deverão ser aplicadas sanções de grau mais significativo.

16.9 As sanções serão aplicadas sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal que possa ser acionada em desfavor da Contratada, conforme infração cometida e prejuízos causados à administração ou a terceiros.

16.10 Para efeito de aplicação de multas, às infrações são atribuídos graus, com percentuais de multa conforme a tabela a seguir, que elenca apenas as principais situações previstas, não eximindo de outras equivalentes que surgirem, conforme o caso:

Item	Descrição da Infração	Grau	Multa*
01	Permitir situação que crie a possibilidade ou cause dano físico, lesão corporal ou consequências letais, por ocorrência.	06	4,0% por dia
02	Usar indevidamente informações sigilosas a que teve acesso, por ocorrência.	06	4,0% por dia
03	Suspender ou interromper, salvo por motivo de força maior ou caso fortuito, os serviços contratuais por dia e por unidade de atendimento.	05	3,2% por dia
04	Destruir ou danificar documentos por culpa ou dolo de seus agentes, por	05	3,2% por

SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DE LICITAÇÕES - SUPEL
Palácio Rio Madeira - Ed. Rio Pacaás Novos, 2º Andar
Porto Velho, Rondônia.

	ocorrência.		dia
05	Recusar-se a executar serviço determinado pela fiscalização, sem motivo justificado, por ocorrência.	04	1,6% por dia
06	Executar serviço incompleto, paliativo substitutivo como por caráter permanente, ou deixar de providenciar recomposição complementar, por ocorrência.	02	0,4% por dia
07	Fornecer informação pérfida de serviço ou substituição de Cartão/equipamento/software, por ocorrência.	02	0,4% por dia
08	Manter credenciamento ou descredenciamento de estabelecimento sem a anuência prévia do Gestor do Contrato, por ocorrência(s).	01	0,2% por dia
09	Tratar de maneira diferenciada os estabelecimentos credenciados por si, dos motivados por conta própria ou encaminhados pelo Gestor do Contrato, por ocorrência(s) e por estabelecimento.	01	0,2% por dia
Para os itens a seguir, deixar de:			
10	Efetuar o pagamento da rede credenciada no prazo estipulado, por dia e por ocorrência.	06	4,0% por dia
11	Efetuar o pagamento de seguros, encargos fiscais e sociais, assim como quaisquer despesas diretas e/ou indiretas relacionadas à execução deste contrato, por dia e por ocorrência.	05	3,2% por dia
12	Efetuar a restauração do sistema e reposição de equipamentos danificados, por motivo e por dia,	04	1,6% por dia
13	Cumprir quaisquer dos itens do Edital e seus anexos, mesmo que não previstos nesta tabela de multas, após reincidência formalmente notificada pela fiscalização, por ocorrência.	03	0,8% por dia
14	Cumprir determinação formal ou instrução complementar da fiscalização, por ocorrência.	03	0,8% por dia
15	Iniciar execução de serviço nos prazos estabelecidos, observados os limites mínimos estabelecidos por este Contrato, por serviço, por ocorrência.	02	0,4% por dia
16	Disponibilizar os equipamentos, sistema, estabelecimentos credenciados, em numero mínimo, treinamento, suporte e demais necessários à realização dos serviços do escopo do contrato, por ocorrência.	02	04% por dia
17	Ressarcir o órgão por eventuais danos causados por sua culpa, em veículos, equipamentos, dados, etc.	02	0,4% por dia
18	Fornecer as senhas e relatórios exigidos para o objeto, por tipo e por ocorrência.	02	0,4% por dia
19	Fiscalizar e controlar, diariamente, a atuação da rede credenciada, por estabelecimento e por dia.	01	0,2% por dia
20	Credenciar estabelecimento por proposta própria ou encaminhada pelo Gestor do Contrato, por ocorrência e por dia.	01	0,2% por dia
21	Manter a documentação de habilitação atualizada, por item, por ocorrência.	01	0,2% por dia
22	Substituir funcionário que se conduza de modo inconveniente ou não atenda às necessidades do Órgão, por funcionário e por dia.	01	0,2% por dia
23	Fornecer suporte técnico à Contratante e à rede credenciada, por ocorrência e por dia.	01	0,2% por dia

SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DE LICITAÇÕES - SUPEL
Palácio Rio Madeira - Ed. Rio Pacaás Novos, 2º Andar
Porto Velho, Rondônia.

** Incidente sobre a parte inadimplida do contrato*

16.11 As sanções aqui previstas poderão ser aplicadas concomitantemente, facultada a defesa prévia do interessado, no respectivo processo, no prazo de 05 (cinco) dias úteis.

16.12 Após 30 (trinta) dias da falta de execução do objeto, será considerada inexecução total do contrato, o que ensejará a rescisão contratual.

16.13 As sanções de natureza pecuniária serão diretamente descontadas de créditos que eventualmente detenha a contratada ou efetuada a sua cobrança na forma prevista em lei.

16.14 As sanções previstas não poderão ser relevadas, salvo ficar comprovada a ocorrência de situações que se enquadrem no conceito jurídico de força maior ou casos fortuitos, devidos e formalmente justificados e comprovados, e sempre a critério da autoridade competente, conforme prejuízo auferido.

16.15 A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Administração, observado o princípio da proporcionalidade.

16.16 A sanção será obrigatoriamente registrada no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores – SICAF, bem como em sistemas Estaduais.

16.17 Também ficam sujeitas às penalidades de suspensão de licitar e impedimento de contratar com o órgão licitante e de declaração de inidoneidade, previstas no subitem anterior, as empresas ou profissionais que, em razão do contrato decorrente desta licitação: tenham sofrido condenações definitivas por praticarem, por meio dolosos, fraude fiscal no recolhimento de tributos, tenham praticado atos ilícitos visando a frustrar os objetivos da licitação, demonstrem não possuir idoneidade para contratar com a Administração em virtude de atos ilícitos praticados.

17. DA SUBCONTRATAÇÃO/TRANSFERENCIA DO CONTRATO:

17.1. Conforme item 14 e seus subitens do Termo de Referência.

18. DO REAJUSTE DO CONTRATO

18.1 conforme item 13 e seus subitens do Termo de Referência.

19. DO FORO

19.1 as partes elegem o foro da comarca de Porto Velho-RO, para dirimir as questões que não puderem ser resolvidas pela via administrativa referentes a este EDITAL.

20. DAS CONDIÇÕES GERAIS:

20.1.A Contratada se obriga a aceitar acréscimos ou supressões nas quantidades inicialmente previstas respeitando os limites do artigo 65 da Lei 8.666/93 e suas alterações, tendo como base os preços constantes da(s) proposta(s) Contratada(s), diante de necessidade comprovada da Administração.

20.2 Rege-se este instrumento pelas normas e diretrizes estabelecidas na Lei Federal nº 8.666/93, e pela Portaria nº 2.567/2016, de 25 de novembro de 2016, do Ministério da Saúde.

20.3 As omissões, dúvidas e casos não previstos neste instrumento serão resolvidos e decididos aplicando as regras contratuais e a Lei 8.666/93 e suas alterações, caso persista a pendência pelos Técnicos desta SESA/RO.

SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DE LICITAÇÕES - SUPEL
Palácio Rio Madeira - Ed. Rio Pacaás Novos, 2º Andar
Porto Velho, Rondônia.

20.4 A(O) credenciada (o) compromete-se a aceitar, cumprir e fazer cumprir as determinações legais e demais normas emanadas do Ministério da Saúde, e órgãos e entidades a ele vinculadas e da Secretária de Estado da Saúde de Rondônia, e a acatar as resoluções que regem o Sistema Único de Saúde – SUS.

20.5 A(O) credenciada (o) declara ainda, aceitar os termos das Normas Gerais do SUS, inclusive no que tange à sujeição às necessidades e demanda da Secretária de Estado da Saúde de Rondônia – SESA/RO.

20.6 Esse Termo de Referência, encontra-se em harmonia com o Decreto nº 21.264 de 20 de setembro de 2016 que dispõe sobre a aplicação do Princípio do Desenvolvimento Estadual Sustentável no âmbito do Estado de Rondônia.

20.7 Qualquer tolerância da Administração Pública quanto a eventuais infrações não implicará renúncia a direitos e não pode ser entendida como aceitação, novação ou precedente.

20.8 Fica eleito o foro da Comarca de Porto Velho/RO, com expressa renúncia de qualquer outro, para dirimir os possíveis litígios que decorram do presente procedimento.

21. ANEXO DO EDITAL:

Anexo I: Termo de Referência e seus anexos;

Anexo II: Minuta do termo de credenciamento.

Porto Velho (RO), 06 de setembro de 2023.

BRUNA GONÇALVES APOLINÁRIO
Presidente – Comissão Especial de Licitação – CEL/SUPEL/RO



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
Secretaria de Estado da Saúde - SESAU

TERMO DE REFERÊNCIA

1. IDENTIFICAÇÃO:

1.1. UNIDADE ORÇAMENTÁRIA: Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia – SESAU/RO.

1.2. REQUISITANTE/BENEFICIÁRIA: Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia – SESAU/RO.

2. OBJETO:

2.1. Contratação de credenciados que atuem na prestação de serviços de exames e procedimentos na área de diagnóstico por imagem e medicina nuclear inseridas nos subgrupos de diagnósticos por **ressonância magnética e por medicina nuclear in vivo (cintilografia)** constantes da Tabela SIA/SUS, com seus respectivos laudos, de forma contínua, para atender as necessidades dos usuários das Regiões de Saúde: **Madeira Mamoré e Região do Café**.

2.2. Detalhamento do objeto:

2.2.1. O credenciamento visa à prestação de serviços de saúde com finalidade diagnóstica na área de Diagnóstico por Imagem e medicina nuclear (**ressonância magnética e por medicina nuclear in vivo**), com seus respectivos laudos;

2.2.2. Os serviços serão executados no período de **24 horas/dia, 7 (sete) dias por semana, inclusive sábados, domingos e feriados** para atender aos usuários da Rede Pública Estadual de Saúde conforme especificação dos lotes 1 e 2 previstos no item 2.2 dentro das normas e legislações pertinentes, sob inteira responsabilidade da CREDENCIADA, obedecendo aos detalhamentos constantes neste Termo de Referência.

2.3. Objetivos do objeto:

- I - Regularização dos parâmetros utilizados para a compra dos serviços mencionados com iniciativa privada para todo prestador que se enquadrar nas exigências deste Termo de Referência;
- II - Garantir o acesso da população aos serviços de saúde em tela, em todos os níveis da assistência de forma adequada, equânime, qualificada, e o mais próximo possível, de sua residência;
- III - Organizar a rede de assistência de procedimentos de **ressonância magnética e por medicina nuclear in vivo**, bem como a melhoria na qualidade do atendimento.

2.4. ESPECIFICAÇÃO, QUANTITATIVO E METODOLOGIA DE CÁLCULO:

2.4.1. Para definição do quantitativo que compõem os lotes 1 e 2 deste Termo de Referência, foi considerando as informações através dos despachos SESAU-CAIS (0018624854, 0018973154), mediante a resposta do CRECSS através do Despacho SESAU-NCSI (0018510172), Despacho SESAU-CAIS (0018624854) e Informação nº 50/2021/SESAU-CAIS (0019665413), Adendo Produção Ambulatorial e hospitalar 2015 a 2020 (0018510261), (0018510268), a fim de contemplar as solicitações requeridas;

2.4.2. Neste primeiro momento, verificamos que os dados apresentados encontram-se **estimados até 18/06/2021**, conforme Despacho SESAU-CAIS (id. 0018624854), no qual mensura média mensal e média anual;

2.4.3. As estimativas de quantidades poderão sofrer variações uma vez que as mesmas encontram-se inicialmente defasadas, necessitando passar por atualização para haja um valor se não exato, mas o mais próximo possível da realidade atual;

2.4.4. A empresa credenciada só será remunerada pelos serviços efetivamente realizados e devidamente comprovados, sendo obrigação da credenciada atender a demanda existente, conforme previstos na tabela SUS e elencados abaixo;

2.4.5. A descrição dos serviços (procedimentos com seus respectivos códigos SUS), deverão ser executados pela credenciada com quantitativo mensal e valor mensal, conforme tabela SUS, anexo I deste Termo de Referência;

LOTE 1: Região de Saúde Madeira Mamoré, que compreende - (HEPS-II, HBAP, CEMETROM, HICD, POC e demais municípios da Região)

2.4.6. Tendo em vista o levantamento realizado no período de 01/08/2022 a 31/07/2023, conseguimos observar que os números citados nos documentos acima se elevam nos procedimentos de ressonância como vemos no quadro abaixo extraído do Sistema SISREG;

2.4.7. Para tentar mensurar o exercício de 2022 utilizou-se a média entre a soma dos dados apresentados através dos registros efetivados no Sistema Nacional utilizados no despacho SESAU-CRECSS (id. 0040383992), somado aos dados da fila de espera eletiva utilizado no despacho CAIS-GERREG (id. 0040441628) e dos agendamentos efetivados até 31/07/2023 conforme (id. 0040441692);

2.4.8. Na estimativa prospectada, buscou-se a maior proximidade de com a realidade condizente, visto o lastro levantado através das informações obtidas das Gerências encarregadas;

2.4.9. Informamos ainda que seguindo as considerações apresentadas no Despacho SESAU-CAIS (0018624854), no qual submete o subtotal alcançados um percentual de 20% (vinte) por cento mais média da soma dos períodos, que mensurar o crescimento entre um exercício e outro;

2.4.10. Valores **Estimados até 18/06/2021** - Despacho SESAU-CAIS (id. 0018624854);

2.4.11. Os dados apresentados nestes documentos, são consistentes e apresentam uma curva de crescimento (2019 a 2022), condizente com o crescimento demográfico apresentado em pesquisa recente pelo IBGE;

2.4.12. Desta forma ao levantarmos os dados do exercício 2022 e meados de 2023, podemos mensurar aproximadamente os seguintes números:

QUANTITATIVO ESTIMADO PARA EXERCÍCIO 2023								
Código	Descrição	EXERC. 2019	EXERC. 2020	EXERC. 2021	EXERC. 2022	SUBTOTAL	MÉDIA	ESTIMATIVA ANUAL
207010013	Angioressonância Cerebral	0	53	117	152	322	81	145
207010021	Ressonância Magnética De Articulação Temporomandibular (Bilateral)	0	25	27	40	92	23	41
207010030	Ressonância Magnética De Coluna Cervical/Pescoço	33	2512	2597	3014	8156	2039	3670
207010048	Ressonância Magnética De Coluna Lombo-Sacra	54	6506	6659	7563	20782	5196	9352
207010056	Ressonância Magnética De Coluna Torácica	7	1115	1399	1395	3916	979	1762
207010064	Ressonância Magnética De Crânio	36	3421	3913	3888	11258	2815	5066
207010072	Ressonância Magnética De Sela Túrcica	2	88	112	102	304	76	134
207020019	Ressonância Magnética de coração/aorta c/ cine	0	6	0	0	6	2	12*
207020027	Ressonância Magnética De Membro Superior (Unilateral)	14	1231	1452	1427	4124	1031	1856
207020035	Ressonância Magnética De Tórax	4	179	160	139	482	121	217
207030014	Ressonância Magnética De Abdome Superior	5	591	755	632	1983	496	892
207030022	Ressonância Magnética De Bacia / Pelve / Abdome Inferior	20	2283	2640	2143	7086	1772	3189
207030030	Ressonância Magnética De Membro Inferior (Unilateral)	50	3073	3091	3510	9724	2431	4376
207030049	Ressonância Magnética De Vias Biliares/Colangiressonância	0	96	81	70	247	62	111

TOTAL	225	21.179	23.003	24.075	68.482	17.121	30.826
-------	-----	--------	--------	--------	--------	--------	--------

Fonte: Sistema SISREG III - Dados Extraídos em 31/07/2023 - CAIS-GERREG

(**) Foi definido a média de 01 (um) procedimento por mês, para conseguirmos ter 12 (dose) uma estimativa anual;
 (***) Não pode ser mensurado pela SESAUC-CAIS, nesta caso buscando a maior aproximação a realidade, lançamos mão da orientação que CAIS, em que: Para haver o mínimo de 01 (um) procedimento ao mês, deveríamos igualar o valor a 12 (doze) procedimentos anuais;

LOTE 2: Região de Saúde do Café - (Região de Saúde do Café , Região de Saúde Zona da Mata e Região de Saúde do Cone Sul)

- 2.4.13. Não pode ser mensurado pela SESAUC-CAIS, os números exatos dos procedimentos a serem alcançados, nesta caso buscando a maior aproximação a realidade, lançamos mão da orientação que CAIS, em que: Para haver o mínimo de 01 (um) procedimento ao mês, deveríamos igualar o valor a 12 (doze) procedimentos anuais;
- 2.4.14. Para tentar mensurar o exercício de 2022 utilizou-se a média entre a soma dos dados apresentados através dos registros efetivados no Sistema Nacional utilizados no despacho SESAUC-CRECSS (id. 0040383992), somado aos dados da fila de espera eletiva utilizado no despacho CAIS-GERREG (id. 0040441628) e dos agendamentos efetivados até 31/07/2023 conforme (id. 0040441692);
- 2.4.15. Os dados apresentados nestes documentos, são consistentes e apresentam uma curva de crescimento (2019 a 2022), condizente com o crescimento demográfico apresentado em pesquisa recente pelo IBGE;
- 2.4.16. Informamos ainda que seguindo as considerações apresentadas no Despacho SESAUC-CAIS (0018624854), no qual submete o subtotal alcançados um percentual de 15% (quinze) por cento mais média da soma dos períodos, que mensurar o crescimento entre um exercício e outro;
- 2.4.17. Na estimativa prospectada, buscou-se a maior proximidade de com a realidade condizente, visto o lastro levantado através das informações obtidas das Gerencias encarregadas;
- 2.4.18. Desta forma ao levantarmos os dados do exercício 2022 e meados de 2023, podemos mensurar aproximadamente os seguintes números:

QUANTITATIVO ESTIMADO									
Nº	Código	Descrição	EXERC. 2019	EXERC. 2020	EXERC. 2021	EXERC. 2022	SUBTOTAL	MÉDIA	ESTIMATIVA ANUAL
001	208010025	Cintilografia De Miocárdio P/ Aval. Da Perfusão em Situação De Estresse.	110	122	143	168	543	136	217
002	208010033	Cintilografia De Miocárdio P/ Aval. Da Perf. Em Sit. De Repouso - min. 3	0	25	27	84	136	34	54
003	208010041	Cintilografia De Miocárdio P/ Loc. De Necrose (Mínimo 3 Projeções)	12	12	12	12	48	12	19
004	208020110	Cintilografia P/ Pesquisa De Refluxo Gastro-Esofágico	12	12	12	12	48	12	19
005	208030018	Cintilografia De Paratireoides	12	12	12	12	48	12	19
006	208030026	Cintilografia De Tireoide C/ Ou S/ Captação	12	12	12	12	48	12	19
007	208030034	Cintilografia De Tireoide C/ Teste De Supressão / Estimulo	12	12	12	12	48	12	19
008	208030042	Cintilografia P/ Pesquisa Do Corpo Inteiro	12	12	12	12	48	12	19
009	208040056	Cintilografia Renal/Renograma (Qualitativa E/Ou Quantitativa)	25	36	44	56	161	40	64
010	208040102	Estudo Renal Dinâmico C/ Ou S/ Diurético	36	42	48	54	180	45	72
011	208050035	Cintilografia De Ossos C/ Ou S/ Fluxo Sanguíneo (Corpo Inteiro)	85	98	108	120	411	103	164
012	208050043	Cintilografia De Segmento Osseo C/ Galio 67	12	12	12	12	48	12	19
013	208020020	Cintilografia De Fígado E Vias Biliares	12	12	12	12	48	12	19
014	208060014	Cintilografia De Perfusão Cerebral C/ Talio (Spcto)	12	12	12	12	48	12	19
015	208070044	Cintilografia De Pulmão Por Perfusão (Mínimo 4 Projecoes)	12	12	12	12	48	12	19
016	208090010	Cintilografia De Corpo Inteiro C/ Galio 67 P/ Pesquisa De Neoplasias	12	12	12	12	48	12	19
017	208070044	Linfocintilografia	12	12	12	12	48	12	19
018	208050035	Cintilografia De Ossos C/ Ou S/ Fluxo Sanguíneo (Corpo Inteiro)	12	12	12	12	48	12	19
019	208090037	Cintilografia De Mama (Bilateral)	12	12	12	12	48	12	19
TOTAL			424	491	538	650	2.103	526	837

Fonte: Sistema SISREG III - Dados Extraídos em 31/07/2023 - CAIS-GERREG

(**) Não pode ser mensurado pela SESAUC-CAIS, nesta caso buscando a maior aproximação a realidade, lançamos mão da orientação que CAIS, em que: Para haver o mínimo de 01 (um) procedimento ao mês, deveríamos igualar o valor a 12 (doze) procedimentos anuais;
 ==> Informamos ainda que seguindo as considerações apresentadas no Despacho SESAUC-CAIS (0018624854), no qual submete o subtotal alcançados um percentual de 15% (quinze) por cento mais média da soma dos períodos, que mensurar o crescimento entre um exercício e outro;

2.5. Metodologia de cálculo:

- 2.5.1. Considerando o crescimento demográfico Estado de Rondônia e a informação do senso o IBGE (id. 0040970404), para realização deste estudo, disponível em sites, institutos de pesquisas, além de órgãos próprios que realizam os estudos da região, com o objetivo de obter informações em consonância com a população de cada região do Estado de Rondônia, e assim usando como base para a realização do memoria de cálculo por Região de Saúde contemplada nos Lotes: 01 e 02;
- 2.5.2. Ressalta-se que para a realização do memorial de cálculo, foram compilados os dados da produção ambulatorial e hospitalar aprovadas na série histórica de 2019 até 2022, e também utilizando de base as informações disponibilizadas pela CRECSS, conforme o Despacho SESAUC-NCIS (0017149092) e Despacho SESAUC-CRECSS (0017158302), embora, optou-se por trabalhar com dados do período de 2017, 2018 e 2019;

Lote - 01 - Região de Saúde **Madeira Mamoré** que compreende - (HEPS-II, HBAP, CEMETROM, HICD, POC e demais municípios da Região);

Quadro - 01 - Memoria de Cálculo, com base na efetivação do exame - Produção Ambulatorial. 1

Diagnóstico de Ressonância Magnética Em Relação ao Crescimento Populacional								
Madeira-Mamoré (Macro - I)	POPULAÇÃO	PRODUÇÃO				Média de Exames	Estimativa para 2023	Crescimento entre Exercícios 22%
		2019	2020	2021	2022			
Crescimento Direto	556.022	225	21.179	23.003	24.075	17.121	30.826	6.751

LOTE 2: Região de Saúde do Café - (Região de Saúde do Café , Região de Saúde Zona da Mata e Região de Saúde do Cone Sul) - Terceira Estimativa.

Quadro - 02 - Memoria de Cálculo, com base na efetivação do exame - Produção Ambulatorial. 2

Diagnóstico de Cintilografia Em Relação ao Crescimento Populacional								
Madeira-Mamoré (Macro - II)	POPULAÇÃO	PRODUÇÃO				Média de Exames	Estimativa para 2023	Crescimento entre Exercícios 22%
		2019	2020	2021	2022			
Crescimento Direto	392.676	333	416	520	650	405	837	187

- 2.5.3. Para que possamos melhor entendimento é oportuno salientar que o Caderno 1 do Ministério da saúde (2017) que estabelece os Critérios e Parâmetros Assistenciais, é utilizado como referência para auxiliar na estimativa do quantitativo de Ressonância magnética necessário por ano e produtividade por equipamento, assim, juntamos aos autos pesquisa do IBGE, no qual demonstra o quantitativo do último **Senso Populacional da Região Madeira Mamoré**:

Lote - 01 - Região de Saúde **Madeira Mamoré** que compreende - (HEPS-II, HBAP, CEMETROM, HICD, POC e demais municípios da Região)

Índice Populacional - IBGE-2022	
Região de Saúde Madeira-Mamoré	População Em 2022
1) Porto Velho;	460.413
2) Nova Mamoré;	25.444
3) Guajará-Mirim	39.386
4) Candeias do Jamari;	22.238
5) Itapuã;	8.541
TOTAL	556.022

LOTE 2: Região de Saúde do Café - (Região de Saúde do Café , Região de Saúde Zona da Mata e Região de Saúde do Cone Sul)

Índice Populacional - IBGE-2022	
Região de Saúde da Zona da Mata - 8 municípios:	POPULAÇÃO
1) Alta Floresta	21.495
2) Alto Alegre	11.479
3) Parecis	4.125
4) Santa Luzia	7.419
5) Rolim de Moura	3.471
6) Castanheiras	3.233
7) Novo Horizonte	7.667
8) Nova Brasilândia	15.679
TOTAL POPULACIONAL	74.568
Região de Saúde do Café - 6 municípios:	POPULAÇÃO
1) Cacoal	86.895
2) Espigão do Oeste	29.397
3) Pimenta Bueno	34.998
4) Ministro Andreazza	6.466
5) São Felipe	5.258
6) Primavera	3.074
TOTAL POPULACIONAL	166.088
Região de Saúde do Cone Sul - 7 municípios:	POPULAÇÃO
1) Vilhena	95.832
2) Chupinguaia	9.324
3) Corumbiara	7.519
4) Cerejeiras	15.890
5) Pimenteiras	2.156
6) Colorado	15.663
7) Cabixi	5.636
TOTAL POPULACIONAL	152.020
TOTAL GERAL PARA O LOTE 2	392.676

2.5.4. Salienta-se que o memorial de cálculo foi elaborado após uma análise do histórico de procedimentos levantados nos últimos anos de 2019 até 2022 das Regiões de Saúde supracitadas, do qual os dados foram compilados e posteriormente agrupados e assim aplicado a média para estabelecer o quantitativo dos procedimentos anuais, por fim, foi acrescido 20% de índice de segurança técnica para o crescimento mínimo dos procedimento de Ressonância magnética do Lote 01 que atende a Região de Saúde Madeira-Mamoré, e para o Lote 02 das Regiões Saúde Café, Zona da Mata e Região de saúde, que contempla o procedimento de medicina nuclear in vivo foi definido também 20% de acréscimos no quantitativo ofertado, conforme a dinâmica dos procedimentos ofertados, além de verificarmos os números do últimos senso do IBGE, que apresentou um crescimento populacional constante e por consequência também um aumento de demandas na área de saúde;

2.5.5. É importante ressaltar que as Unidades de Saúde do Estado, sinalizaram a necessidade do serviço ofertado de forma complementar, através dos documentos: Despacho HICD-GAF (0016918964), Despacho HRE-DG (0016958830), Despacho JPII-NIR (0016962510), justificativa HRSF-GMED (0017037097), Despacho COHREC-NIR (0017039368), Despacho COHREC-COAD (0017039873), Despacho CEMETRON-DGM (0017040620) , justificativa POC-GMED (0017044947), Despacho HB-DIRTEC (0016913726), levando em considerações todas as informações elencadas como forma de subsidiar a construção dos dados aqui apresentados para prospecção as necessidades para o próximo exercício;

2.5.6. Todavia, é importante destacar que não foram utilizados dados da competência de 2020, visto que se tratou de um ano atípico, em virtude da Pandemia de Covid-19, em que, diante do cenário e da emergência em Saúde Pública, gerou uma causalidade própria, configurando-se com mudanças na dinâmica da saúde da população Rondoniense, consequentemente, acabou repercutindo nos parâmetros assistências de forma ampla, assim, com impactos significativos e ainda não completamente dimensionados, os dados vigentes do ano de 2020, podem expressar uma realidade atemporal e transitória, portanto, dados necessitaram passar por readequações no que tange a procedimentos de ressonância magnética e por medicina nuclear in vivo, quando comparado com aos anos anteriores a Pandemia;

2.5.7. Considerando, que o serviço prestado direta ou indiretamente pelo ente público deve observar sempre os princípios e diretrizes do SUS, toda a normatização vigente, e atender o usuário de acordo com suas necessidades, com qualidade e em tempo oportuno.

2.6. Metodologia dos serviços:

2.6.1. Compromissos da Unidade Solicitante:

2.6.1.1. A unidade solicitante deverá ter muita atenção quanto ao preenchimento correto da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade - APAC e/ou impresso específico de solicitação para o procedimento;

2.6.1.2. A falta de atenção desta orientação poderá acarretar problemas tais como:

- I - Constantes devoluções da regulação a Unidade Solicitante para adição de informações;
- II - Glosa do procedimento no setor de Controle;
- III - Avaliação;
- IV - Auditoria da SESAU.

2.6.1.3. O operador da Unidade Solicitante deverá anexar a guia de autorização do SISREG com a APAC e/ou impresso específico de solicitação para o procedimento, os documentos necessários (cópias: cartão SUS, identidade, CPF e comprovante de residência com CEP) entregue pelo paciente ao técnico da empresa credenciada, que deverá ser entregue à credenciada no ato da realização do exame;

2.6.1.4. Toda documentação para a execução do procedimento junto com a produção realizada, deverá ser entregue à CRECSS/SESAU mensalmente pela credenciada de acordo com a normativa estabelecida pelo referido setor.

2.6.2. Empresas Executantes:

2.6.2.1. A Unidade Executante visualizará no próprio sistema de Regulação (*SISREG) na modalidade “UNIDADE EXECUTANTE” a informação da lista nominal dos usuários que farão o procedimento;

2.6.2.2. Caberá a Empresa credenciada designar um técnico de sua rede para treinamento na Gerência Estadual de Regulação para finalidades de consolidação de procedimentos após execução dos mesmos;

2.6.2.3. Fica terminantemente proibido a utilização dos códigos chaves contidos nas guias de autorização do exame pelo SISREG para fins de consolidação no Sistema, sem prévia execução;

2.6.2.4. Após a execução do procedimento, a CREDENCIADA (unidade executante) apresentará as guias das documentações entregues pelos usuários à Coordenadoria de Controle, Avaliação e Auditoria dos Serviços de Saúde (CRECSS) da Secretaria de Estado da Saúde para providências de análise e posterior encaminhamento para pagamento;

2.6.2.5. O faturamento estará condicionado a produção consolidada dos procedimentos autorizados pelo SISREG na Empresa credenciada;

2.6.2.6. É obrigação da CREDENCIADA, realizar o processo de confirmação no Sistema de Regulação dos procedimentos executados;

2.6.2.7. Mensalmente a Central de Regulação enviará um relatório da produção físico-financeira para a Unidade Executante e para o CRECSS – Coordenadoria de Controle e Auditoria de Serviços de Saúde da SESAU Rondônia a fim de conferir transparência no processo de regulação;

2.6.2.8. Quanto a entrega da produção, a empresa deverá protocolar documentação quanto aos procedimentos executados (produção mensal) até o 5º dia útil do mês subsequente ao órgão de controle, a qual será submetida ao controle e avaliação, que após devidamente processada, analisada e validada concluirá o relatório informando a existência de inconformidades que poderá resultar em glosa;

2.6.2.9. Durante o processo o controle poderá ser realizadas visitas *in loco* a fim de confrontar o relatório de produção apresentada à secretaria da saúde com as informações constantes em prontuário médico, apresentados pela credenciada;

2.6.2.10. No caso de inconformidades detectadas na produção, a credenciada terá um prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar do recebimento do relatório de produção, para apresentar suas justificativas e/ou impugnações das eventuais não conformidades, com as devidas documentações comprobatórias ao recurso impetrado. Salienta-se a necessidade de apresentação de documentação complementar, que esclareça o fato/procedimento que foi considerado objeto de glosa.

2.6.2.11. Vale salientar a importância de orientação à credenciada quanto a necessidade de manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), tendo em vista a possibilidade de rejeição total da produção no caso de falta de atualização do referido cadastro.

2.6.2.12. A validação de todo o serviço está condicionado a sua realização e a comprovação de execução, para fins de comprovação sugere-se a solicitação dos seguintes documentos:

- I - Relação nominal de pacientes atendidos, constando: Nome, Nº Cartão do SUS, Código/procedimento, quantidade e valor total do procedimento executado;
- II - Pedido Médico;
- III - Descrição cirúrgica;
- IV - Ficha anestésica;
- V - AIH/APAC (Devidamente preenchida);
- VI - Chave autorização SISREG;
- VII - Para casos de urgência/emergência apresentar justificativa/laudo médico;

2.6.2.13. Fica a critério do órgão desta Secretaria que realizará o Controle e Avaliação do Serviço, em caso de necessidade, a fim de esclarecer possíveis inconformidades, solicitar novos instrumentos e/ou documentos para análise para esclarecimento das incongruências detectadas, com base nas portarias ministeriais e normativos internos desta Secretaria.

2.6.2.14. Os resultados dos Exames deverão ser entregues nos seguintes prazos:

- a) **Exames Eletivos:** até 03 dias úteis;
- b) **Exames de Urgência e Emergência:** até 04 horas, condicionados a complexidade do procedimento;
- c) **Exames de Rotina Hospitalar Interna:** até 12 horas, condicionados com a complexidade do procedimento;

2.6.2.15. Todos os Impressos e Materiais de Consumo Específico tais como: Materiais de Administração, Enfermagem, Médicos Descartáveis e Impressos Necessários para a prestação dos serviços serão fornecidos pela Credenciada;

2.6.2.16. Os resultados de todos os Exames deverão ser submetidos à Revisão de Laudo por um Médico com no mínimo o Título de Especialista, antes da sua liberação;

2.7. Fluxo de regulação:

2.7.1. Após a consulta na unidade básica de saúde, o paciente possuirá a guia de encaminhamento médico com a especificação do exame/procedimento a ser inserido no Sistema de Regulação - SISREG;

2.7.2. O operador do SISREG, presente na unidade básica de saúde (unidade solicitante), inserirá a solicitação presente na guia de encaminhamento médico de acordo com a disponibilidade de procedimentos no SISREG, dessa forma, o paciente estará inserido em fila de espera para regulação estadual;

2.7.3. Estando o paciente com a solicitação inserida no Sistema SISREG, tal solicitação será avaliada e regulada pelo Médico Regulador Estadual de acordo com a sua avaliação, critérios médicos e disponibilidade de vagas;

2.7.4. Após autorização do procedimento pelo Médico Regulador, a guia emitida conterá local de execução do exame, data e hora do agendamento, endereço e contato da unidade executante e observações especiais como preparos necessários para o exame, bem como profissional executante;

2.7.5. A credenciada (unidade executante) visualizará no próprio sistema de Regulação (SISREG) na modalidade “UNIDADE EXECUTANTE” a informação da lista nominal dos usuários que farão o procedimento e deverá entrar em contato com o paciente para confirmar o agendamento;

2.7.6. A credenciada estará autorizada para executar o procedimento somente após a apresentação da guia autorizada pela Central de Regulação em posse do paciente e/ou Unidade de Internação Hospitalar;

2.7.7. Os pacientes de caráter interno-hospitalar, (graves ou em estado de agravamento) estarão livres da pré-condição de autorização, uma vez que a sua guia poderá ser confeccionada posteriormente, condicionado a descrição da condição de criticidade no prontuário do paciente anteriormente a realização do exame, o profissional que irá confeccionar a guia posterior, deverá inserir a criticidade descrita pelo médico;

2.7.8. Quanto aos pacientes interno-hospitalares, estes devem ser conduzidos pelas unidades hospitalares até o local do atendimento na instalação da credenciada, tendo a unidade hospitalar cautela em examinar a criticidade do pacientes antes da mobilização do mesmo até a sede da credenciada;

2.7.9. Após execução do exame a credenciada (unidade executante) apresentará a documentação/produção (solicitação médica, guia de autorização do SISREG e laudo médico) à Coordenadoria de Regulação e Controle dos Serviços de Saúde – (CRECSS) da Secretaria de Estado da Saúde para fins de controle e avaliação;

2.7.10. Quanto aos laudos, estes deverão ser emitidos e entregues em até 48 (quarenta e oito) horas, o resultado do exame (laudo) deverá ser emitido em duas vias e assinado por profissional médico devidamente habilitado, com título de especialista na área de diagnose por imagem nos subgrupos de diagnósticos por tomografia computadorizada;

2.7.11. Vale ressaltar que em casos que a credenciada verifique a necessidade da repetição de qualquer exame, devido algum problema, o exame será realizado novamente, sem qualquer custo para a SESAU, ainda, todos os impressos e materiais de consumo específico para realização do exame, tais como:

- I - Documentações radiológicas;
- II - Contraste radiológico,

- III - Materiais de administração,
- IV - Funcionários;
- V - Enfermagem;
- VI - Medicamentos;
- VII - descartáveis e
- VIII - Impressos necessários.

2.7.12. Desta foram para a realização do serviços todos os materiais acima relacionados deverão ser fornecidos pela credenciada, a qual deverá ter uma Gestão Integrada, assistencial e executante dos Serviços de exames e procedimentos na área de diagnose por imagem nos subgrupos de diagnósticos por tomografia computadorizada;

2.7.13. Frisa-se pois que os critérios de gerenciamento e distribuição dos pacientes em fila serão aplicados pela Gerência de Regulação Estadual, responsável pelo recebimento das solicitações de procedimentos advindos dos encaminhamentos, agendamentos, bem como das instituições de oferta do serviço;

2.7.14. A comunicação ao usuário do local e data de realização deverá partir do município que solicitou o agendamento do exame. Tendo a credenciada como responsabilidade o contato junto ao usuário para fins de confirmação do comparecimento ao exame;

2.7.15. Esse fluxo poderá sofrer alteração conforme necessidade da Gerência de Regulação Estadual CAIS-GERREG.

2.8. Definição dos métodos de estratégia de suprimento:

2.8.1. Para definição dos quantitativos que compõem os lotes deste Termo de Referência utilizou-se das informações fornecidas através do despacho CAIS-SESAU (0018624854), onde relata que foi considerado a população do Estado de Rondônia como base, desta forma foi utilizada informações contidas no Sistema de Informação Oficial disponível, bem como em sites regionais e informativos de órgãos gestores;

2.8.2. Foi realizado também um estudo por região com o objetivo de obter informações em consonância com a população de cada região do Estado de Rondônia, e assim usando-o como base para a realização do memória de cálculo por Região de Saúde contempladas nos Lotes 01 e 02, conforme nos quadros apresentados no item: 2.5.3

2.8.3. Ressalta-se que para a realização da memória de cálculo, foram compilados os dados da produção ambulatorial e hospitalar, conforme apresentados no item: 2.5.2;

2.8.4. Todavia, é necessário termo como base o Documento o Ministério da Saúde "Critérios e Parâmetros Assistenciais" no qual serve de subsídio para o "Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS (id. 0040941445), utilizamos como referência para obter uma estimativa dos quantitativos de Ressonância magnética, necessários por ano e produtividade por equipamento;

2.8.5. Compete ressaltar que algumas unidades assistenciais do Estado, sinalizaram a necessidade do serviço ofertado de forma complementar, através dos documentos:

- I - Despacho HICD-GAF (0016918964);
- II - Despacho HRE-DG (0016958830);
- III - Despacho JPIL-NIR (0016962510);
- IV - justificativa HRSF-GMED (0017037097);
- V - Despacho COHREC-NIR (0017039368);
- VI - Despacho COHREC-COAD (0017039873);
- VII - Despacho CEMETRON-DGM (0017040620);
- VIII - justificativa POC-GMED (0017044947) e
- IX - Despacho HB-DIRTEC (0016913726).

2.8.6. Cabe ressaltar que o conteúdo apresentado neste documento não possui caráter impositivo ou obrigatório, apenas corresponde a um indicativo para nortear o quantitativo da contratação de forma complementar dos serviços de empresa especializada em serviços de exames e procedimentos na área de diagnose por imagem e medicina nuclear inseridas nos subgrupos de diagnósticos por ressonância magnética e por medicina nuclear in vivo, com seus respectivos laudos.

3. JUSTIFICATIVA:

3.1. Com o surgimento e as modificações dos hospitais, os avanços clínicos apresentaram diversos aliados, como às ações para a promoção da qualidade de vida dos pacientes. Assim sendo, temos as seguintes considerações a realizar a fim de justificar a necessidade da pleiteada contratação;

3.2. Considerando que o Diagnóstico por imagem é a área da física médica relacionada ao uso da radiação-X, bem como de ondas sonoras de alta frequência absorvidas e refletidas através do corpo para a obtenção de informações anatômicas e/ou funcionais do corpo humano;

3.3. Considerando que o diagnóstico por imagem é uma das principais ferramentas de diagnose da medicina moderna, sendo de fundamental importância para a detecção e acompanhamento de diversos agravos à saúde;

3.4. Considerando a necessidade de atender as disposições contidas no art. 5 do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011;

3.5. Considerando ainda a adição às modernizações tecnológicas implantadas, a SESAU tem realizado a reorientação do modelo de gestão e de atenção à saúde, visando atingir novos patamares de prestação dos serviços para proporcionar elevada satisfação ao usuário, associada à otimização no uso dos recursos públicos;

3.6. Considerando que as unidades de saúde da rede pública estadual, assim como outros nosocômios são estruturas complexas e dispendiosas, que têm sido alvo de reflexão para se adequarem a novas demandas, assim senso são definida por prover leitos e cuidados de enfermagem constantes, dentro de um contexto de terapia médica, desta forma a instituição hospitalar tem por objetivo recuperar plena da saúde do paciente;

3.7. Considerando que a saúde é um direito assegurado a todos, por meio do artigo 196 da Constituição Federal de 1988, inerente à vida, bem maior do homem, portanto o Estado tem o dever de prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício, sendo facultado aos gestores do SUS lançar mão de serviços de saúde não estatais de forma complementar a oferta pública dos mesmos, assim sendo a Carta Magna determinou ainda que a participação de instituições privadas no Sistema deve seguir diretrizes deste, a ser mediada por contratos de direito público;

3.8. Considerando a extrema importância de que para oferecer um serviço de atendimento de saúde, o que em muitos casos trata-se de urgência e emergência, dentro dos padrões normatizados e regulamentados pelo Ministério da Saúde, deve-se estar devidamente preparado para tal, desta forma deve ser dada a atenção necessária ao paciente hospitalizado;

3.9. Neste gigantesco universo de necessidades advinda da população rondoniense temo o Hospital Infantil Cosme e Damião – HICD, que é o único hospital pediátrico público do Estado, conta com 131 leitos que oferecem serviços médicos hospitalares de baixa, média e alta complexidade na especialidade de pediatria, características estas que o colocam como uma unidade de alto fluxo de pacientes infantis, e é de suma importância para sustentação das demandas do SUS em Rondônia;

3.10. Cabe salientar que o exame de **Ressonância Magnética** é usado na análise de doenças cardíacas, abdominais, cervicais, neurológicas e ortopédicas, por ser um **exame** indolor de diagnóstico por imagem que possui uma grande precisão, e produz imagens em 2D e 3D dos órgãos com alta definição, para auxiliar na realização de diagnósticos do paciente e aliado ao exame de **Medicina Nuclear in vivo**, constituem duas gigantescas ferramentas de diagnóstico médico através de métodos seguros, não invasivos e praticamente indolores, permitindo a formação de diagnósticos por imagem ou filmes que informam com precisão acerca do estado funcional dos órgãos do paciente;

3.11. Neste contexto também precisamos considerar o Hospital Estadual e Pronto Socorro João Paulo II, que é o hospital referência de urgência e emergência do Estado de Rondônia em diversas especialidades como cirurgia geral, neurocirurgia, neuroclínica, cirurgia vascular, nefrologia, psiquiatria, clínica médica, cirurgia torácica, ortopedia, bucomaxilo, cirurgia plástica, entre outras;

3.12. Precisamos levar em consideração que o JPIL, tem uma demanda própria e livre de encaminhamentos de todas as especialidades, seja via ambulatorial no qual necessita de internação para investigação diagnóstica, quanto de urgências e emergências de média e alta complexidades que necessitam de atendimentos prioritário 24 horas por dia e 7 dias por semana;

3.13. Neste diapasão, a disponibilização dos serviços de Ressonância Magnética e Medicina Nuclear in vivo, se fazem de extrema importância na rotina ambulatorial das unidades hospitalares, apreciando a sensibilidade e especificidade deste método no auxílio diagnostico se faz imprescindível a manutenção e rotina destes na área de diagnose por imagem, com seus respectivos laudos;

3.14. Considerando que as unidades hospitalares apresentam-se como organizações atípicas, por possuírem demandas variáveis e emergenciais dos mais diversos aspectos, com isso necessitando constantemente de incorporação de novas tecnologias avançadas para uma contínua evolução nos diagnósticos e intervenções em pacientes de média e alta complexidade, dentre elas podemos destacar o complexo Hospitalar de Cacoal que é composto por 2 (dois) importantíssimos hospitais estrategicamente posicionados no centro-sul do Estado, são eles:

- I - Hospital Regional de Cacoal - **(HRC)** - possuindo 179 leitos e;
- II - Hospital de Emergência e Urgência de Cacoal - **(HEURO)** - possuindo 151 leitos.

3.15. Se levarmos em Consideração que Hospital Regional de Cacoal - (HRC), é classificado como hospital geral de grande porte, com nível de complexidade assistencial secundário e terciário, com papel decisivo na rede de serviço hospitalar naquela regional, oferecendo diversos atendimentos inclusive de média e alta complexidade, como: ambulatorial, internação, urgência, regulação, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, serviço psicossocial, nutricional e vigilância em saúde, e todo este conjunto de serviços oferecidos tem um fluxo constante de clientes para atendimento. Desta forma o HRC, figura como referência de atendimento hospitalar da Macrorregião II, para atendimento de média e alta complexidade nas 4 regiões de saúde que compõem o centro-sul do Estado;

3.16. Devemos considerar também que a Medicina Nuclear é uma especialidade médica que tem como características principais a: precisão nos diagnósticos, além de não serem invasivos e serem extremamente seguros, com possíveis complicações derivadas da técnica são raras e simples. Com isso sua aplicabilidade na detecção de doenças, principalmente, em seus estágios iniciais são extremamente precisos, comprovando que o uso de radiação para realização de exames e tratamentos é eficaz e em muitos casos preventivo, pois quanto mais precoce o diagnóstico, melhor é o resultado e mais curto é o tratamento com a utilização de elementos radiofármacos, que dispõe de quantidades mínimas de radiação. Atualmente, é uma das áreas mais relevantes na medicina, principalmente quando falamos de diagnóstico de precisão;

3.17. Considerando que os procedimentos de medicina nuclear, ressonância magnética e tomografias, são classificados pelo SUS como sendo de alta complexidade. ou seja, são procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo de operacionalidade. Desta forma a tabela de procedimentos unificada registra apenas 50 procedimentos ambulatoriais baseados no uso de geradores de Tc e radioisótopos primários (I, Ga, Tl), entretanto, hoje a especialidade utiliza emissores de pósitrons, com meia-vida muito curta, além de radioisótopos de emissores de partículas, para fins terapêuticos, que não são contemplados pelo SUS. Assim, a medicina nuclear praticada no SUS é bem mais restrita do que a praticada na rede suplementar ou mesmo de forma particular;

3.18. Considerando que o SUS segue os princípios como a regionalização e hierarquização da saúde, ou seja, os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Neste sentido também segue os princípios que fazem com que o sistema de saúde não fique engessado, promovendo sempre uma constante modernização nas metodologias, procedimentos e equipamento, são eles:

- a) A resolubilidade;
- b) A descentralização;
- c) A participação dos cidadãos, e;
- d) A complementaridade do setor privado.

3.19. Quanto a este último, é sempre bom trazer à luz o que fala a Constituição Federal sobre as possibilidades da participação do setor privado pode fazer parte do SUS de forma complementar, nas modalidades de conveniada e/ou contratado, desde que siga suas regras. Além disso, dentre os serviços privados, devem ter preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos, tendo como instrumento balizador a Lei nº 8.080 de 1990, que faz saber a baixo:

Da Constituição Federal, onde se prevê expressamente a possibilidade das instituições privadas participarem de forma complementar do sistema único de saúde, nos termos do art. 199, §1º, in verbis:

Art. 199 (...)

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. (grifei)

Já a matéria infraconstitucional a respeito do tema está na **Lei 8.080/1990**, que dispõe a respeito da participação complementar em seus artigos 24 e seguintes, a saber (grifo nosso):

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º (Vetado).

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

3.20. Desta forma fica evidenciado, conforme expresso na constituição de que é perfeitamente legal, a **contratação em caráter complementar**, ou seja, quando há insuficiência dos serviços prestados pela Administração Pública, com isso abre-se a possibilidade da contratação de serviços na área privada para garantir a saúde da população, desta fica claro que a Administração não está abrindo mão de sua Competência e nem de sua Gestão, mais sim, pela incapacidade momentânea de abarcar toda problemática para uma resolução única, lança mão de buscar na iniciativa privada, **a contratação de uma Solução Complementar**:

3.21. Precisamos ainda considerando que tais serviços pretendidos tratam-se de uma especialidade de alta complexidade e que necessitam de pessoal capacitado e com conhecimento multidisciplinar, diferentemente de outras modalidades assim classificadas pelo SUS, como a ressonância magnética e a radiologia, somado a isso atentamos para que estes serviços trabalham com fontes radioativas não seladas, devendo portanto reportar-se à CNEN para obter licenças de funcionamento, em suma todas as razões até aqui elencadas forma um conjunto de características, que elevam o custo de manutenção do serviço de medicina nuclear em patamares semelhantes aos serviços de radiologia e tomografia computadorizada;

3.22. Cabe salientar que o exames pretendidos, objeto destes Termos de Referência, **Ressonância Magnética e Medicina Nuclear (cintilografia)**, são exames médicos que usa imagens em alta definição para visualizar a maioria dos órgãos internos do nosso corpo, como cabeça, pescoço, tórax, abdome, entre outros, além serem ferramentas de investigação médica que, possibilitam elaborar um diagnóstico por imagens com alto grau de precisão a respeito das condições funcionais de todos órgãos do paciente.

3.23. **Da justificativa para a Escolha do Credenciamento:**

3.23.1. Para justificativa a escolha da modalidade de credenciamento (hipótese de inexigibilidade de licitação) em detrimento do procedimento ordinário de licitação para a Contratação de credenciados que atuem na prestação de serviços de exames e procedimentos na área de diagnose por imagem e medicina nuclear inseridas nos subgrupos de diagnósticos por **ressonância magnética e por medicina nuclear in vivo (cintilografia)**, constantes da Tabela SIA/SUS, com seus respectivos laudos, de forma contínua, para atender as necessidades dos usuários das Regiões de Saúde: **Madeira Mamoré e Região do Café**, explanamos a seguir:

3.23.2. Considerando que os procedimentos serão remunerados via preços estabelecidos pela Tabela SUS, isto é, com preço já fixado pelo Ministério da Saúde, nesse viés, e visto a necessidade de organizar a rede de assistência de procedimentos de tomografia computadorizada, bem como a melhoria na qualidade do atendimento e garantir o acesso da população aos procedimentos em todos os níveis da assistência de forma adequada, equânime e qualificada;

3.23.3. A opção pelo credenciamento, nesse caso, deve-se à necessidade de contratar tantos quantos forem as instituições e empresas interessadas em prestar o serviço para a Secretaria, por preço tabelado, ou seja, qualquer empresa, entidade ou instituição que atenda aos requisitos do edital poderá ser credenciada e receber pacientes regulados pela Central Estadual de Regulação, através do SISREG, em processo isonômico, recebendo pelo procedimento executado valor previamente fixado pela Administração;

3.23.4. Deve-se observar que não há competição entre os interessados pelo menor preço, já que a referência para pagamento é a Tabela SUS, instrumento de precificação instituído pelo Ministério da Saúde e utilizado pelas Secretarias de Estado da Saúde como parâmetro de preço;

3.23.5. Conforme preconiza o Manual de Orientações para contratação de serviços de saúde do Ministério da Saúde:

Credenciamento é o procedimento administrativo pelo qual a Administração convoca interessados para, segundo condições previamente definidas e divulgadas, credenciarem-se como prestadores de serviços ou beneficiários de um negócio futuro a ser ofertado, quando a pluralidade de serviços prestados for indispensável à adequada satisfação do interesse coletivo ou, ainda, quando a quantidade de potenciais interessados for superior à do objeto a ser ofertado e por razões de interesse público a licitação não for recomendada.

Manual de orientações para contratação de serviços de saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas.

3.23.6. No âmbito do Ministério da Saúde, o credenciamento foi disciplinado na Portaria nº 2567, de 25 de novembro de 2016 como uma, entre as várias formas, de participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde, em procedimento que preserva a lisura, transparência, economicidade e as diretrizes do SUS;

3.23.7. Desse modo, temos situação concreta de inviabilidade de competição à vista do valor referência de remuneração (tabela SUS) e da necessidade de contratação de todos os prestadores de serviço, ampliando a rede assistencial, evitando, com isso, que o desinteresse de um dos prestadores ou interrupção episódica do serviço por problemas técnicos e operacionais culmine com a interrupção abrupta da assistência, como já ocorrera;

3.23.8. Nesse mesmo sentido é a orientação contida no Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS, elaborado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), *in verbis*:

Para a compra de serviços de saúde, geralmente, a inexigibilidade é adequada como modalidade de escolha haja vista que ao se fixar preço único – tabela SUS ou tabela SUS mais diferença pactuada pelos gestores (resolução CIB) não haverá condições de competitividade em relação ao menor preço, além disso, os elementos de qualidade são definidos por regras da ANVISA e devem constar no ato de habilitação, os critérios regionais também podem e devem constar nos termos de referência e editais nesse caso também poderá ser configurada falta de competitividade quando o gestor tiver a necessidade de contratar todos os prestadores de serviço de seu território ou de uma determinada área (bairro, distrito, etc.), a inexigibilidade deve ser justificada e devidamente instruída, seu processo deve conter elementos de fato e de direito que comprovem de maneira indiscutível a impossibilidade de competição. (Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. In: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/licitacoes-de-servicos-de-saude/>).

3.23.9. Assim, caracterizada a inviabilidade de competição pela contratação de todos que satisfaçam as condições do edital, é admitida a inexigibilidade de licitação, conforme já manifestou a Procuradoria Geral do Estado, em processos similares, dispensando a instalação de processo competitivo em licitação.

3.23.10. Diante dos fatos aqui expostos pelas unidades hospitalares, salvo melhor juízo, entendemos que se justifica a Contratação, tendo em vista que, diante da necessidade pública e por se tratar de serviço essencial, faz-se necessária a Contratação de empresa especializada na prestação de serviços de exames e procedimentos na área de diagnóstico por imagem e medicina nuclear inseridas nos subgrupos de diagnósticos por **ressonância magnética e por medicina nuclear in vivo** constantes da Tabela SIA/SUS, com seus respectivos laudos, de forma contínua, para atender as necessidades dos usuários das Regiões de Saúde: **Madeira Mamoré e Região do Café** por um período de 12 (doze) meses.

3.23.11. Todavia, é importante destacar que não foram utilizados dados da competência de 2020, visto que se tratou de um ano atípico, em virtude da Pandemia de Covid-19, em que, diante do cenário da emergência em Saúde Pública, gerou uma causalidade própria, configurando-se com mudanças na dinâmica da saúde da população Rondoniense, consequentemente, acabou repercutindo nos parâmetros assistências de forma ampla, assim, com impactos significativos e ainda não completamente dimensionados, os dados vigentes do ano de 2020, podem expressar uma realidade atemporal e transitória, portanto, dados não fidedignos no que tange a procedimentos de ressonância magnética e por medicina nuclear in vivo, quando comparado com aos anos anteriores a Pandemia.

4. CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO, RECEBIMENTO DOS SERVIÇOS E SOBRE O CONTROLE, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

4.1. Local de execução dos serviços:

4.1.1. A execução dos serviços serão realizados nas dependências da CREDENCIADA, os mesmos poderão possuir estrutura física instalada em qualquer município da Região de Saúde do respectivo lote, assim será evitado os custos com deslocamento do paciente para outras regiões de saúde e/ou Estados, conforme definido abaixo:

LOTE 1 REGIÃO DE SAÚDE MADEIRA-MAMORÉ (Contempla: HEPS-II, HBAP, CEMETRON, HICD, POC e demais municípios da Região) MUNICÍPIOS A SEREM ATENDIDOS Porto Velho, Nova Mamoré, Guajará-Mirim, Candeias do Jamary, Itapuã do Oeste

LOTE 2 REGIÃO DE SAÚDE DO CAFÉ (Contempla os municípios da Região de Saúde do Café, Região de Saúde Zona da Mata e Região de Saúde do Cone Sul) MUNICÍPIOS A SEREM ATENDIDOS Cacoal, Espigão do Oeste, Ministro Andreazza, Pimenta Bueno, Primavera, São Felipe; Alta Floresta do Oeste, Alto Alegre dos Parecis, Castanheiras, Nova Brasilândia, Novo Horizonte, Parecis, Rolim de Moura, Santa Luzia, São Miguel, Seringueiras; Cabixi, Cerejeiras, Chupinguaia, Colorado, Corumbiara, Pimenteiras, Vilhena.
--

4.1.2. Caso as empresa(s) credenciada(s) não possua(m) estruturas adequadas para o atendimento previsto no item: 4.1.1, esta(s) terá(ão) um prazo de **60 (sessenta) dias** para se adequar(em) quanto sua capacidade técnica operacional no referido município, antes da assinatura do contrato;

4.1.3. Não Haverá prorrogação no prazo mencionado no item anterior, para estruturação da empresa (s) e assinatura do contrato.

4.2. Prazo para início da execução dos serviços:

4.2.1. O prazo para início dos serviços será **de até 30 (trinta) dias** contados a partir da primeira assinatura contratual;

4.3. Da vigência do contrato:

4.3.1. O prazo de vigência do contrato será de 12 (doze) meses, a partir da última assinatura contratual, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos com vistas à obtenção de preços e condições mais vantajosas para a Administração Pública, limitada há sessenta meses, desde que haja interesse de ambas as partes. (Inciso II, do Art. 57, da Lei Federal 8.666/93).

4.4. Convocação e celebração do contrato:

4.4.1. Oficialmente convocada pela Administração com vistas à celebração do Termo Contratual, é dado à credenciada o prazo de até 5 (cinco) dias úteis, contado da data da ciência ao chamamento, pela Secretaria de Estado da Saúde, para no local indicado, firmar o instrumento de Contrato;

4.4.2. O prazo de convocação poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, quando solicitado pela credenciada durante o seu transcurso e desde que ocorra motivo justificado aceito pela Administração;

4.4.3. É facultado à Administração, quando o convocado não assinar o termo de contrato ou não aceitar ou retirar o instrumento equivalente no prazo e condições estabelecidos, convocar os licitantes remanescentes, na ordem de classificação, para fazê-lo em igual prazo e nas mesmas condições propostas pelo primeiro classificado, inclusive quanto aos preços atualizados de conformidade com o ato convocatório, ou revogar o certame independentemente da cominação prevista no art. 81 da lei nº 8.666/93;

4.5. Garantia contratual:

4.5.1. Para fiel execução dos compromissos aqui ajustados a credenciada prestará prévia garantia de 5% (cinco por cento) do valor global do Contrato, como previsto no art. 56 da lei 8.666/93;

4.5.2. A credenciada poderá optar por uma das modalidades de garantia previstas no § 1º do art. 56 da lei 8.666/93;

4.5.3. A credenciada terá o prazo de 10 (dez) dias, prorrogáveis por igual período, posteriores à assinatura do contrato, para apresentação da garantia contratual;

4.5.4. A caução prestada pela credenciada será restituída após o término do contrato com a devida atualização do valor, desde que seja realizada mediante depósito em espécie (art. 56 § 4º da lei 8666/93);

4.6. **Acompanhamento e fiscalização:**

4.6.1. Não obstante a credenciada seja a única e exclusiva responsável pela execução de todos os serviços, a Administração reserva-se o direito de, sem que de qualquer forma restrinja a plenitude dessa responsabilidade, exercer a mais ampla e completa fiscalização sobre os serviços;

4.6.2. Acompanhar ou avaliar a qualidade dos serviços realizados;

4.6.3. O Fiscal do Contrato juntamente com a Comissão anotará em registro próprio todas as ocorrências relacionadas com a execução dos serviços contratados, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados;

4.6.4. As decisões e providências, que ultrapassem a competência do Fiscal do Contrato, deverá ser solicitadas à Diretoria Administrativa da Secretaria, em tempo hábil, para a adoção das medidas convenientes;

4.6.5. A credenciante nomeará uma Comissão de no mínimo 3 (três) servidores efetivos e ainda um Fiscal de Contrato por Unidade de Saúde quando for executada nas dependências da credenciante e ainda nas Regionais de Saúde compatíveis com as Regiões de Saúde contempladas neste Termo de Referência quando os serviços forem executados na sede da credenciada, que fiscalizarão a execução do serviço contratado e verificarão o cumprimento das especificações solicitadas, no todo ou em parte, no sentido de corresponderem ao desejado ou especificado;

4.6.6. A fiscalização pela credenciante, não desobriga a credenciada de sua responsabilidade quanto à perfeita execução do objeto deste instrumento;

4.6.7. A ausência de comunicação por parte da credenciante referente a irregularidades ou falhas, não exime a credenciada das responsabilidades determinadas no Contrato;

4.6.8. A credenciante realizará avaliação da qualidade do atendimento, dos resultados concretos dos esforços sugeridos pela credenciada e dos benefícios decorrentes da política de preços por ela praticada;

4.6.9. A avaliação será considerada pela credenciante para aquilatar a necessidade de solicitar à credenciada que melhore a qualidade dos serviços prestados, para decidir sobre a conveniência de renovar ou, qualquer tempo, rescindir o presente Contrato;

4.7. **Do Recebimento do Serviço:**

4.7.1. O objeto desta licitação será recebido conforme disposto no inciso I, alíneas “a” e “b” e § 3º, do artigo 73, da Lei Federal 8.666/93 (Licitações e Contratos Administrativos):

a) **Provisoriamente**, pelo responsável por seu acompanhamento e fiscalização, mediante termo circunstanciado, assinado pelas partes no término do atendimento, no prazo máximo de 3 (três) dias;

b) **Definitivamente**, pela comissão designada pela autoridade competente, mediante termo circunstanciado, assinado pelas partes, após o decurso do prazo de observação, ou vistoria que comprove a adequação do objeto aos termos contratuais, observado o disposto no art. 69 da Lei n. 8.666/93, no prazo máximo de 3 (três) dias;

4.7.2. O recebimento provisório ou definitivo não exclui a responsabilidade civil pela solidez e segurança do serviço, nem ético-profissional pela perfeita execução do contrato, dentro dos limites estabelecidos pela lei ou pelo Instrumento Contratual;

4.7.3. Os serviços deverão ser executados rigorosamente dentro das especificações estabelecidas no Edital e seus Anexos, sendo que a inobservância desta condição implicará recusa formal, com a aplicação das penalidades contratuais;

4.7.4. A comissão será designada em momento oportuno, ficar responsável pela fiscalização da execução do serviço contratado e verificará o cumprimento das especificações solicitadas, no todo ou em parte, no sentido de corresponderem ao desejado ou especificado;

4.7.5. O(s) fiscal(s) ou comissão designada terá a incumbência de, dentre outras atribuições, aferir a quantidade, qualidade e adequação dos serviços executados;

4.7.6. A fiscalização pela credenciante, não desobriga a credenciada de sua responsabilidade quanto à perfeita execução do objeto deste instrumento;

4.7.7. Aceitos os serviços, será procedido o atesto na Nota Fiscal, autorizando o pagamento;

4.7.8. Não aceito os serviços executados, será comunicado à credenciada para que imediatamente se refaça os serviços que não estão de acordo com as especificações mínimas de qualidade estabelecidas no Termo de Referência/Contrato;

4.8. **Da Execução:**

a) Executar os serviços objeto deste Termo de Referência nos locais estipulados no subitem 4.1, mediante a atuação de profissionais especializados e manter quadro de pessoal suficiente para execução dos serviços, sem interrupção, sendo de sua exclusiva responsabilidade as despesas com todos os encargos e obrigações sociais, trabalhistas e fiscais decorrentes dos serviços executados.

I - Não poderão concorrer direta ou indiretamente nesta licitação:

II - Servidor ou dirigente de órgão ou Entidade credenciante, ou responsável pela licitação, conforme art. 9º, inciso III, da Lei Federal nº 8.666/93.

III - É vedada a participação de servidor público na qualidade de diretor ou integrante de conselho da empresa licitante, participante de gerência ou Administração da empresa, ou exercer o comércio, exceto na qualidade de acionista, cotista ou comanditário.

5. **PAGAMENTO:**

5.1. O pagamento deverá ser efetuado mediante a apresentação de Nota Fiscal juntamente com a produção constando o número total de procedimentos realizados no mês referente ao período requerido contendo documentos probantes (relação de pacientes atendidos, com endereço, documentos pessoais, telefone), devidamente atestadas pela Administração, conforme disposto no art. 73 da Lei nº 8.666, de 1993, através da Comissão de Recebimento de Serviços Prestados e de Materiais onde os serviços foram realizados.

5.2. A Nota Fiscal deverá ser obrigatoriamente acompanhada das seguintes comprovações:

I - Do pagamento da remuneração e das contribuições sociais (Fundo de Garantia do Tempo de Serviço e Previdência Social), correspondentes ao mês da última nota fiscal ou fatura vencida, compatível com os empregados vinculados à execução contratual, nominalmente identificados, na forma do § 4º do Art. 31 da Lei nº 9.032, de 28 de abril de 1995, quando se tratar de mão-de-obra diretamente envolvida na execução dos serviços na contratação de serviços continuados;

II - Da regularidade fiscal, mediante consulta aos sítios eletrônicos oficiais ou à documentação mencionada no art. 29 da Lei 8.666/93;

III - Do cumprimento das obrigações trabalhistas, correspondentes à última nota fiscal ou fatura que tenha sido paga pela Administração;

5.3. O descumprimento das obrigações trabalhistas, previdenciárias e as relativas ao FGTS ensejarão o pagamento em juízo dos valores em débito, sem prejuízo das sanções cabíveis;

5.4. O prazo para pagamento da Nota Fiscal, devidamente atestada pela CONTRATANTE, será de 30 (trinta) dias corridos, contados da data de sua apresentação, após o adimplimento da obrigação por parte da contratada;

5.5. Não será efetuado qualquer pagamento, salvo as parcelas incontroversas, à(s) empresa(s) Contratada(s) enquanto houver pendência de liquidação da obrigação financeira em virtude de penalidade ou inadimplência contratual, bem como, com ausência dos documentos constantes no primeiro parágrafo deste item;

5.6. Quando da ocorrência de eventuais atrasos de pagamento provocados exclusivamente pela CONTRATANTE, o valor devido deverá ser acrescido de atualização financeira, e sua apuração se fará desde a data de seu vencimento até a data do efetivo pagamento, em que os juros de mora serão calculados à taxa de 0,5% (meio por cento) ao mês, ou 6% (seis por cento) ao ano, mediante aplicação das seguintes fórmulas:

$$I = \frac{(TX/100)}{365}$$

365

EM = I x N x VP, onde:

I = Índice de atualização financeira;

TX = Percentual da taxa de juros de mora anual;

EM = Encargos moratórios;

N = Número de dias entre a data prevista para o pagamento e a do efetivo pagamento;

VP = Valor da parcela em atraso.

- 5.7. Ocorrendo erro no documento da cobrança, este será devolvido e o pagamento será sustado para que a Contratada tome as medidas necessárias, passando o prazo para o pagamento a ser contado a partir de data da reapresentação do mesmo;
- 5.8. Caso se constate erro ou irregularidade na Nota Fiscal, a ADMINISTRAÇÃO, a critério, poderá devolvê-la, para as devidas correções, ou aceitá-las, com a glosa da parte que considerar indevida;
- 5.9. Na hipótese de devolução, a Nota Fiscal será considerada como não apresentada, para fins de atendimento das condições contratuais;
- 5.10. A administração não pagará, sem que tenha autorização prévia e formalmente, nenhum compromisso que lhe venha a ser cobrado diretamente por terceiros, seja ou não instituições financeiras, à exceção de determinações judiciais, devidamente protocoladas no órgão.
- 5.11. Os eventuais encargos financeiros, processuais e outros, decorrentes da inobservância, pela licitante, de prazo de pagamento, serão de sua exclusiva responsabilidade.
- 5.12. A Administração efetuará retenção, na fonte, dos tributos e contribuições sobre todos os pagamentos à (s) CONTRATADA (S).
- 5.13. É condição para o pagamento do valor constante de cada Nota Fiscal/Fatura, a apresentação de Prova de Regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), com o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), e Certidão Negativa da Receita Estadual – SEFIN, Certidão Negativa Municipal, Certidão Negativa Federal e Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, podendo ser verificadas nos sítios eletrônicos. As certidões também podem ser as Positivas com Efeito de Negativa.
- 5.14. **Crítérios de avaliação de produção e pagamento:**
- 5.14.1. A credenciada deverá apresentar mensalmente até o (3º dia útil) a produção hospitalar ao estabelecimento de saúde, para fins de processamento e apresentar a produção ambulatorial e hospitalar mensalmente até o (5º dia útil) para a equipe de controle e avaliação, conforme calendário estabelecido pelo DATASUS, a qual será submetida a análise sendo necessário tempo hábil para processamento das informações nos Sistemas de Informações do Ministério da Saúde;
- 5.14.2. O faturamento estará condicionado à produção consolidada dos procedimentos autorizados pelo SISREG, sendo que se o procedimento acontecendo em finais de semana e/ou feriado, a autorização deverá ser no próximo dia útil. É obrigação da empresa credenciada, realizar o processo de consolidação no Sistema de Regulação dos procedimentos posteriormente executados;
- 5.14.3. Apresentar à Coordenadoria de Regulação, Controle dos Serviços de Saúde - CRECSS, ofício com identificação da empresa prestadora de serviço, apresentando quantidade e valor dos procedimentos, separados de acordo com mês de realização, devidamente assinada pelo representante legal da empresa, ressalta-se a necessidade que todas as folhas devem constar a assinatura do responsável. Frisa-se, que deve estar demonstrado a modalidade de atendimento do paciente: tanto na modalidade ambulatorial quanto na modalidade hospitalar junto aos laudos de APAC, BPA e AIH; Caso na produção tenham as modalidades Ambulatorial e Hospitalar que sejam feitos 02 (dois) ofícios com quantidade e valor dos procedimentos, separados de acordo com mês de realização, sendo um para cada modalidade de atendimento.
- 5.14.4. Apresentar os documentos de comprovação de toda a produção informada no arquivo magnético para fins de avaliação e análise, conforme o Termo de Referência, Manuais Técnico Operacionais do Ministério da Saúde, Sistema de Informações Ambulatoriais e Hospitalar, Manual de Glosas do Sistema Nacional de Auditoria e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, sendo assim é necessário o envio dos itens:
- I - Ofício de apresentação da produção; Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPAI);
 - II - A Programação Orçamentária (FPO), com as informações da empresa credenciada, impressa em duas vias, devidamente carimbada pelo representante legal da empresa. Caso tenha ocorrido atendimentos em meses anteriores à competência em questão, essa programação deverá ser feita separada por mês de atendimento e por contrato;
 - III - Solicitações médicas contendo a logomarca do SUS para a realização dos procedimentos devidamente preenchidas e carimbadas pelo profissional solicitante;
 - IV - Os procedimentos cujo instrumento de registro é Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo, atualmente chamada de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC), deverão obrigatoriamente passar por autorização prévia na Região de Saúde onde o procedimento será executado, assim como a Autorização de Internação Hospitalar – AIH;
 - V - Laudo dos pacientes individuais para cada procedimento realizado, devidamente preenchido com letra legível, assinada e carimbada pelo médico responsável;
 - VI - Controle de Frequência Individual da assistência ao paciente assinado pelo mesmo ou por seu responsável no ato da execução do procedimento;
 - VII - Guia de regulação do procedimento emitido pelo Sistema de Regulação-SISREG. Ressalta-se que a codificação do SISREG deve ser equivalente com o procedimento solicitado pelo profissional, sendo referenciados pelos códigos da Tabela SIGTAP/SUS. Nos casos de inconsistência do código regulado com o procedimento solicitado, a EMPRESA deverá entrar em contato com a Gerência de Regulação-GERREG, no intuito de corrigir a codificação, sendo que deve prevalecer o procedimento solicitado pelo profissional.
 - VIII - Listagem nominal (planilha) dos procedimentos ambulatoriais enumerada contendo: nome do paciente, Número da APAC, código do procedimento, cartão do SUS, telefone, quantidade de procedimento realizado, devidamente assinada pelo representante legal da empresa, para o e-mail: controleavaliacao.crecss@sesau.ro.gov.br;
 - IX - Listagem nominal (planilha) dos procedimentos hospitalares enumerada contendo: nome do paciente, código, valor e quantidade do procedimento, data do nascimento do recém nascido, data da realização do procedimento, sendo a relação entregue devidamente assinada pelo representante legal da empresa e do estabelecimento de saúde onde o serviço fora prestado, para o e-mail: controleavaliacao.crecss@sesau.ro.gov.br;
- 5.14.5. A Unidade contemplada, deverá realizar a informação dos exames realizados em regime hospitalar através da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) conforme prazos estipulados no Manual Técnico Operacional do Hospitalar do SIH. Para fins de controle a CRECSS terá até 03 competências após a realização do procedimento para averiguar a conformidade entre o informado pela prestadora de serviço e a unidade hospitalar. Havendo divergências a Comissão de Fiscalização de Contratos deverá proceder com informações complementares que se fizerem pertinentes;
- 5.14.6. A produção com as informações para fins de processamento no Sistema de Informação Ambulatorial - SIA, Sistema de Informação Hospitalar - SIH e/ou Sistema de Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial - CIHA, deverá ser encaminhada a CRECSS através de mídia digital até o 5º dia útil de cada mês. Os procedimentos realizados em regime ambulatorial e hospitalar deverão ser informados no instrumento de registro adequado conforme Tabela Sigtap/SUS;
- 5.14.7. Em relação ao arquivo magnético apresentado (registro eletrônico dos serviços executados) será submetido a verificação junto ao sistema de informação para levantamento de possíveis críticas. Cabe esclarecer que, entende-se por críticas os relatórios de confirmação do cruzamento dos dados referentes às diversas tabelas utilizadas pelo Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) para o processamento da informação, visando à identificação de inconsistências e fazendo a revisão da informação, antes do encaminhamento dos dados ao Ministério da Saúde (MS);
- I - As produções em arquivo magnético deverão ser por mês de processamento, com atendimentos realizados até 03 (três) meses anteriores (resíduos da produção), em um só arquivo, separadas por instrumento de registro;
- 5.14.8. Após processamento das informações o CRECSS viabiliza os relatórios (Ministério da Saúde) a unidade executante para conclusão do relatório do controle e avaliação;
- 5.14.9. A emissão dos Relatórios de Controle e Avaliação deverá ser realizada por profissional designado e devidamente capacitado pela CRECSS;
- 5.14.10. Fica terminantemente proibida a cobrança de quaisquer procedimentos, exames ou avaliações aos usuários do Sistema Único de Saúde;
- 5.14.11. No caso de inconformidades detectadas na produção, a credenciada terá um prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar do recebimento do relatório de produção, para apresentar suas justificativas e/ou impugnações das eventuais não conformidades, com as devidas documentações comprobatórias ao recurso impetrado. Salientando a necessidade de apresentação de documentação complementar, que esclareça o fato/procedimento que foi considerado objeto de glosa;
- 5.14.12. Nos casos onde a produção mensal apresentada estiver acima do teto, o prestador deverá encaminhar um ofício ao Gestor da Pasta, comunicando que ultrapassou o teto físico - financeiro solicitando autorização para apresentar a produção extra com a devida justificativa;
- 5.14.13. Os serviços contratados deverão estar submetidos à política de Regulação do seu gestor;

- 5.14.14. m) É obrigatório a credenciada manter atualizado o registro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme estabelece Portaria de Consolidação Nº 01, de 28 de Setembro de 2017, tendo em vista a possibilidade de rejeição total da produção no caso de falta de atualização do referido cadastro;
- 5.14.15. A Avaliação do Controle de Qualidade poderá ser realizada em ação conjunta da Vigilância Sanitária e a CRECSS/SESAU;
- 5.14.16. Os procedimentos realizados devem ser equivalentes a solicitação e a autorização, sendo referenciados pelos códigos da Tabela SIGTAP.
- 5.14.17. Fica a critério desta Secretaria que realizará o Controle e Avaliação do Serviço, em caso de necessidade, a fim de esclarecer possíveis inconformidades solicitar novos instrumentos e/ou documentos para análise, bem como implementar e/ou modificar o processo de Controle e Avaliação com base nas Portarias ministeriais e normativas internas;
- 5.14.18. A Coordenadoria de Regulação e Controle dos Serviços de Saúde – CRECSS e equipe da comissão de fiscalização da Unidade Hospitalar, acompanharão a avaliação da qualidade do atendimento, controle e monitoramento dos serviços realizados, de acordo com a legislação vigente, com acesso a todos os documentos que se fizerem necessário;
- 5.14.19. Após a finalização dos trâmites administrativos na Unidade de Saúde, e conclusão do Relatório de Controle e Avaliação, o mesmo será encaminhado para os fiscais de contratos que darão prosseguimento ao fluxo processual, para fins de pagamento junto ao Setor de Contratos- SC e/ou Gerência Administrativa-GAD;
- 5.14.20. A empresa executante deverá realizar os procedimentos dentro do Teto Mensal, mantendo cautela para não extrapolar o Saldo Global, evitando assim, futuros imbrólios como exemplo: *reconhecimento de dívida*.
- 5.14.21. Todas as unidades de saúde devem considerar a Resolução do Conselho Federal de Medicina/CFM nº 1.821/2007, que estabelece, no seu artigo 8º, o prazo mínimo de 20 (vinte) anos para preservação do prontuário em suporte de papel que não tenha sido digitalizado, e em relação à guarda do prontuário digitalizado esta deve ser permanente, conforme estabelece o artigo 7º da mesma Resolução;

Observação: Os serviços contratados deverão garantir aos usuários do SUS: redução das filas e o tempo de espera para atendimento; acesso com atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco; nome dos profissionais que cuidam de sua saúde e são responsáveis por eles; acesso às informações; presença de acompanhante; bem como os demais direitos dos usuários do SUS.

5.15. Apresentação de justificativas/Recurso de Glosa:

5.15.1. A credenciada terá um prazo de 05 (cinco) dias úteis (Lei Nº 8.666 de 21 de Junho de 1993), a contar do recebimento da notificação de indicação de glosa, para apresentar suas justificativas e/ou impugnações das eventuais não conformidades, com as devidas documentações comprobatórias, visto que deverá comprovar a execução do serviço considerado objeto de glosa, ou seja apresentação de fatos novos.

5.15.2. A empresa deverá se comprometer a indicar no prazo de 5 (cinco) dias úteis endereço válido de e-mail para receber notificações da credenciante, sendo de inteira responsabilidade da credenciada acompanhar as comunicações ali constantes, em caso de omissão na indicação, considerar-se-á para esse fim o e-mail cadastrado no SEI em nome da credenciada.

5.15.3. Caso a credenciada não dê recebido das notificações, considerar-se-á a credenciada automaticamente notificada após o transcurso de cinco dias corridos a contar do envio da notificação.

5.15.4. Salientamos que caso a credenciada não comprove execução do serviço no prazo estabelecido na Notificação de indicação de Glosa, clarificamos que o mesmo será objeto de Glosa, gerando assim a aplicação do BDP.

5.15.5. A credenciante fica autorizada a reter do montante devido à credenciada, qualquer valor cobrado indevidamente de familiar ou acompanhante, para fins de ressarcimento do usuário do SUS, por via administrativa;

6. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

DESCRIÇÃO DA DESPESA	
Contratação de empresa especializada em serviços de exames e procedimentos na área de diagnose por imagem e medicina nuclear inseridas nos subgrupos de diagnósticos por ressonância magnética e por medicina nuclear in vivo, com seus respectivos laudos , de forma contínua, para atender as necessidades dos usuários das Regiões de Saúde: Madeira Mamoré e Região de Saúde do Café, por um período de 12 (doze) meses.	
Resposta ao:	Memorando 450 (0018700417).
Indicação do Projeto/Atividade:	10.302.2034.4004 - Assegurar Atendimento em Saúde por meio de Convênios e Contrato com a Rede Privada.
Indicação da Fonte de Recursos:	0100 - Recursos Ordinários 0110 - Recursos para Apoio das Ações e Serviços de Saúde 0209 - Recursos do Sistema Único de Saúde 0300 - Recursos Ordinários 0310 - Recursos para Apoio das Ações e Serviços de Saúde 0609 - Recursos do Sistema Único de Saúde - SUS
Natureza da Despesa:	33.90.39 - Outros Serviços de Terceiros - PJ

Informação nº 334/2021/SESAU-NPPS (0018758760)

7. ESTIMATIVA DA DESPESA:

7.1. No que tange o valor estimado para a pretensa despesa, foram considerados os valores de procedimentos indicados na tabela SUS (SIGTAP), conforme tabela de procedimentos de **ressonância magnética e por medicina nuclear in vivo** com seus respectivos códigos sus, quantitativo mensal, valor mensal e valor anual com base na tabela sus, informados através da Informação nº 50/2021/SESAU-CAIS (0019665413) e constantes no anexo I deste Termo de Referência.

7.2. Segue estimativa para a Contratação em referência:

ANEXO I

Lote 1 - Procedimentos a serem contratados para atender o Lote 01 que contempla a Região de Saúde Madeira Mamoré.

Nº	Código	Descrição	Quant. Por Procedimento	Valor SIGTAP	Valor Resol. 125/2023	Média Valor Mês	Total Valor Ano
001	207010013	Angioressonancia Cerebral					
TOTAL DE PROC. ANO		Convencional	112	R\$ 268,75	R\$ 43,44	R\$ 2.913,77	R\$ 34.965,28
		Com Sedação	013	R\$ 268,75	R\$ 155,87	R\$ 460,01	R\$ 5.520,06
145		Com Contraste	019	R\$ 268,75	R\$ 232,96	R\$ 794,37	R\$ 9.532,49
		Com Contraste e Sedação	001	R\$ 268,75	R\$ 345,39	R\$ 51,18	R\$ 614,14
SUBTOTAL 1			145	----	----	R\$ 4.219,33	R\$ 50.631,97
Nº	Código	Descrição	Quant. Por Procedimento	Valor SIGTAP	Valor Resol. 125/2023	Média Valor Mês	Total Valor Ano
002	207010021	Ressonância Magnética De Articulação Temporo-Mandibular (Bilateral)					
TOTAL DE PROC. ANO		Convencional	038	R\$ 268,75	R\$ 43,44	R\$ 988,60	R\$ 11.863,22
		Com Sedação	001	R\$ 268,75	R\$ 155,87	R\$ 35,39	R\$ 424,62
041		Com Contraste	001	R\$ 268,75	R\$ 232,96	R\$ 41,81	R\$ 501,71
		Com Contraste e Sedação	001	R\$ 268,75	R\$ 345,39	R\$ 51,18	R\$ 614,14
SUBTOTAL 2			041	----	----	R\$ 1.116,97	R\$ 13.403,69
Nº	Código	Descrição	Quant. Por Procedimento	Valor SIGTAP	Valor Resol. 125/2023	Média Valor Mês	Total Valor Ano
003	207010030	Ressonância Magnética De Coluna Cervical/Pescoço					

TOTAL DE PROC. ANO			Convencional	3.606	R\$ 268,75	R\$ 43,44	R\$ 93.813,10	R\$ 1.125.757,14
			Com Sedação	018	R\$ 268,75	R\$ 155,87	R\$ 636,93	R\$ 7.643,16
3.670			Com Contraste	044	R\$ 268,75	R\$ 232,96	R\$ 1.839,60	R\$ 22.075,24
			Com Contraste e Sedação	002	R\$ 268,75	R\$ 345,39	R\$ 102,36	R\$ 1.228,28
SUBTOTAL 3				3.670	-----	-----	R\$ 96.391,99	R\$ 1.156.703,82
Nº	Código	Descrição		Quant. Por Procedimento	Valor SIGTAP	Valor Resol. 125/2023	Média Valor Mês	Total Valor Ano
004	207010048	Ressonância Magnética De Coluna Lombo-Sacra						
TOTAL DE PROC. ANO			Convencional	9.273	R\$ 268,75	R\$ 43,44	R\$ 241.244,82	R\$ 2.894.937,87
			Com Sedação	031	R\$ 268,75	R\$ 155,87	R\$ 1.096,94	R\$ 13.163,22
9.352			Com Contraste	047	R\$ 268,75	R\$ 232,96	R\$ 1.965,03	R\$ 23.580,37
			Com Contraste e Sedação	001	R\$ 268,75	R\$ 345,39	R\$ 51,18	R\$ 614,14
SUBTOTAL 4				9.352	-----	-----	R\$ 244.357,97	R\$ 2.932.295,60
Nº	Código	Descrição		Quant. Por Procedimento	Valor SIGTAP	Valor Resol. 125/2023	Média Valor Mês	Total Valor Ano
005	207010056	Ressonância Magnética De Coluna Torácica						
TOTAL DE PROC. ANO			Convencional	1.716	R\$ 268,75	R\$ 43,44	R\$ 44.643,17	R\$ 535.718,04
			Com Sedação	015	R\$ 268,75	R\$ 155,87	R\$ 530,78	R\$ 6.369,30
1.762			Com Contraste	030	R\$ 268,75	R\$ 232,96	R\$ 1.254,28	R\$ 15.051,30
			Com Contraste e Sedação	001	R\$ 268,75	R\$ 345,39	R\$ 51,18	R\$ 614,14
SUBTOTAL 5				1.762	-----	-----	R\$ 46.479,40	R\$ 557.752,78
Nº	Código	Descrição		Quant. Por Procedimento	Valor SIGTAP	Valor Resol. 125/2023	Média Valor Mês	Total Valor Ano
006	207010064	Ressonância Magnética De Crânio						
TOTAL DE PROC. ANO			Convencional	4.316	R\$ 268,75	R\$ 43,44	R\$ 112.284,34	R\$ 1.347.412,04
			Com Sedação	410	R\$ 268,75	R\$ 155,87	R\$ 14.507,85	R\$ 174.094,20
5.066			Com Contraste	339	R\$ 268,75	R\$ 232,96	R\$ 14.173,31	R\$ 170.079,69
			Com Contraste e Sedação	001	R\$ 268,75	R\$ 345,39	R\$ 51,18	R\$ 614,14
SUBTOTAL 6				5.066	-----	-----	R\$ 141.016,67	R\$ 1.692.200,07
Nº	Código	Descrição		Quant. Por Procedimento	Valor SIGTAP	Valor Resol. 125/2023	Média Valor Mês	Total Valor Ano
007	207010072	Ressonância Magnética De Sela Turcica						
TOTAL DE PROC. ANO			Convencional	107	R\$ 268,75	R\$ 43,44	R\$ 2.783,69	R\$ 33.404,33
			Com Sedação	004	R\$ 268,75	R\$ 155,87	R\$ 141,54	R\$ 1.698,48
137			Com Contraste	025	R\$ 268,75	R\$ 232,96	R\$ 1.045,23	R\$ 12.542,75
			Com Contraste e Sedação	001	R\$ 268,75	R\$ 345,39	R\$ 51,18	R\$ 614,14
SUBTOTAL 7				137	-----	-----	R\$ 4.021,64	R\$ 48.259,70
Nº	Código	Descrição		Quant. Por Procedimento	Valor SIGTAP	Valor Resol. 125/2023	Média Valor Mês	Total Valor Ano
008	207020019	Ressonância Magnética de coração/aorta c/ cine						
TOTAL DE PROC. ANO			Convencional	007	R\$ 268,75	R\$ 43,44	R\$ 182,11	R\$ 2.185,33
			Com Sedação	001	R\$ 268,75	R\$ 155,87	R\$ 35,39	R\$ 424,62
12			Com Contraste	001	R\$ 268,75	R\$ 232,96	R\$ 41,81	R\$ 501,71
			Com Contraste e Sedação	001	R\$ 268,75	R\$ 345,39	R\$ 51,18	R\$ 614,14
SUBTOTAL 8				10	-----	-----	R\$ 310,48	R\$ 3.725,80
Nº	Código	Descrição		Quant. Por Procedimento	Valor SIGTAP	Valor Resol. 125/2023	Média Valor Mês	Total Valor Ano
009	207020027	Ressonância Magnética De Membro Superior (Unilateral)						
TOTAL DE PROC. ANO			Convencional	1851	R\$ 268,75	R\$ 43,44	R\$ 48.155,31	R\$ 577.863,69
			Com Sedação	002	R\$ 268,75	R\$ 155,87	R\$ 70,77	R\$ 849,24
1.856			Com Contraste	002	R\$ 268,75	R\$ 232,96	R\$ 83,62	R\$ 1.003,42
			Com Contraste e Sedação	001	R\$ 268,75	R\$ 345,39	R\$ 51,18	R\$ 614,14
SUBTOTAL 9				1.856	-----	-----	R\$ 48.360,87	R\$ 580.330,49
Nº	Código	Descrição		Quant. Por Procedimento	Valor SIGTAP	Valor Resol. 125/2023	Média Valor Mês	Total Valor Ano
010	207020035	Ressonância Magnética De Tórax						
TOTAL DE PROC. ANO			Convencional	208	R\$ 268,75	R\$ 43,44	R\$ 5.411,29	R\$ 64.935,52
			Com Sedação	001	R\$ 268,75	R\$ 155,87	R\$ 35,39	R\$ 424,62
217			Com Contraste	007	R\$ 268,75	R\$ 232,96	R\$ 292,66	R\$ 3.511,97
			Com Contraste e Sedação	001	R\$ 268,75	R\$ 345,39	R\$ 51,18	R\$ 614,14
SUBTOTAL 10				217	-----	-----	R\$ 5.790,52	R\$ 69.486,25
Nº	Código	Descrição		Quant. Por Procedimento	Valor SIGTAP	Valor Resol. 125/2023	Média Valor Mês	Total Valor Ano
011	207030014	Ressonância Magnética De Abdomen Superior						
TOTAL DE PROC. ANO			Convencional	764	R\$ 268,75	R\$ 43,44	R\$ 19.876,10	R\$ 238.513,16
			Com Sedação	001	R\$ 268,75	R\$ 155,87	R\$ 35,39	R\$ 424,62
892			Com Contraste	126	R\$ 268,75	R\$ 232,96	R\$ 5.267,96	R\$ 63.215,46
			Com Contraste e Sedação	001	R\$ 268,75	R\$ 345,39	R\$ 51,18	R\$ 614,14
SUBTOTAL 11				892	-----	-----	R\$ 25.230,62	R\$ 302.767,38
Nº	Código	Descrição		Quant. Por Procedimento	Valor SIGTAP	Valor Resol. 125/2023	Média Valor Mês	Total Valor Ano
012	207030022	Ressonância Magnética De Bacia / Pelve / Abdomen Inferior						

TOTAL DE PROC. ANO		Convencional	2773	R\$ 268,75	R\$ 43,44	R\$ 72.141,91	R\$ 865.702,87
		Com Sedação	001	R\$ 268,75	R\$ 155,87	R\$ 35,39	R\$ 424,62
3.189		Com Contraste	414	R\$ 268,75	R\$ 232,96	R\$ 17.309,00	R\$ 207.707,94
		Com Contraste e Sedação	001	R\$ 268,75	R\$ 345,39	R\$ 51,18	R\$ 614,14
SUBTOTAL 12			3.189	----	----	R\$ 89.537,46	R\$ 1.074.449,57
Nº	Código	Descrição	Quant. Por Procedimento	Valor SIGTAP	Valor Resol. 125/2023	Média Valor Mês	Total Valor Ano
013	207030030	Ressonância Magnética De Membro Inferior (Unilateral)					
TOTAL DE PROC. ANO		Convencional	4363	R\$ 268,75	R\$ 43,44	R\$ 113.507,08	R\$ 1.362.084,97
		Com Sedação	003	R\$ 268,75	R\$ 155,87	R\$ 106,16	R\$ 1.273,86
4.376		Com Contraste	009	R\$ 268,75	R\$ 232,96	R\$ 376,28	R\$ 4.515,39
		Com Contraste e Sedação	001	R\$ 268,75	R\$ 345,39	R\$ 51,18	R\$ 614,14
SUBTOTAL 13			4.376	----	----	R\$ 114.040,70	R\$ 1.368.488,36
Nº	Código	Descrição	Quant. Por Procedimento	Valor SIGTAP	Valor Resol. 125/2023	Média Valor Mês	Total Valor Ano
014	207030049	Ressonância Magnética De Vias Biliares/Colangiressonancia					
TOTAL DE PROC. ANO		Convencional	108	R\$ 268,75	R\$ 43,44	R\$ 2.809,71	R\$ 33.716,52
		Com Sedação	001	R\$ 268,75	R\$ 155,87	R\$ 35,39	R\$ 424,62
111		Com Contraste	001	R\$ 268,75	R\$ 232,96	R\$ 41,81	R\$ 501,71
		Com Contraste e Sedação	001	R\$ 268,75	R\$ 345,39	R\$ 51,18	R\$ 614,14
SUBTOTAL 14			111	----	----	R\$ 2.938,08	R\$ 35.256,99

Resumo da Estimativa Orçamentária-Financeira RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	
Quant. Média de Proc. Por Mês	2.557
Quant. Total de Proc. Por Ano	30.679
Valor Médio por Mês	R\$ 823.812,71
Valor Total Geral por Ano	R\$ 9.885.752,47

ANEXO II

Lote 2 - Procedimentos a serem contratados para atender o Lote - 02 que contempla a Região de saúde do Café

ESTIMATIVA DE ORÇAMENTARIA PARA EXERCÍCIO 2023-2024					
Nº	Código	Descrição	ESTIMATIVA-2023	Valor Unitário	Valor Total
001	208010025	Cintilografia De Miocárdio P/ Aval. Da Perfusão em Situação De Estresse.	217	R\$ 449,37	R\$ 97.513,29
002	208010033	Cintilografia De Miocárdio P/ Aval. Da Perf. Em Sit. De Repouso - min. 3	54	R\$ 421,38	R\$ 22.754,52
003	208010041	Cintilografia De Miocárdio P/ Loc. De Necrose (Mínimo 3 Projeções)	19	R\$ 183,12	R\$ 3.479,28
004	208020110	Cintilografia P/ Pesquisa De Refluxo Gastro-Esofágico	19	R\$ 148,92	R\$ 2.829,48
005	208030018	Cintilografia De Paratireoides	19	R\$ 356,99	R\$ 6.782,81
006	208030026	Cintilografia De Tireoide C/ Ou S/ Captação	19	R\$ 85,01	R\$ 1.615,19
007	208030034	Cintilografia De Tireoide C/ Teste De Supressão / Estimulo	19	R\$ 85,01	R\$ 1.615,19
008	208030042	Cintilografia P/ Pesquisa Do Corpo Inteiro	19	R\$ 372,57	R\$ 7.078,83
009	208040056	Cintilografia Renal/Renograma (Qualitativa E/Ou Quantitativa)	64	R\$ 146,33	R\$ 9.365,12
010	208040102	Estudo Renal Dinâmico C/ Ou S/ Diurético	72	R\$ 181,76	R\$ 13.086,72
011	208050035	Cintilografia De Ossos C/ Ou S/ Fluxo Sanguíneo (Corpo Inteiro)	164	R\$ 210,09	R\$ 34.454,76
012	208050043	Cintilografia De Segmento Osseo C/ Galio 67	19	R\$ 503,31	R\$ 9.562,89
013	208020020	Cintilografia De Fígado E Vias Biliares	19	R\$ 206,72	R\$ 3.927,68
014	208060014	Cintilografia De Perfusão Cerebral C/ Talio (Spcto)	19	R\$ 481,81	R\$ 9.154,39
015	208070044	Cintilografia De Pulmão Por Perfusão (Mínimo 4 Projeções)	19	R\$ 143,55	R\$ 2.727,45
016	208090010	Cintilografia De Corpo Inteiro C/ Galio 67 P/ Pesquisa De Neoplasias	19	R\$ 997,48	R\$ 18.952,12
017	208070044	Linfocintilografia	19	R\$ 143,55	R\$ 2.727,45
018	208050035	Cintilografia De Ossos C/ Ou S/ Fluxo Sanguíneo (Corpo Inteiro)	19	R\$ 210,09	R\$ 3.991,71
019	208090037	Cintilografia De Mama (Bilateral)	19	R\$ 318,37	R\$ 6.049,03
TOTAL			837	R\$ 5.645,43	R\$ 257.667,91

Resumo da Estimativa Orçamentária-Financeira MEDICINA NUCLEAR (CINTILOGRAFIA)	
Quant. Média de Proc. Por Mês	70
Quant. Total de Proc. Por Ano	837
Valor Médio por Mês	R\$ 21.472,33
Valor Total Geral por Ano	R\$ 257.667,91

7.3. Segue estimativa para a Contratação em referência:

- **Valor Mensal: R\$ 845.285,03** (oitocentos e quarenta e cinco mil duzentos e oitenta e cinco reais e três centavos).
- **Valor Anual: R\$ 10.143.420,38** (dez milhões, cento e quarenta e três mil quatrocentos e vinte reais e trinta e oito centavos).

7.4. **Do preço**

7.4.1. Os parâmetros usados para fixar o preço dos serviços serão os previstos na Tabela SUS editada pelo Ministério da Saúde, conforme anexos I e II deste Termo de Referência. O valor estimado para os contratos provenientes deste Termo de Referência, não implicará nenhuma previsão de crédito em favor da credenciada que somente fará jus aos valores correspondentes aos serviços previamente encaminhados, autorizados pela Secretaria Estadual de Saúde e efetivamente prestados pelo Prestador;

7.4.2. Os valores estipulados dos procedimentos serão revistos na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes concedidos pelo Ministério da Saúde;

7.4.3. É vedado o pagamento de qualquer sobretaxa em relação à Tabela SUS adotada neste termo de referência, ou do cometimento a terceiros da atribuição de proceder intermediação do pagamento dos serviços prestados.

8. SANÇÕES:

8.1. Sem prejuízo das sanções cominadas no art. 87, I, III e IV, da Lei nº 8.666/93, pela inexecução total ou parcial do contrato, a Administração poderá, garantida a prévia e ampla defesa, aplicar à Contratada multa de até 10% (dez por cento) sobre a parte inadimplida;

8.2. Se a adjudicatária recusar-se a retirar o instrumento contratual injustificadamente ou se não apresentar situação regular na ocasião dos recebimentos, garantida a prévia e ampla defesa, aplicar à Contratada multa de até 10% (dez por cento) sobre o valor total adjudicado;

8.3. Ficará impedido de licitar e de contratar com o Estado de Rondônia e será descredenciado no SICAF, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, sem prejuízo das multas previstas em edital e no contrato e das demais cominações legais, garantido o direito à ampla defesa, o licitante que, convocado dentro do prazo de validade de sua proposta:

- I - Não assinar o contrato;
- II - Não entregar a documentação exigida no edital;
- III - Apresentar documentação falsa;
- IV - Causar o atraso na execução do objeto;
- V - Não manter a proposta;
- VI - Falhar na execução do contrato;
- VII - Fraudar a execução do contrato;
- VIII - Comportar-se de modo inidôneo;
- IX - Declarar informações falsas; e
- X - Cometer fraude fiscal.

8.3.1. As sanções descritas no item 8.3, também se aplicam aos integrantes do cadastro de reserva, em pregão para registro de preços que, convocados, não honrarem o compromisso assumido sem justificativa ou com justificativa recusada pela administração pública;

8.3.2. As sanções serão registradas e publicadas no SICAF e Cadastro de Fornecedores Impedidos de Licitar e Contratar com a Administração Pública Estadual - CAGEFIMP;

8.4. A multa, eventualmente imposta à Contratada, será automaticamente descontada da fatura a que fizer jus, acrescida de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês. Caso a contratada não tenha nenhum valor a receber do Estado, ser-lhe-á concedido o prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados de sua intimação, para efetuar o pagamento da multa. Após esse prazo, não sendo efetuado o pagamento, serão deduzidos da garantia. Mantendo-se o insucesso, seus dados serão encaminhados ao órgão competente para que seja inscrita na dívida ativa, podendo, ainda a Administração proceder à cobrança judicial;

8.5. As multas previstas nesta seção não eximem a adjudicatária ou contratada da reparação dos eventuais danos, perdas ou prejuízos que seu ato punível venha causar à Administração;

8.6. De acordo com a gravidade do descumprimento, poderá ainda a licitante se sujeitar à Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que o contratado ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e depois de decorrido o prazo da sanção aplicada com base na legislação vigente;

8.7. A sanção denominada "Advertência" só terá lugar se emitida por escrito e quando se tratar de faltas leves, assim entendidas como aquelas que não acarretarem prejuízos significativos ao objeto da contratação, cabível somente até a segunda aplicação (reincidência) para a mesma infração, caso não se verifique a adequação da conduta por parte da Contratada, após o que deverão ser aplicadas sanções de grau mais significativo;

8.8. As sanções serão aplicadas sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal que possa ser acionada em desfavor da Contratada, conforme infração cometida e prejuízos causados à administração ou a terceiros;

8.9. Para efeito de aplicação de multas, às infrações são atribuídos graus, com percentuais de multa conforme a tabela a seguir, que elenca apenas as principais situações previstas, não eximindo de outras equivalentes que surgirem, conforme o caso:

ITEM	DESCRIÇÃO DA INFRAÇÃO	GRAU	MULTA*
1	Permitir situação que crie a possibilidade ou cause dano físico, lesão corporal ou consequências letais; por ocorrência.	06	4,0% por dia
2	Usar indevidamente informações sigilosas a que teve acesso; por ocorrência.	06	4,0% por dia
3	Suspender ou interromper, salvo por motivo de força maior ou caso fortuito, os serviços contratuais por dia e por unidade de atendimento;	05	3,2% por dia
4	Destruir ou danificar documentos por culpa ou dolo de seus agentes; por ocorrência.	05	3,2% por dia
5	Recusar-se a executar serviço determinado pela FISCALIZAÇÃO, sem motivo justificado; por ocorrência;	04	1,6% por dia
6	Executar serviço incompleto, paliativo substitutivo como por caráter permanente, ou deixar de providenciar recomposição complementar; por ocorrência.	02	0,4% por dia
7	Fornecer informação pérfida de serviço ou substituição de Cartão/ equipamento/software; por ocorrência.	02	0,4% por dia
8	Manter credenciamento ou descredenciamento de estabelecimento sem a anuência prévia do Gestor do Contrato, por ocorrência(s);	01	0,2% por dia
9	Tratar de maneira diferenciada os estabelecimentos credenciados por si, dos motivados por conta própria ou encaminhados pelo Gestor do Contrato, por ocorrência(s) e por estabelecimento;	01	0,2% por dia
Para os itens a seguir, deixar de:			
10	Efetuar o pagamento da rede contratada no prazo estipulado; por dia e por ocorrência.	06	4,0% por dia
11	Efetuar o pagamento de seguros, encargos fiscais e sociais, assim como quaisquer despesas diretas e/ou indiretas relacionadas à execução deste contrato; por dia e por ocorrência;	05	3,2% por dia
12	Efetuar a restauração do sistema e reposição de equipamentos danificados, por motivo e por dia;	04	1,6% por dia
13	Cumprir quaisquer dos itens do Edital e seus anexos, mesmo que não previstos nesta tabela de multas, após reincidência formalmente notificada pela FISCALIZAÇÃO; por ocorrência.	03	0,8% por dia
14	Cumprir determinação formal ou instrução complementar da FISCALIZAÇÃO, por ocorrência;	03	0,8% por dia
15	Iniciar execução de serviço nos prazos estabelecidos, observados os limites mínimos estabelecidos por este Contrato; por serviço, por ocorrência.	02	0,4% por dia
16	Disponibilizar os equipamentos, sistema, estabelecimentos credenciados, em numero mínimo, treinamento, suporte e demais necessários à realização dos serviços do escopo do contrato; por ocorrência.	02	04% por dia
17	Ressarcir o órgão por eventuais danos causados por sua culpa, em veículos, equipamentos, dados, etc.	02	0,4% por dia
18	Fornecer as senhas e relatórios exigidos para o objeto, por tipo e por ocorrência;	02	0,4% por dia
19	Fiscalizar e controlar, diariamente, a atuação da rede contratada, por estabelecimento e por dia;	01	0,2% por dia
20	Credenciar estabelecimento por proposta própria ou encaminhada pelo Gestor do Contrato, por ocorrência e por dia;	01	0,2% por dia
21	Manter a documentação de habilitação atualizada; por item, por ocorrência.	01	0,2% por dia
22	Substituir funcionário que se conduza de modo inconveniente ou não atenda às necessidades do Órgão, por funcionário e por dia;	01	0,2% por dia
23	Fornecer suporte técnico à Contratante e à rede contratada, por ocorrência e por dia.	01	0,2% por dia

** Incidente sobre o valor da parte inadimplida do contrato.*

8.10. As sanções aqui previstas poderão ser aplicadas concomitantemente, facultada a defesa prévia do interessado, no respectivo processo, no prazo de 05 (cinco) dias úteis.

8.11. Após 30 (trinta) dias da falta de execução do objeto, será considerada inexecução total do contrato, o que ensejará a rescisão contratual.

8.12. As sanções de natureza pecuniária serão diretamente descontadas de créditos que eventualmente detenha a CONTRATADA ou efetuada a sua cobrança na forma prevista em lei.

8.13. As sanções previstas não poderão ser relevadas, salvo ficar comprovada a ocorrência de situações que se enquadrem no conceito jurídico de força maior ou casos fortuitos, devidos e formalmente justificados e comprovados, e sempre a critério da autoridade competente, conforme prejuízo auferido.

8.14. A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Administração, observado o princípio da proporcionalidade.

8.15. A sanção será obrigatoriamente registrada no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores – SICAF, bem como em sistemas Estaduais.

8.16. Também ficam sujeitas às penalidades de suspensão de licitar e impedimento de contratar com o órgão licitante e de declaração de inidoneidade, previstas no subitem anterior, as empresas ou profissionais que, em razão do contrato decorrente desta licitação:

- a) Tenham sofrido condenações definitivas por praticarem, por meio dolosos, fraude fiscal no recolhimento de tributos;
- b) Tenham praticado atos ilícitos visando a frustrar os objetivos da licitação;
- c) Demonstrem não possuir idoneidade para contratar com a Administração em virtude de atos ilícitos praticados.

9. DEVERES:

9.1. Da credenciada:

9.1.1. A credenciada deverá dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, possuidores de título ou certificado da especialidade, e em quantitativo suficiente à execução dos serviços a serem prestados;

9.1.2. Comprovar a formação específica da mão-de-obra oferecida expedidos por Instituições devidamente habilitadas e reconhecidas;

9.1.3. Executar os serviços objeto deste Termo de Referência mediante a atuação de profissionais especializados e manter quadro de pessoal suficiente para execução dos serviços, sem interrupção, sendo de sua exclusiva responsabilidade as despesas com todos os encargos e obrigações sociais, trabalhistas e fiscais decorrentes dos serviços executados;

9.1.4. Manter planejamento de esquemas alternativos de trabalho ou planos de contingência para situações emergenciais, tais como: greves e outros, assegurando a continuidade dos serviços estabelecidos no presente Termo de Referência;

9.1.5. A credenciada deverá manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.

9.1.6. Comunicar imediatamente a credenciante os casos de substituições ou troca de funcionários da(s) CREDENCIADA(S).

9.1.7. A Administração se eximirá de qualquer responsabilidade civil ou criminal, em caso de erro médico, culposo ou doloso, durante a vigência do contrato;

9.1.8. A ausência de comunicação por parte da credenciante referente a irregularidades ou falhas não exime a(s) CREDENCIADA(S) das responsabilidades determinadas no contrato.

9.1.9. Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços;

9.1.10. A(s) CREDENCIADA(S) responsabilizar-se-á(ão) integralmente pelo serviço a ser prestado nos termos da legislação vigente, observado o estabelecido nos itens a seguir:

9.1.11. A(s) CREDENCIADA(S) deverá (ao) possuir o Procedimento Operacional Padrão (POP) e Normas e Rotinas pertinentes aos serviços prestados, corroborando com as diretrizes institucionais e legislação vigente, se houver;

9.1.12. Cumprir o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e normas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) quando os serviços forem executados dentro das Unidades de Saúde contempladas neste Termo de Referência.

9.1.13. É de inteira responsabilidade da CREDENCIADA a utilização de contraste e/ou sedação nos exames de tomografias nos casos necessários de pacientes que a necessitem, considerando a solicitação médica e autorização da Gerência de Regulação, bem como à disponibilização de profissional com capacidade técnica para acompanhamento do procedimento.

9.1.14. A CREDENCIADA fica responsável pela entrega do relatório de produção dos serviços prestados para cada Regional contemplada neste Termo de Referência, de acordo com a data prevista na normatização vigente do Ministério da Saúde e demais documentos probantes junto a credenciante para procedimentos de controle, avaliação e validação do serviço, bem como os documentos alusivos para pagamento.

9.1.15. Designar, por escrito, no ato de recebimento da autorização de serviços, preposto para tomar as decisões compatíveis com os compromissos assumidos e com poderes para resolução de possíveis ocorrências durante a execução do contrato;

9.1.16. Apresentar à credenciante, quando exigidos, comprovante de pagamentos de salários, quitação de suas obrigações trabalhistas e previdenciárias relativas aos empregados que estejam ou tenham estado a serviço da credenciante, por força deste contrato;

9.1.17. Manter disciplina nos locais dos serviços, afastando imediatamente após notificação formal, qualquer empregado considerado com conduta que afete a memória institucional e contrarie a normalidade ou rotina de atendimento;

9.1.18. Manter arquivo de cópia dos exames admissionais, periódicos, demissionais, mudança de função e retorno ao trabalho, conforme preconiza NR7 que compõe Portaria nº 3.214 de 08 de junho de 1978 e suas alterações, fornecendo cópias sempre que solicitado;

9.1.19. Responsabilizar-se única, integral e exclusivamente pela boa qualidade da prestação de serviços respondendo perante a Administração da credenciante, inclusive órgão do poder público, por ocorrência de procedimentos inadequados para os fins previstos no presente contrato;

9.1.20. Corrigir de pronto os problemas apresentados pela fiscalização da CREDENCIANTE sob pena de aplicação de multas e demais penalidades previstas no edital, os casos não previstos considerados imprescindíveis para a perfeita execução do contrato, deverão ser resolvidos entre a CREDENCIANTE e a(s) CREDENCIADA(S);

9.1.21. Manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições que culminaram em sua habilitação e qualificação na fase da licitação;

9.1.22. Responsabilizar-se por eventuais paralisações do serviço, por parte de seus empregados, garantindo a continuidade dos serviços contratados, sem repasse de qualquer ônus à credenciante;

9.1.23. A fiscalização do contrato se dará por meio dos procedimentos constantes do Anexo III deste Termo de Referência;

9.1.24. A fiscalização pela credenciante não desobriga a(s) CREDENCIADA(S) de sua responsabilidade quanto à perfeita execução do objeto deste instrumento;

9.1.25. A credenciada se responsabilizará pela implantação e execução de projetos de adequação de estrutura física, conforme - Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 e demais legislações vigentes.

9.1.26. A(s) CREDENCIADA(S) permitirá(ão) e oferecerá(ão) condições para a mais ampla e completa fiscalização, durante a vigência do contrato, fornecendo informações, propiciando o acesso à documentação pertinente e atendendo às observações e exigências apresentadas pela fiscalização.

9.1.27. A credenciada responsabiliza-se em disponibilizar, para os serviços objeto deste contrato, os profissionais necessários para o fiel cumprimento dos serviços mencionados neste Termo de Referência.

9.1.28. A credenciada responsabiliza-se pela contratação, treinamento e pagamento de todos os profissionais necessários à prestação dos serviços ora contratados.

9.1.29. Responsabilizar-se por todos os custos referentes a frete, impostos e taxas resultantes da execução do objeto contratado.

9.1.30. Providenciar imediata correção dos erros apontados no processamento (crítica), considerando o prazo estabelecido no Ofício-Circular nº 179/2021/SESAU-CRECSS (0018009174) e Memorando-Circular 4 (0018068931) de 03 dias para correção, encaminhar para CRECSS/SESAU/RO, para fins de processamento nos sistemas de informação do Ministério da Saúde.

9.1.31. O prestador de serviços se submeterá às normas definidas pela Secretaria Estadual de Saúde quanto ao fluxo de atendimento, sua comprovação, e outros procedimentos necessários ao ágil relacionamento com o prestador e a satisfação do usuário do SUS/RO.

9.1.32. Apresentar o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, CNES, registrado no município da execução dos serviços, para fins de registro e transmissão da produção no sistema SIA/SUS.

9.1.33. Manter sempre atualizado o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES. A desatualização do CNES poderá implicar diretamente na aprovação das produções apresentadas pela credenciada.

9.1.34. A mudança do Responsável Técnico pelos serviços avançados, também deverá ser comunicada a CRECSS/SESAU/SUS/RO, procedendo a devida alteração cadastral no CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde);

9.1.35. Os serviços operacionalizados pelo prestador de serviço de saúde contratado deverão atender às necessidades da SESA/SUS/RO, órgão encarregado pelo encaminhamento dos usuários do SUS.

9.1.36. Os atendimentos de urgência deverão obedecer ao fluxo estabelecido pela Unidade de Saúde Estadual ao qual o serviço está vinculado;

9.2. Dos equipamentos:

I - Memorial Descritivo do equipamento, em língua portuguesa, uma via, encadernada de forma a não conter folhas soltas, sem emendas, rasuras, entrelinhas, ressalvas ou espaços em branco, rubricadas pelo responsável da empresa em todas as vias e com a numeração sequenciada, não sendo consideradas aquelas que apresentem equipamentos diferentes dos solicitados (observando o mínimo exigido, conforme Anexo II), indicando:

- a) Item;
- b) Especialidade de atuação;
- c) Quantidade;
- d) Especificação do Equipamento;
- e) Modelo;
- f) Marca;

II - O não atendimento a quaisquer dos itens mínimos exigidos, conforme Anexo II deste Termo, bem como dos itens referentes a alínea "a", implicará na desclassificação da proposta.

III - Declaração formal se comprometendo a disponibilizar, no momento de execução dos serviços, todos e, os mesmos, equipamentos constantes no Memorial Descritivo, sob pena de rescisão contratual;

IV - Para fins de assinatura de contrato, a licitante vencedora, se obriga a apresentar a comprovação de disponibilidade de todos os equipamentos constantes no Memorial Descritivo, que poderá ser através de Nota Fiscal ou Contrato de Locação ou quaisquer outro documento que comprove a posse do equipamento, com vistoria técnica nas dependências da Licitante.

9.3. Da Equipe Técnica Mínima:

9.3.1. A credenciada responsabiliza-se em disponibilizar, para os serviços objeto deste Termo de Referência, os profissionais necessários para o fiel cumprimento dos serviços, mantendo equipe adiante estabelecida em quantidade suficiente, conforme necessidade informada através da Informação nº 50/2021/SESAU-CAIS (0019665413).

9.3.2. A realização de procedimentos na área de diagnose por imagem e medicina nuclear inseridas nos subgrupos de diagnósticos por ressonância magnética e por medicina nuclear in vivo, com seus respectivos laudos, exige a presença de médico especialista, além da equipe técnica com formação competente para o desempenho das atividades desenvolvidas e devidamente registradas nos órgãos de classes.

9.3.3. Há compatibilidade prevista na Tabela de Procedimentos do SUS para a realização dos serviços de diagnose por imagem e medicina nuclear, conforme relacionada a seguir:

Quadro 3- Recursos Humanos	
CBO	Profissional
**225320	Médico em radiologia e diagnóstico por imagem ¹
**223260	Cirurgião dentista - radiologista ²
**225315	Médico em medicina nuclear ³

Fonte: SIGTAP,2021

Qualificação técnica para Diagnóstico por ressonância magnética se trata do profissional;
segundo a forma de Organização, habilitado para realizar RM da cabeça, pescoço e coluna vertebral e;
Qualificação técnica para realizar diagnóstico em medicina nuclear in vivo, conforme a tabela SIGTAP.

9.3.4. Manter seu pessoal uniformizado, identificando-os mediante crachás com fotografia recente e provendo-os com Equipamentos de Proteção Individual - EPI's.

9.3.5. A credenciada responsabiliza-se em disponibilizar, para os serviços objeto deste contrato, os profissionais necessários para o fiel cumprimento dos serviços mencionados neste Termo de Referência.

9.3.6. A credenciada responsabiliza-se pela contratação, treinamento e pagamento de todos os profissionais necessários à prestação dos serviços ora contratados.

9.3.7. A credenciada no momento que esta Secretaria de Estado da Saúde - SESA, encaminhar para a realização dos procedimentos que encontram-se com produção zerados por não terem sido executados no período a que se refere ao faturamento, a mesma deverá executar, pois são procedimentos da tabela SUS.

9.3.8. Todos os Impressos e Materiais de Consumo, tais como: materiais de administração, enfermagem, materiais médicos descartáveis, impressos necessários, materiais OPME, entre outros materiais para a prestação dos serviços serão fornecidos pela credenciada.

9.3.9. No tocante à prestação dos serviços ao paciente serão cumpridas as seguintes exigências, entre outras do Estado, decorrentes do relacionamento que tem com o SUS/MS:

- a) É vedada cobrança dos serviços, direta ou indiretamente ao paciente, assim como solicitar doações em dinheiro ou que o mesmo forneça material ou medicamento para exames, sejam os atendimentos ambulatoriais ou outros complementares da assistência.
- b) A empresa é a única responsável por eventual cobrança indevida feita ao paciente ou ao seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste Contrato, prática que inclusive poderá levá-la ao descredenciamento.

9.3.10. A obrigatoriedade de o prestador manter cadastros o dos usuários, assim como prontuários que permitam o acompanhamento, o controle e a supervisão dos serviços;

9.3.11. O compromisso de o órgão ou entidade executora apresentar, na periodicidade ajustada, relatórios de atendimento e outros documentos comprobatórios da execução dos serviços efetivamente prestados ou colocados à disposição;

9.3.12. Os estabelecimentos credenciados serão submetidos à avaliações sistemáticas de acordo com o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de saúde - PNAAS.

9.3.13. O credenciado deverá entregar ao usuário ou responsável, no ato da saída do atendimento, documento com o histórico do atendimento prestado ou resumo de alta, onde conste, também, a informação da gratuidade do atendimento;

9.3.14. Obrigação de apresentação de relatórios de atividades sempre que solicitado pelo gestor;

9.3.15. Os serviços contratados deverão garantir aos usuários do SUS: redução das filas e o tempo de espera para atendimento; acesso com atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco; nome dos profissionais que cuidam de sua saúde e são responsáveis por eles; acesso às informações; presença de acompanhante; bem como os demais direitos dos usuários do SUS.

9.3.16. Em conformidade ao art. 26 § 2º da Lei 8080/90, os serviços contratados submeter-se-ão às normas emanadas pelo sistema de Saúde;

9.3.17. É de inteira responsabilidade da credenciada, o atendimento de pacientes que compreendem a faixa etária de 0 a 120 anos de idade. Bem como a utilização de contraste e/ou sedação nos exames de tomografias nos casos necessários.

9.4. Da credenciante:

9.4.1. Exercer a fiscalização dos serviços por servidores especialmente designados, na forma prevista na Lei nº 8.666/93;

9.4.2. Indicar, formalmente, o gestor e/ou o fiscal para acompanhamento da execução contratual;

9.4.3. Encaminhar a liberação de pagamento das faturas da prestação de serviços aprovadas;

- 9.4.4. A credenciante, através da Comissão de Recebimento de Serviços Prestados e de Materiais, apresentará a(s) credenciada(S), todos os procedimentos e rotinas administrativas e técnicas, necessárias ao registro, por escrito, dos atendimentos efetuados pela equipe de profissionais do Contratado;
- 9.4.5. Controle estatístico dos serviços realizados;
- 9.4.6. Desenvolver manuais técnicos e de rotinas de trabalho;
- 9.4.7. Estabelecer e implantar formas e métodos de controle de qualidade, de acordo com a legislação vigente;
- 9.4.8. Efetuar os pagamentos devidos dentro do prazo estipulado, após o recebimento do serviço.
- 9.4.9. Prestar as informações necessárias para que a credenciada possa cumprir com suas obrigações.
- 9.4.10. Aplicar à credenciada as penalidades regulamentares e contratuais cabíveis caso seja necessário.
- 9.4.11. Zelar pela boa qualidade do serviço, receber, apurar e solucionar queixas e reclamações dos usuários;

10. DA QUALIFICAÇÃO TÉCNICA:

10.1. Qualificação técnica (para habilitação):

a) Apresentação de pelo menos um atestado e/ou declaração de capacidade técnica, fornecidos por pessoa jurídica de direito público ou privado, comprovando o desempenho da licitante em contrato pertinente e compatível em características em prestação de serviços condizentes com o objeto desta licitação, conforme delimitado abaixo:

- **a.1)** Entende-se por pertinente e compatível em **características** o(s) atestado(s) que em sua individualidade ou soma, contemple a prestação de **serviços médicos e procedimentos de média e/ou alta complexidade**, condizentes com o objeto desta licitação;
 - **a.2)** Entende-se por pertinente e compatível em **prazo** o(s) atestado(s) que em sua individualidade ou soma de atestados concomitantes no período de execução (tendo sido os serviços dos atestados prestados no mesmo período) comprove, **com pelo menos 20% (vinte por cento) da vigência proposta**, que a empresa prestou ou presta satisfatoriamente serviços com as especificações demandadas no objeto desta licitação.
 - **a.3)** O atestado deverá indicar dados da entidade emissora (razão social, CNPJ, endereço, telefone, fax, data de emissão) e dos signatários do documento (nome, função, telefone, etc.), além da descrição do objeto e quantidade expressa em unidade ou valor.
 - **a.4)** Sendo o atestado e/ou declaração emitido por pessoa de direito público deverá constar órgão, cargo e matrícula do emitente. (Orientação técnica número 001/2017/GAB/SUPEL de 14/02/2017, publicada no Diário Oficial de Rondônia no dia 24/02/2017 e número 002/2017/GAB/SUPEL de 08/03/2017, publicada no Diário Oficial de Rondônia no dia 10/03/2017).
 - **a.5)** O disposto no subitem acima não enseja na imediata inabilitação do licitante, cabendo a Comissão de Licitação, se for o caso, empreender diligência para averiguar a veracidade do documento (Orientação técnica número 001/2017/GAB/SUPEL de 14/02/2017, publicada no Diário Oficial de Rondônia no dia 24/02/2017 e número 002/2017/GAB/SUPEL de 08/03/2017, publicada no Diário Oficial de Rondônia no dia 10/03/2017).
- b) Apresentar Declaração formal de disponibilidade das instalações, dos Equipamentos e do Pessoal Técnico, adequados para a realização dos serviços de que trata a referida despesa;
- c) Apresentar comprovante de registro junto ao Conselho de Classe competente.
- d) Apresentar comprovação de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, registrado no município da execução dos serviços, para fins de registro e transmissão da produção no sistema SIA/SUS.
- e) Apresentar Alvará Sanitário da sede da empresa, emitido pela Vigilância Sanitária Municipal ou Estadual;
- f) Apresentar Alvará de Localização e Funcionamento da empresa expedido por órgão municipal competente;
- g) Ofício/Documento indicando a capacidade técnica total de atendimento, e quantidade de serviço por mês, que pretende ofertar para o SUS. No anexo I deste termo de referência consta modelo de ofício.
- h) Antes de credenciar as empresas interessadas, será verificado a idoneidade das declarações apresentadas, bem como a realização de vistoria técnica a fim de constatar *in loco* a capacidade física e operacional e a qualidade das ações e dos serviços prestados, com a emissão de parecer circunstanciado, que fundamentará a decisão acerca da habilitação da entidade (art. 2º, VII, Portaria nº 2.567/2016).
- i) Ofício/Documento indicando a capacidade técnica total de atendimento, o código e descrição do procedimento e a quantidade de serviço por mês, que pretende ofertar para o SUS em serviços (Modelo no anexo II)
- j) Declaração de situação de regularidade (Modelo anexo III);

10.2. Qualificação Técnica dos Profissionais:

- a) Indicação do pessoal técnico adequado e disponíveis para a realização dos serviços, bem como da qualificação de cada um dos membros da equipe técnica que se responsabilizará pelos trabalhos;
- b) Memorial Descritivo contendo a relação dos profissionais responsáveis pela execução dos serviços propostos.
- c) Estar cadastrado e atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
- d) Declaração formal se comprometendo a disponibilizar os profissionais mínimos necessários a execução dos serviços.
- e) Apresentação de Currículo Vitae, Diploma de Graduação em Medicina, Certificado de Especialidade Médica do objeto deste certame, documentos pessoais, Comprovação de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES, Registro no Conselho de Classe competente; e demais documentos que comprovem a veracidade das informações, em conformidade com o art. 30 da Lei nº 8.666/93.
- f) A comprovação do vínculo dos profissionais poderá ser feita mediante apresentação de um contrato de prestação de serviços.

10.3. Dos Equipamentos Necessários:

- a) Apresentar Memorial Descritivo contendo a relação dos equipamentos e mobiliários hospitalares atendendo legislação vigente e mantendo quantidade e especificação técnica mínima, necessários para o fiel cumprimento dos serviços.

10.4. Documentação de habilitação:

10.4.1. Habilitação jurídica:

- 10.4.2. Por intermédio dos seguintes documentos: Registro comercial, no caso de empresa individual; ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, e última alteração contratual (ou consolidação), devidamente registrado, e no caso de sociedade por ações, acompanhado dos documentos de eleição de seus administradores.

10.4.3. Caso a Licitante esteja inscrita no SICAF (Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores (<https://www3.comprasnet.gov.br/sicaf-web/public/pages/consultas/consultarCRC.jsf>)) fica desobrigado a apresentar todos os documentos deste subitem, desde que já constem do respectivo cadastro).

10.5. Qualificação econômico-financeira:

10.5.1. Certidão Negativa de Recuperação Judicial – [Lei nº. 11.101/05](#) (recuperação judicial, extrajudicial e falência) emitida pelo órgão competente, expedida nos últimos 90 (noventa) dias caso não conste o prazo de validade.

10.5.2. Na hipótese de apresentação de Certidão Positiva de recuperação judicial, o(a) Pregoeiro verificará se a licitante teve seu plano de recuperação judicial homologado pelo juízo, conforme determina o art. 58 da Lei 11.101/2005.

10.5.3. Caso a empresa credenciada não obtenha acolhimento judicial do seu plano de recuperação judicial, a licitante será inabilitada, uma vez que não há demonstração de viabilidade econômica.

10.5.4. Balanço Patrimonial, referente ao último exercício social, ou o Balanço de Abertura, caso a licitante tenha sido constituída em menos de um ano, devidamente autenticado ou registrado na Junta Comercial do Estado, para que o(a) Pregoeiro(a) possa aferir se esta possui Patrimônio Líquido (licitantes constituídas a mais de um ano) ou Capital Social (licitantes constituídas a menos de um ano), de 5% (cinco) por cento do valor estimado do lote que o licitante estiver participando.

10.6. Regularidade fiscal e trabalhista:

- 10.6.1. Por intermédio dos seguintes documentos:
- 10.6.2. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ.
- 10.6.3. Certidão de Quitação de Tributos Federais e Contribuições Federais, emitida pela Receita Federal.
- 10.6.4. Certidão Negativa de Débitos Relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, conforme Portaria Conjunta da RFB/PGFN nº. 1.751, de 02/10/2014.
- 10.6.5. Certidão Negativa de Débito com a Fazenda do Estado (Tributos Estaduais) onde for sediada a empresa, a certidão deve estar em plena validade e, na hipótese da inexistência de prazo de validade a mesma deverá ser emitida com antecedência máxima de 60 (sessenta) dias da data de abertura deste credenciamento.
- 10.6.6. Certidão Negativa de Débito com a Fazenda do Município onde for sediada a empresa, a certidão deve estar em plena validade e, na hipótese da inexistência de prazo de validade a mesma deverá ser emitida com antecedência máxima de 60 (sessenta) dias da data de abertura deste credenciamento.
- 10.6.7. Certificado de Regularidade do FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço) – CRF, emitido pela Caixa Econômica Federal.
- 10.6.8. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), expedida gratuita e eletronicamente (<http://www.tst.jus.br>), para comprovar a inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, nos termos da Lei nº. 12.440/11.
- 10.6.9. Caso a Licitante esteja inscrita no SICAF (Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - <https://www3.comprasnet.gov.br/sicaf-web/public/pages/consultas/consultarCRC.jsf>) fica desobrigado a apresentar todos os documentos deste subitem, desde que já constem do respectivo cadastro).
- 10.6.10. Caso algum documento constante do cadastro esteja com prazo de validade vencido o licitante deverá encaminhá-lo junto com a proposta.
- 10.6.11. No caso de Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte, deverão apresentar toda a documentação exigida, todavia, nos termos do Art. 43 § 1º da Lei Complementar nº 123/06, havendo alguma restrição na comprovação da regularidade fiscal e trabalhista, a Comissão de Credenciamento, concederá o prazo de 05 (cinco) dias úteis, cujo termo inicial corresponderá ao momento da declaração de classificação da Credenciada, para a regularização da documentação, pagamento ou parcelamento do débito, e emissão de eventuais certidões negativas ou positivas com efeito de certidão negativa.
- 10.6.12. Não serão aceitos protocolos de solicitação de certidões ou licenças em repartições públicas para substituir documentos aqui exigidos.
- 10.6.13. Poderão ser apresentadas certidões positivas com efeito negativo.
- 10.6.14. Antes de credenciar as empresas interessadas, será verificado a idoneidade das declarações apresentadas, bem como a realização de vistoria técnica a fim de constatar *in loco* a capacidade física e operacional e a qualidade das ações e dos serviços prestados, com a emissão de parecer circunstanciado, que fundamentará a decisão acerca da habilitação da entidade (art. 2º, VII, Portaria nº 2.567/2016).

11. DECLARAÇÕES:

- 11.1. Declaração que a empresa não emprega menor de 18 anos, conforme disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal;

12. DAS CONDIÇÕES PARA O CREDENCIAMENTO

12.1. Das Condições de Participação:

12.1.1. Poderão participar do credenciamento as pessoas jurídicas e/ou entidades sem fins lucrativos de todo o território nacional, legalmente constituídas, com capacidade técnica, idoneidade econômico-financeira, regularidade jurídico-fiscal, que não tenham sofrido penalidade de suspensão ou declaração de inidoneidade por parte do Poder Público, que preencham as condições de credenciamento, e que tenham interesse em prestar os serviços pelos preços e condições estipulados neste instrumento.

12.1.2. Não poderão participar deste credenciamento as empresa que:

- a) Se enquadre em qualquer das hipóteses do art. 9º, da Lei nº 8.666/93.
- b) Estiverem em processo de intervenção judicial ou extrajudicial, falência, insolvência ou liquidação.
- c) Tenha sido punida com suspensão do direito de licitar e/ou contratar com a Administração Pública, ou declarada inidônea para licitar ou contratar com qualquer órgão da Administração Pública, de qualquer Poder ou esfera de governo.
- d) Que estejam cumprindo a sanção prevista no inciso IV do art. 87 da lei n 8.666/93. (aplicável a todas as licitações sob qualquer modalidade, bem como aos procedimentos de dispensa e inexigibilidade de licitação por força do disposto no art. 97), que tenham sido declaradas inidôneas por esta autarquia e/ou estejam cadastradas nos impedidos de licitar no site do tribunal de contas do Estado de Rondônia.
- e) Não preencherem as condições de credenciamento estipuladas no Edital e no Termo de Referência.

12.1.3. A participação no certame implica em aceitação de todas as condições estabelecidas no Termo de Referência, no Edital e seus respectivos anexos. Caso contrário, poderá ocorrer imediatamente o descredenciamento da empresa.

12.1.4. Não será admitido a participação de interessados distinto através de um único representante, ou que indiquem como responsável técnico ou qualquer outro componente de equipe técnica, profissional comum entre os interessados participantes do chamamento; e ainda, que seja servidor público, assim entendido quem exerça cargo, emprego ou função em entidade paraestatal, consideradas para tal, além das fundações, empresas públicas e sociedade de economia mista, as demais entidades sob controle, direto ou indireto, no âmbito da esfera estadual, qual seja o vínculo, de caráter transitório ou sem remuneração, cargo, função ou emprego público.

12.2. Prazos para o Credenciamento:

12.2.1. Os interessados em realizar a prestação de serviços, de forma complementar, **poderão se credenciar a partir do primeiro dia útil subsequente a data de publicação** do edital de credenciamento, em local e horários indicados no referido instrumento convocatório, até a revogação do credenciamento.

12.2.2. O credenciamento poderá ser realizado a qualquer tempo, dessa forma, os interessados que encaminharem os envelopes de documentações posteriormente à data marcada para abertura dos envelopes, dentro da vigência deste Chamamento Público, serão recebidos, abertos, analisados, conferidos, verificando as exigências do Edital.

12.2.3. Os interessados deverão entregar toda a documentação pertinente num único ato, não sendo permitida a entrega fracionada, exceto nos casos previstos no próprio Edital.

12.3. Da Proposta de Credenciamento:

12.3.1. Os interessados em participar do presente credenciamento ao objeto descritos neste Termo de Referência, tendo como forma de remuneração pelos serviços prestados os valores estabelecidos no item 7 deste Termo de Referência, deverão, no prazo estabelecido no subitem 11.2.1, apresentar o requerimento de credenciamento (ANEXO IV) juntamente com os demais documentos de habilitação previstos no edital.

12.4. Da Análise dos Documentos para o Credenciamento:

12.4.1. A documentação exigida para fins de credenciamento (qualificação técnica) será examinada por uma Comissão Especial da SESA/RO, quanto ao atendimento das condições estabelecidas neste Termo de Referência e o seu respectivo Edital, no prazo máximo de 03 (três) dias, que será nomeada por meio de Portaria pelo Excelentíssimo senhor Secretário de Estado da Saúde, sendo composta por técnicos da ASTEC e CRECSS/SESA/RO.

12.5. Visita in Loco:

12.5.1. A Comissão de Credenciamento agendará e realizará visita in loco às participantes, com o objetivo de identificar e avaliar a capacidade física e operacional e a qualidade das ações e dos serviços a serem prestados, com a emissão de parecer circunstanciado, que fundamentará a decisão acerca da habilitação da entidade (art. 2º, VII, Portaria nº 2.567/2016).

12.5.2. A recusa, por parte da entidade, em receber a Comissão para fins de vistoria, após duas tentativas, será considerada desistência, excluindo a entidade do pleito.

12.6. Da Publicidade do Credenciamento e do Extrato do Contrato:

12.6.1. Tanto o credenciamento quanto posteriormente a lista de credenciados a ser homologada pelo Secretário de Estado da Saúde do Estado de Rondônia – SESA/RO, será publicada nos seguintes meios de comunicação, conforme dispõe o art. 26 da Lei Federal nº. 8.666/93:

- I - Diário Oficial do Estado (DOE);
- II - Site da Secretaria de Saúde - SESA/RO;
- III - Jornal de grande circulação;

IV - E em pelo menos 2 (dois) sites de grande visualização;

12.7. Da Formalização do Credenciamento:

12.7.1. A formalização do credenciamento se dará através de contrato administrativo específico cuja minuta estará estabelecida anexa ao Edital.

12.7.2. Oficialmente convocada pela Administração com vistas à celebração do Termo Contratual, é dado à credenciada **o prazo de 05 (cinco) dias**, contado da data da ciência ao chamamento, pela Secretaria de Estado da Saúde, para no local indicado, firmar o instrumento de Contrato munido da documentação devidamente exigida.

12.7.3. Não serão aceitos protocolos de prorrogação de prazo para apresentação da documentação, bem como não serão aceitos protocolos de entrada de documentação, fatos estes que ocasionarão a desclassificação da empresa credenciada, sem prejuízo da sanções cabíveis.

12.8. Critério de Cadastramento:

12.8.1. Efetuada a assinatura dos Termos de Credenciamento, com as devidas publicações, a Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia – SESAU/RO, no último dia útil do mês, realizará sorteio para definir o ordenamento a ser observado no BANCO DE CREDENCIADOS.

12.8.2. Deve ser dada preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos e somente no caso de persistir a necessidade quantitativa dos serviços demandados, o ente público poderá recorrer às entidades com fins lucrativos (§2º, art. 3º, Portaria nº 2.567/2016).

12.8.3. As entidades filantrópicas e sem fins lucrativos deverão satisfazer para a celebração de instrumento contratual, os requisitos básicos contidos na Lei nº 8.666/93, e no art. 3º da Lei nº 12.101, independentemente das condições técnicas, operacionais e outros requisitos ou exigências fixadas pelos gestores do SUS (§5º, art. 3º, Portaria nº 2.567/2016).

12.9. Do Gerenciamento dos Serviços a serem Prestados pela Credenciada:

12.9.1. Após a homologação da relação de credenciados serão organizados a distribuição dos serviços.

12.9.2. A distribuição ocorrerá de acordo com a necessidade dos serviços.

12.9.3. A distribuição dos serviços ocorrerá com os número de credenciados inscritos, e terão vigência de 3 meses.

12.10. Dos Casos de Descrédenciamento:

12.10.1. Pela Credenciante, sem prévio aviso, quando:

a) A credenciada deixar de cumprir qualquer das cláusulas e condições do contrato, Edital e/ou termo de referência.

b) Na hipótese de descumprimento das obrigações pelo credenciado, este estará sujeito às sanções previstas nos artigos 87 da Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores.

c) A credenciada praticar atos fraudulentos no intuito de auferir para si ou para outrem vantagem ilícita.

d) Fica assegurado ao credenciado o direito ao contraditório, sendo avaliadas suas razões pela Comissão Especial de Credenciamento, que opinará em 05 (cinco) dias úteis e a submeterá ao Gestor da SESAU para decisão final.

e) Ficar evidenciada a incapacidade da credenciada de cumprir as obrigações assumidas devidamente caracterizadas em relatório circunstanciado de inspeção.

f) Por razões de interesse público de alta relevância, mediante despacho motivado e justificado da SESAU.

g) Em razão de caso fortuito ou força maior.

h) Desinteresse da Administração.

i) E naquilo que couber conforme disposto nas outras hipóteses do art. 78 da Lei 8.666/93.

12.10.2. Pelo Credenciado:

a) O credenciado poderá realizar denúncia do ajuste a qualquer tempo, mediante solicitação escrita à SESAU/RO, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

13. DO REAJUSTE DO CONTRATO:

13.1 Durante o prazo de vigência do Contrato, os valores estipulados dos procedimentos serão revistos na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes concedidos pelo Ministério da Saúde.

14. DA CESSÃO, DA SUBCONTRATAÇÃO E TRANSFERÊNCIA DO CONTRATO

14.1 Será vedada a cessão, subcontratação ou transferência total ou parcial de quaisquer direitos e/ou obrigações inerentes ao presente Termo de Referência por parte da CREDENCIADA.

15. DA PARTICIPAÇÃO DE EMPRESAS REUNIDAS SOB A FORMA DE CONSÓRCIO:

15.1 Fica vedada a participação de empresas reunidas sob a forma de consórcio, tendo em vista o objeto da licitação não é de grande porte, complexo tecnicamente, e tampouco operacionalmente inviável de ser executado por apenas uma empresa, portanto, não é o caso da aplicação do art. 33, da Lei Federal nº 8.666/93.

15.2 A ausência de consórcio não trará prejuízos à competitividade do certame, visto que, em regra, a formação de consórcios é admitida quando o objeto a ser licitado envolve questões de alta complexidade ou de relevante vulto, em que empresas, isoladamente, não teriam condições de suprir os requisitos de habilitação do edital.

16. CONDIÇÕES GERAIS:

16.1 Rege-se este instrumento pelas normas e diretrizes estabelecidas na Lei Federal 8.666/93, e pela Portaria nº 2.567/2016, de 25 de novembro de 2016, do Ministério da Saúde.

16.2 As omissões, dúvidas e casos não previstos neste instrumento serão resolvidos e decididos aplicando as regras contratuais e a Lei 8.666/93 e suas alterações, e/ou subsidiariamente no disposto acima, caso persista a pendência pelos Técnicos desta SESAU/RO.

16.3 O credenciado compromete-se a aceitar, cumprir e fazer cumprir as determinações legais e demais normas emanadas do Ministério da Saúde, e órgãos e entidades a ele vinculadas e da Secretária de Estado da Saúde de Rondônia, e a acatar as resoluções que regem o Sistema Único de Saúde – SUS.

16.4 O credenciado declara ainda, aceitar os termos das Normas Gerais do SUS, inclusive no que tange à sujeição às necessidades e demanda da Secretária de Estado da Saúde de Rondônia – SESAU/RO.

16.5 Esse Termo de Referência, encontra-se em harmonia com o Decreto nº 21.264 de 20 de setembro de 2016 que dispõe sobre a aplicação do Princípio do Desenvolvimento Estadual Sustentável no âmbito do Estado de Rondônia.

16.6 O credenciado ficará obrigado a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários aos serviços, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do Contrato para os seus acréscimos, nos termos do artigo 65, § 1º da Lei Federal nº 8.666/93.

17. ANEXOS:

ANEXO I – Procedimentos de ressonância magnética e por medicina nuclear in vivo com seus respectivos códigos sus quantitativo mensal e anual, valor mensal e anual com base na tabela SUS. Fonte: informação nº 50/2021/SESAU-CAIS (0019665413)

ANEXO II - Especificação Técnica Mínima do Equipamento.

ANEXO III - Modelo de ofício/documento indicando a capacidade técnica total mensal e anual a ser ofertada ao sus na prestação de serviços

ANEXO IV - Modelo declaração de situação de regularidade

ANEXO V - Modelo de requerimento de credenciamento

Elaborado por:
Severino Alves da Cruz Junior
Assessor Técnico - GECOMP/SESAU

Revisão Técnica:
Laura Bany de Araujo Pinto
Administradora - GECOMP/SESAU

Revisão Técnica:
Ernani Marques de Almeida
Coordenador Administrativo - SESAU-GAD

Revisão Técnica:
Pollyana Roberta Freitas
Coordenadoria CRECSS/SESAU

Revisão Técnica:
Stenio Alves Leite de Andrade
Gerência Estadual de Regulação do SUS - GERREG

Revisão Técnica:
Mariana Prado
Coordenadoria de Atenção integral a Saúde - CAIS

Na Forma do que dispõe o Artigo 7º parágrafo 2º e incisos I, II e III da Lei nº 8.666/93, **aprovo o presente instrumento, bem como seus anexos.**

MICHELLE DAHIANE DUTRA
Secretária Executiva de Estado da Saúde
SESAU-RO

ANEXO I
PROCEDIMENTOS DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO COM SEUS RESPECTIVOS CÓDIGOS SUS
QUANTITATIVO MENSAL e ANUAL, VALOR MENSAL e ANUAL COM BASE NA TABELA SUS

Nº	Código	Descrição	Quant. Por Procedimento	Valor SIGTAP	Valor Resol. 125/2023	Média Valor Mês	Total Valor Ano
001	207010013	Angioressonancia Cerebral					
TOTAL DE PROC. ANO		Convencional	112	R\$ 268,75	R\$ 43,44	R\$ 2.913,77	R\$ 34.965,28
		Com Sedação	013	R\$ 268,75	R\$ 155,87	R\$ 460,01	R\$ 5.520,06
145		Com Contraste	019	R\$ 268,75	R\$ 232,96	R\$ 794,37	R\$ 9.532,49
		Com Contraste e Sedação	001	R\$ 268,75	R\$ 345,39	R\$ 51,18	R\$ 614,14
SUBTOTAL 1			145	-----	-----	R\$ 4.219,33	R\$ 50.631,97
Nº	Código	Descrição	Quant. Por Procedimento	Valor SIGTAP	Valor Resol. 125/2023	Média Valor Mês	Total Valor Ano
002	207010021	Ressonância Magnética De Articulação Temporo-Mandibular (Bilateral)					
TOTAL DE PROC. ANO		Convencional	038	R\$ 268,75	R\$ 43,44	R\$ 988,60	R\$ 11.863,22
		Com Sedação	001	R\$ 268,75	R\$ 155,87	R\$ 35,39	R\$ 424,62
041		Com Contraste	001	R\$ 268,75	R\$ 232,96	R\$ 41,81	R\$ 501,71
		Com Contraste e Sedação	001	R\$ 268,75	R\$ 345,39	R\$ 51,18	R\$ 614,14
SUBTOTAL 2			041	-----	-----	R\$ 1.116,97	R\$ 13.403,69
Nº	Código	Descrição	Quant. Por Procedimento	Valor SIGTAP	Valor Resol. 125/2023	Média Valor Mês	Total Valor Ano
003	207010030	Ressonância Magnética De Coluna Cervical/Pescoço					
TOTAL DE PROC. ANO		Convencional	3.606	R\$ 268,75	R\$ 43,44	R\$ 93.813,10	R\$ 1.125.757,14
		Com Sedação	018	R\$ 268,75	R\$ 155,87	R\$ 636,93	R\$ 7.643,16
3.670		Com Contraste	044	R\$ 268,75	R\$ 232,96	R\$ 1.839,60	R\$ 22.075,24
		Com Contraste e Sedação	002	R\$ 268,75	R\$ 345,39	R\$ 102,36	R\$ 1.228,28
SUBTOTAL 3			3.670	-----	-----	R\$ 96.391,99	R\$ 1.156.703,82
Nº	Código	Descrição	Quant. Por Procedimento	Valor SIGTAP	Valor Resol. 125/2023	Média Valor Mês	Total Valor Ano
004	207010048	Ressonância Magnética De Coluna Lombo-Sacra					
TOTAL DE PROC. ANO		Convencional	9.273	R\$ 268,75	R\$ 43,44	R\$ 241.244,82	R\$ 2.894.937,87
		Com Sedação	031	R\$ 268,75	R\$ 155,87	R\$ 1.096,94	R\$ 13.163,22
9.352		Com Contraste	047	R\$ 268,75	R\$ 232,96	R\$ 1.965,03	R\$ 23.580,37
		Com Contraste e Sedação	001	R\$ 268,75	R\$ 345,39	R\$ 51,18	R\$ 614,14
SUBTOTAL 4			9.352	-----	-----	R\$ 244.357,97	R\$ 2.932.295,60
Nº	Código	Descrição	Quant. Por Procedimento	Valor SIGTAP	Valor Resol. 125/2023	Média Valor Mês	Total Valor Ano
005	207010056	Ressonância Magnética De Coluna Torácica					
TOTAL DE PROC. ANO		Convencional	1.716	R\$ 268,75	R\$ 43,44	R\$ 44.643,17	R\$ 535.718,04
		Com Sedação	015	R\$ 268,75	R\$ 155,87	R\$ 530,78	R\$ 6.369,30
1.762		Com Contraste	030	R\$ 268,75	R\$ 232,96	R\$ 1.254,28	R\$ 15.051,30
		Com Contraste e Sedação	001	R\$ 268,75	R\$ 345,39	R\$ 51,18	R\$ 614,14
SUBTOTAL 5			1.762	-----	-----	R\$ 46.479,40	R\$ 557.752,78

Nº	Código	Descrição	Quant. Por Procedimento	Valor SIGTAP	Valor Resol. 125/2023	Média Valor Mês	Total Valor Ano
006	207010064	Ressonância Magnética De Crânio					
TOTAL DE PROC. ANO		Convencional	4.316	R\$ 268,75	R\$ 43,44	R\$ 112.284,34	R\$ 1.347.412,04
		Com Sedação	410	R\$ 268,75	R\$ 155,87	R\$ 14.507,85	R\$ 174.094,20
5.066		Com Contraste	339	R\$ 268,75	R\$ 232,96	R\$ 14.173,31	R\$ 170.079,69
		Com Contraste e Sedação	001	R\$ 268,75	R\$ 345,39	R\$ 51,18	R\$ 614,14
SUBTOTAL 6			5.066	-----	-----	R\$ 141.016,67	R\$ 1.692.200,07
Nº	Código	Descrição	Quant. Por Procedimento	Valor SIGTAP	Valor Resol. 125/2023	Média Valor Mês	Total Valor Ano
007	207010072	Ressonância Magnética De Sela Turcica					
TOTAL DE PROC. ANO		Convencional	107	R\$ 268,75	R\$ 43,44	R\$ 2.783,69	R\$ 33.404,33
		Com Sedação	004	R\$ 268,75	R\$ 155,87	R\$ 141,54	R\$ 1.698,48
137		Com Contraste	025	R\$ 268,75	R\$ 232,96	R\$ 1.045,23	R\$ 12.542,75
		Com Contraste e Sedação	001	R\$ 268,75	R\$ 345,39	R\$ 51,18	R\$ 614,14
SUBTOTAL 7			137	-----	-----	R\$ 4.021,64	R\$ 48.259,70
Nº	Código	Descrição	Quant. Por Procedimento	Valor SIGTAP	Valor Resol. 125/2023	Média Valor Mês	Total Valor Ano
008	207020019	Ressonância Magnética de coração/aorta c/ cine					
TOTAL DE PROC. ANO		Convencional	007	R\$ 268,75	R\$ 43,44	R\$ 182,11	R\$ 2.185,33
		Com Sedação	001	R\$ 268,75	R\$ 155,87	R\$ 35,39	R\$ 424,62
12		Com Contraste	001	R\$ 268,75	R\$ 232,96	R\$ 41,81	R\$ 501,71
		Com Contraste e Sedação	001	R\$ 268,75	R\$ 345,39	R\$ 51,18	R\$ 614,14
SUBTOTAL 8			10	-----	-----	R\$ 310,48	R\$ 3.725,80
Nº	Código	Descrição	Quant. Por Procedimento	Valor SIGTAP	Valor Resol. 125/2023	Média Valor Mês	Total Valor Ano
009	207020027	Ressonância Magnética De Membro Superior (Unilateral)					
TOTAL DE PROC. ANO		Convencional	1851	R\$ 268,75	R\$ 43,44	R\$ 48.155,31	R\$ 577.863,69
		Com Sedação	002	R\$ 268,75	R\$ 155,87	R\$ 70,77	R\$ 849,24
1.856		Com Contraste	002	R\$ 268,75	R\$ 232,96	R\$ 83,62	R\$ 1.003,42
		Com Contraste e Sedação	001	R\$ 268,75	R\$ 345,39	R\$ 51,18	R\$ 614,14
SUBTOTAL 9			1.856	-----	-----	R\$ 48.360,87	R\$ 580.330,49
Nº	Código	Descrição	Quant. Por Procedimento	Valor SIGTAP	Valor Resol. 125/2023	Média Valor Mês	Total Valor Ano
010	207020035	Ressonância Magnética De Tórax					
TOTAL DE PROC. ANO		Convencional	208	R\$ 268,75	R\$ 43,44	R\$ 5.411,29	R\$ 64.935,52
		Com Sedação	001	R\$ 268,75	R\$ 155,87	R\$ 35,39	R\$ 424,62
217		Com Contraste	007	R\$ 268,75	R\$ 232,96	R\$ 292,66	R\$ 3.511,97
		Com Contraste e Sedação	001	R\$ 268,75	R\$ 345,39	R\$ 51,18	R\$ 614,14
SUBTOTAL 10			217	-----	-----	R\$ 5.790,52	R\$ 69.486,25
Nº	Código	Descrição	Quant. Por Procedimento	Valor SIGTAP	Valor Resol. 125/2023	Média Valor Mês	Total Valor Ano
011	207030014	Ressonância Magnética De Abdomen Superior					
TOTAL DE PROC. ANO		Convencional	764	R\$ 268,75	R\$ 43,44	R\$ 19.876,10	R\$ 238.513,16
		Com Sedação	001	R\$ 268,75	R\$ 155,87	R\$ 35,39	R\$ 424,62
892		Com Contraste	126	R\$ 268,75	R\$ 232,96	R\$ 5.267,96	R\$ 63.215,46
		Com Contraste e Sedação	001	R\$ 268,75	R\$ 345,39	R\$ 51,18	R\$ 614,14
SUBTOTAL 11			892	-----	-----	R\$ 25.230,62	R\$ 302.767,38
Nº	Código	Descrição	Quant. Por Procedimento	Valor SIGTAP	Valor Resol. 125/2023	Média Valor Mês	Total Valor Ano
012	207030022	Ressonância Magnética De Bacia / Pelve / Abdomen Inferior					
TOTAL DE PROC. ANO		Convencional	2773	R\$ 268,75	R\$ 43,44	R\$ 72.141,91	R\$ 865.702,87
		Com Sedação	001	R\$ 268,75	R\$ 155,87	R\$ 35,39	R\$ 424,62
3.189		Com Contraste	414	R\$ 268,75	R\$ 232,96	R\$ 17.309,00	R\$ 207.707,94
		Com Contraste e Sedação	001	R\$ 268,75	R\$ 345,39	R\$ 51,18	R\$ 614,14
SUBTOTAL 12			3.189	-----	-----	R\$ 89.537,46	R\$ 1.074.449,57
Nº	Código	Descrição	Quant. Por Procedimento	Valor SIGTAP	Valor Resol. 125/2023	Média Valor Mês	Total Valor Ano
013	207030030	Ressonância Magnética De Membro Inferior (Unilateral)					
TOTAL DE PROC. ANO		Convencional	4363	R\$ 268,75	R\$ 43,44	R\$ 113.507,08	R\$ 1.362.084,97
		Com Sedação	003	R\$ 268,75	R\$ 155,87	R\$ 106,16	R\$ 1.273,86
4.376		Com Contraste	009	R\$ 268,75	R\$ 232,96	R\$ 376,28	R\$ 4.515,39
		Com Contraste e Sedação	001	R\$ 268,75	R\$ 345,39	R\$ 51,18	R\$ 614,14
SUBTOTAL 13			4.376	-----	-----	R\$ 114.040,70	R\$ 1.368.488,36
Nº	Código	Descrição	Quant. Por Procedimento	Valor SIGTAP	Valor Resol. 125/2023	Média Valor Mês	Total Valor Ano
014	207030049	Ressonância Magnética De Vias Biliares/Colangiorressonancia					
TOTAL DE PROC. ANO		Convencional	108	R\$ 268,75	R\$ 43,44	R\$ 2.809,71	R\$ 33.716,52
		Com Sedação	001	R\$ 268,75	R\$ 155,87	R\$ 35,39	R\$ 424,62
111		Com Contraste	001	R\$ 268,75	R\$ 232,96	R\$ 41,81	R\$ 501,71
		Com Contraste e Sedação	001	R\$ 268,75	R\$ 345,39	R\$ 51,18	R\$ 614,14
SUBTOTAL 14			111	-----	-----	R\$ 2.938,08	R\$ 35.256,99

Resumo da Estimativa Orçamentária-Financeira RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	
Quant. Média de Proc. Por Mês	2.557
Quant. Total de Proc. Por Ano	30.679
Valor Médio por Mês	R\$ 823.812,71
Valor Total Geral por Ano	R\$ 9.885.752,47

ESTIMATIVA DE ORÇAMENTARIA PARA EXERCÍCIO 2023-2024					
Nº	Código	Descrição	ESTIMATIVA-2023	Valor Unitário	Valor Total
001	208010025	Cintilografia De Miocárdio P/ Aval. Da Perfusão em Situação De Estresse.	217	R\$ 449,37	R\$ 97.513,29
002	208010033	Cintilografia De Miocárdio P/ Aval. Da Perf. Em Sit. De Repouso - min. 3	54	R\$ 421,38	R\$ 22.754,52
003	208010041	Cintilografia De Miocárdio P/ Loc. De Necrose (Minimo 3 Projeções)	19	R\$ 183,12	R\$ 3.479,28
004	208020110	Cintilografia P/ Pesquisa De Refluxo Gastro-Esofágico	19	R\$ 148,92	R\$ 2.829,48
005	208030018	Cintilografia De Paratireoides	19	R\$ 356,99	R\$ 6.782,81
006	208030026	Cintilografia De Tireoide C/ Ou S/ Captação	19	R\$ 85,01	R\$ 1.615,19
007	208030034	Cintilografia De Tireoide C/ Teste De Supressão / Estimulo	19	R\$ 85,01	R\$ 1.615,19
008	208030042	Cintilografia P/ Pesquisa Do Corpo Inteiro	19	R\$ 372,57	R\$ 7.078,83
009	208040056	Cintilografia Renal/Renograma (Qualitativa E/Ou Quantitativa)	64	R\$ 146,33	R\$ 9.365,12
010	208040102	Estudo Renal Dinâmico C/ Ou S/ Diurético	72	R\$ 181,76	R\$ 13.086,72
011	208050035	Cintilografia De Ossos C/ Ou S/ Fluxo Sanguíneo (Corpo Inteiro)	164	R\$ 210,09	R\$ 34.454,76
012	208050043	Cintilografia De Segmento Osseo C/ Galio 67	19	R\$ 503,31	R\$ 9.562,89
013	208020020	Cintilografia De Fígado E Vias Biliares	19	R\$ 206,72	R\$ 3.927,68
014	208060014	Cintilografia De Perfusão Cerebral C/ Talio (Spcto)	19	R\$ 481,81	R\$ 9.154,39
015	208070044	Cintilografia De Pulmão Por Perfusão (Mínimo 4 Projecoos)	19	R\$ 143,55	R\$ 2.727,45
016	208090010	Cintilografia De Corpo Inteiro C/ Galio 67 P/ Pesquisa De Neoplasias	19	R\$ 997,48	R\$ 18.952,12
017	208070044	Linfocintilografia	19	R\$ 143,55	R\$ 2.727,45
018	208050035	Cintilografia De Ossos C/ Ou S/ Fluxo Sanguíneo (Corpo Inteiro)	19	R\$ 210,09	R\$ 3.991,71
019	208090037	Cintilografia De Mama (Bilateral)	19	R\$ 318,37	R\$ 6.049,03
TOTAL			837	R\$ 5.645,43	R\$ 257.667,91

Resumo da Estimativa Orçamentária-Financeira MEDICINA NUCLEAR (CINTILOGRAFIA)	
Quant. Média de Proc. Por Mês	70
Quant. Total de Proc. Por Ano	837
Valor Médio por Mês	R\$ 21.472,33
Valor Total Geral por Ano	R\$ 257.667,91

ANEXO II

ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA MÍNIMA DO EQUIPAMENTO

ITEM	ESPECIFICAÇÃO
01	Para o procedimento de Ressonância Magnética: CARACTERÍSTICAS: Magneto de no mínimo 1,5 T - Para corpo inteiro, do tipo permanente, Sistema de emergência para retirada do paciente, Segunda mesa de exames compatível ou maca não magnética para locomoção do paciente. Bobina de Coluna, Torácica/Lombar e abdome em 2 tamanhos (média e grande), Bobina para Exames de Pescoço/ e Coluna Cervical, Bobina para Exames de Ombro, Bobina específica de Joelho, com tecnologia Phased Array, Bobina para Punho e pequenas anatomias, Console de Operação e softwares: Capacidade de impressão em câmara laser ou sistema de impressão a seco. Acessórios relacionados, Câmara Laser com processadora acoplada ou impressora a seco. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA: Supercondutivo de 1.5 T ou maior; Magneto com Criogênia (Hélio Líquido); Diâmetro interno mínimo de 67 cm; Intercomunicador em duas vias;Características do Gradiente: Sistema de Gradiente não Ressonante 100% DE CICLO de trabalho; Intensidade mínima de gradientes por eixo (X, Y, Z) durante 100% do tempo de sequência: maior ou igual à 30 mT/m (valor real por eixo); Taxa de variação em tempo real mínimo por eixo (X, Y, Z) durante 100% do tempo de sequência: maior ou igual à 100 T/m/s ou maior (valor real por eixo); Sistema de refrigeração dos gradientes ; Características de Transmissão e Recepção de Radiofrequência: Sistema de RF: 15 KW ou maior; Sistema de RF com no mínimo 8 Canais de 1 MHz por canal; Características da Mesa de Exames: Mesa com movimentos totalmente monitorizados; Capacidade de carga mínima de 200 Kg; Espessura de corte 2D: 1 mm ou menor; Espessura de corte 3D: 0,5 mm ou menor; Aquisições 2D e 3D; Matriz de aquisição de 64X64 até 1024X1024; Características das Bobinas: O Equipamento que possuir bobina integrada à mesa, que combinada a outras bobinas proporcion a cobertura estendida do encéfalo até a pelve sem mover o paciente, correspondendo a bobinas de crânio, cabeça e pescoço, neuro-vascular, tórax, abdome, pélvis e cárdio (para estas quatro últimas áreas anatômicas a cobertura mínima é de 46 cm - caso necessário ofertar duas unidades); Bobina para exames de Joelho com no mínimo 8 canais; 01 Conjunto de bobinas flexíveis de aquisição paralela com no mínimo 02 canais para uso geral; 01 Bobina ou combinação de bobinas para exames vasculares periféricos com no mínimo 8 canais; 01 Bobina para exames de punho com no mínimo 8 canais; . 01 Bobina para exames de pé/tornozelo com no mínimo 8 canais; 01 Bobina para exames de ombro com no mínimo 8 canais; Equipamento deve ser apto a realizar todos os exames elencados no certame.
02	Para o procedimento de cintilografia, o equipamento é gama-câmara; <i>Equipamento com Dois detectores retangulares; Campo de visão (FOV) mínimo de 35 x 50 cm; Cristais de cintilação de 3/8" de NaI (Iodeto de Sódio dopado com tálio); Possibilidade de angulação axial entre detectores de 90° e 180°. Resolução espacial intrínseca FWHM CFOV intrínseca de 3,8 mm ou melhor; Resolução espacial intrínseca FWHM UFOV ; Independência energética: para ajustes e calibração de uniformidade usando apenas as janelas de energia de cobalto ou tecnécio; Matriz SPECT de 64 x 64, 128 x 128, 256 x 256. Possuir resolução intrínseca de energia 140 kev de 9,9% ou melhor. Sistema automático de detecção de contorno corporal, em tempo real, para exames SPECT, SPECT cardíaco e para varredura de corpo inteiro. Mesa do paciente com movimentos longitudinais e verticais motorizados, que suporte no mínimo 200 kg e mínimo de 190 cm de varredura livre sem necessidade de reposicionamento do paciente; Configuração de detectores e maca que possibilite realizar exames em pacientes sentados, de pé ou em cadeira de rodas; Configuração do gantry e detectores que permita estudos em maca de hospital utilizando simultaneamente os 2 detectores; Mesa que possa baixar até uma distância igual ou inferior a 59cm do piso; Suporte para cabeça com apoio para os braços, e acessórios para fixação de pacientes.</i>

Despacho SESAU-CO (0018699493, 0019414750)

ANEXO III

MODELO DE OFÍCIO/DOCUMENTO INDICANDO A CAPACIDADE TÉCNICA TOTAL MENSAL E ANUAL A SER OFERTADA AO SUS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Conforme solicitação constante no Termo de Referência, segue abaixo tabela demonstrando a capacidade técnica da credenciada em quantidade, oferta mensal e anual, na realização de exames e procedimentos na área área de diagnose por imagem e medicina nuclear inseridas nos subgrupos de diagnósticos por **ressonância magnética** e **por medicina nuclear in vivo** constantes da Tabela SIA/SUS, com seus respectivos laudos.

ITEM	SERVIÇO	CAPACIDADE TÉCNICA INSTALADA(QTD)	OFERTA MENSAL PARA O SUS	OFERTA SEMESTRAL PARA O SUS
------	---------	-----------------------------------	--------------------------	-----------------------------

--	--	--	--	--

ANEXO IV
MODELO DECLARAÇÃO DE SITUAÇÃO DE REGULARIDADE

Nome da empresa/pessoa física

Papel Timbrado

Declaramos, para fins de participação no CREDENCIAMENTO/CHAMAMENTO PÚBLICO nº. XXXX/2021, que:

- Declaramos para os fins de direito, a inexistência de fato impeditivo e que não fomos declarados inidôneos para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas. Nos termos do Art. 32, § 2.º da Lei nº. 8.666/93, comprometemo-nos, sob as penas da Lei, levar ao conhecimento da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RONDÔNIA, qualquer fato superveniente que venha a impossibilitar a habilitação;
- Declaramos aceitar expressamente todas as condições fixadas nos Documentos de credenciamento, e, eventualmente, em seus Anexos e Suplementos, no que não conflitem com a legislação em vigor;
- Cumprimos com o disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal, que não empregamos menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezoito anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos;
- Declaramos, outrossim, que nos submetemos a qualquer decisão que a SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RONDÔNIA, venha a tomar na escolha da credenciada, obedecidos os critérios estabelecidos no edital, reconhecendo, ainda, que não teremos direito a nenhuma indenização em virtude de anulação ou cancelamento do presente Credenciamento.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

(Local),/...../.....

(assinatura do representante legal da Credenciada)

ANEXO V
MODELO DE REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. ____/2021

Contratação de Credenciados que atuem na prestação de serviços para realização de exames e procedimentos na área de diagnóstico por imagem e medicina nuclear inseridas nos subgrupos de diagnósticos por **ressonância magnética e por medicina nuclear in vivo** constantes da Tabela SIA/SUS, com seus respectivos laudos.

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no Credenciamento, objetivando a prestação de serviços na área/especialidade de _____.

Nome/Razão Social:.....

Endereço Comercial:.....

CEP:..... Cidade:..... Estado:.....

CPF/CNPJ:.....

Profissionais:

Conselho Regional de Classe do Profissional:.....

Identidade (RG) do Profissional:.....

CPF do Profissional:.....

Vínculo do profissional com a Empresa:.....

Do profissional responsável

Nome:

Conselho Regional de Classe do Profissional:.....

Identidade (RG) do Profissional:.....

CPF do Profissional:.....

(Local),/...../.....

(assinatura do representante legal)

(nome do representante legal)



Documento assinado eletronicamente por **POLLYANA ROBERTA FREITAS, Subcoordenador(a)**, em 25/08/2023, às 14:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Stenio Alves Leite de Andrade, Coordenador(a)**, em 28/08/2023, às 15:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Severino Alves da Cruz Junior, Assessor(a)**, em 29/08/2023, às 09:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ernani Marques de Almeida, Gerente**, em 29/08/2023, às 10:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Laura Bany de Araujo Pinto, Gerente**, em 29/08/2023, às 11:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **MICHELLE DAHIANE DUTRA, Secretário(a) Executivo(a)**, em 29/08/2023, às 17:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **MARIANA AGUIAR PRADO, Subdiretor(a) Técnico(a) em Saúde**, em 30/08/2023, às 15:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [portal do SEI](#), informando o código verificador **0040575364** e o código CRC **B4084EC8**.

TABELA DE SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS EM SAÚDE DA ICISMEP (TSPS)

Atualização na Tabela de Serviços e Procedimentos em Saúde da ICISMEP, realizada em janeiro de 2023, com publicação em janeiro de 2023, para vigência a partir da competência de janeiro de 2023.

TABELA DE SERVIÇOS DE SAÚDE EXECUTADOS NAS UNIDADES ICISMEP

Tabela 1 - OFTALMOLOGIA

PACOTE BÁSICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (QUANTIDADE 1)	R\$ 50,58
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
TOTAL DO PACOTE		

PACOTE BÁSICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA INFANTIL		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (QUANTIDADE 1)	R\$ 60,00
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
SEM CÓDIGO SUS	RETINOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
TOTAL DO PACOTE		

PACOTE BÁSICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - UNIDADE MÓVEL		
Tabela 3	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (QUANTIDADE 1)	R\$ 65,00
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 2)	
Tabela 4	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
TOTAL DO PACOTE		

SERVIÇOS COMPLEMENTARES EM OFTALMOLOGIA - UNIDADE MÓVEL		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
-	ARMAÇÃO PARA ÓCULOS ALTO ÍNDICE GRAU FORTE MODELO ADULTO FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO	R\$ 87,00
-	ARMAÇÃO PARA ÓCULOS ALTO ÍNDICE GRAU FORTE MODELO INFANTIL FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO	R\$ 87,00
-	ARMAÇÃO PARA ÓCULOS MODELO ADULTO FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO	R\$ 87,00
-	ARMAÇÃO PARA ÓCULOS MODELO INFANTIL FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO	R\$ 86,00
-	LENTE OFTÁLMICA MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE DE -10.00 A +9.50 ESFÉRICO E CILINDRO ATÉ -6.00; CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO	R\$ 39,00
-	LENTE OFTÁLMICA MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE DE -8.00 A +6.00 ESFÉRICO E CILINDRO ATÉ -4.00; CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO	R\$ 39,00
-	LENTE OFTÁLMICA MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE GRAU FORTE, ALTA DIÓPTRIA DE -12.50 A -23.00 ESFÉRICO E CILINDRO ATÉ -9.00; CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO	R\$ 45,00
-	LENTE OFTÁLMICA MONOFOCAIS VISÃO SIMPLES ANTI-REFLEXO DE PLANO -4.00 A +4.00 ESFÉRICO, CILINDRO ATÉ -2.00; CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO	R\$ 61,00
Tabela 5	LENTE OFTÁLMICA MONOFOCAIS VISÃO SIMPLES ANTI-REFLEXO DE PLANO -6.00 A +6.00 ESFÉRICO, CILINDRO ATÉ -4.00; CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO	R\$ 58,00
-	LENTE OFTÁLMICA MULTIFOCAIS ALTO ÍNDICE DE -10.00 A +6.00 ESFÉRICO E CILINDRO ATÉ -6.00; ADICAO DE +1.00 A +3.50 ALTURA MÍNIMA DE 22MM	R\$ 59,00
-	LENTE OFTÁLMICA MULTIFOCAIS VISÃO SIMPLES DE -4.00 A +7.00 ESFÉRICO E CILINDRO ATÉ -4.00; ADICAO DE +1.00 A +3.00 ALTURA MÍNIMA DE 22MM	R\$ 74,90

AVALIAÇÃO DE CATARATA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CATARATA (QUANTIDADE 1)	R\$ 86,09
02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA MONOCULAR (ECO A) (R\$ 24,24 QUANTIDADE 2)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.008-9	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
TOTAL DO PACOTE		

CONTROLE ANTECIPADO DE GLAUCOMA - CONSULTA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R\$ 79,00
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 2)	
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR (R\$ 14,81 QUANTIDADE 2)	
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
TOTAL DO PACOTE		

CONTROLE DE GLAUCOMA 30 A 60 DIAS - ACOMPANHAMENTO		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R\$ 19,46
Tabela 6	TONOMETRIA (3,37 QUANTIDADE 2)	
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
TOTAL DO PACOTE		

AVALIAÇÃO CIRÚRGICA DE GLAUCOMA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R\$ 53,54
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
TOTAL DO PACOTE		

CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVIAÇÃO DE GLAUCOMA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.010-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R\$ 57,74
	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
	FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	
	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
Tabela 7	GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR (R\$ 14,81 QUANTIDADE 2)	
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
TOTAL DO PACOTE		

ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE GLAUCOMA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.03.05.001-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R\$ 17,74
	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
	FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
TOTAL DO PACOTE		

DESCRIÇÃO DOS TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS DE GLAUCOMA		
Tabela 8	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.03.05.003-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA)	R\$ 18,66
03.03.05.004-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA)	R\$ 79,38
03.03.05.005-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (3ª LINHA)	R\$ 127,98
03.03.05.006-3	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (1ª LINHA)	R\$ 12,44
03.03.05.007-1	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA)	R\$ 52,92
03.03.05.008-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (3ª LINHA)	R\$ 85,33
Tabela 9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE ACETAZOLAMIDA MONOCULAR OU BINOCULAR	R\$ 93,10
03.03.05.010-1	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA MONOCULAR	R\$ 8,93
03.03.05.011-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA BINOCULAR	R\$ 13,39
03.03.05.015-2	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - MONOCULAR	R\$ 65,36
03.03.05.016-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - BINOCULAR	R\$ 98,04
03.03.05.017-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR	R\$ 97,77
03.03.05.018-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO PACIENTE GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR	R\$ 146,64
03.03.05.019-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR	R\$ 138,25
03.03.05.020-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR	R\$ 207,36
03.03.05.021-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	R\$ 150,69
03.03.05.022-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	R\$ 226,02

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CÔRNEA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CÔRNEA (QUANTIDADE 1)	R\$ 53,54
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA-CERATOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA - MONOCULAR (R\$ 14,81 QUANTIDADE 2) (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
TOTAL DO PACOTE		

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM ESTRABISMO (QUANTIDADE 1)	R\$ 60,00
02.11.06.023-2	TESTE ORTÓPTICO (QUANTIDADE 1)	
TOTAL DO PACOTE		

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE PLÁSTICA OCULAR		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM PLÁSTICA OCULAR (QUANTIDADE 1)	R\$ 50,58
TOTAL DO PACOTE		

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1)	R\$ 121,00
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA (QUANTIDADE 1)	
CISMEP-01	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.018-6	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
TOTAL DO PACOTE		

AVALIAÇÃO EM RETINOPATIA DE PREMATURIDADE		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
Tabela 11	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA (QUANTIDADE 1)	R\$ 242,42
TOTAL DO PACOTE		

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIAS RETINIANAS - AVAL. DEPARTAMENTO DE VITRECTOMIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIAS RETINIANAS (QUANTIDADE 1)	R\$ 95,96
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.008-9	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B- (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
Tabela 12	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
TOTAL DO PACOTE		

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA - CONTROLE DE VITRECTOMIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIAS RETINIANAS (QUANTIDADE 1)	R\$ 48,08
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.008-9	ECO-B ULTRA-SOM DE GLOBO OCULAR/ÓRBITA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
TOTAL DO PACOTE		

AVALIAÇÃO DE RETINA PÓS INJEÇÃO INTRA-VITREO		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1)	R\$ 85,00
CISMEP-01	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
TOTAL DO PACOTE		

EXAMES EM OFTALMOLOGIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA - MONOCULAR	R\$ 14,81
02.05.02.008-9	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B	R\$ 34,34
Tabela 14	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA MONOCULAR (ECO A)	R\$ 24,24
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	R\$ 12,34
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	R\$ 40,00
02.11.06.005-4	CERATOMETRIA	R\$ 3,37
02.11.06.006-2	CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR - CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)	R\$ 17,17
02.11.06.010-0	FUNDOSCOPIA	R\$ 3,37
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA	R\$ 17,17
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO	R\$ 24,24
02.11.06.015-1	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	R\$ 7,00

02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R\$	24,68
02.11.06.018-6	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R\$	64,00
02.11.06.021-6	TESTE DE SCHIRMER	R\$	3,37
02.11.06.022-4	TESTE DE VISAO DE CORES	R\$	3,37
02.11.06.023-2	TESTE ORTÓPTICO	R\$	12,34
02.11.06.025-9	TONOMETRIA	R\$	3,37
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Córnea (CERATOSCOPIA)	R\$	30,00
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA (OCT)	R\$	60,00
CISMEP-12	TRATAMENTO MEDICAMENTOSOS DE BLEFAROSPASMO COM TOXINA BOTULÍNICA	R\$	85,00
03.03.05.023-3	TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA DOENÇA DA RETINA	R\$	84,72

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.01.01.009-7	BIÓPSIA DE CONJUNTIVA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 41,48
02.01.01.011-9	BIÓPSIA DE Córnea (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 97,76
02.01.01.018-6	BIÓPSIA DE ESCLERA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 97,76
02.01.01.035-6	BIÓPSIA DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 47,00
04.05.01.004-4	DRENAGEM DE ABSCESSO DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 30,56
04.05.01.005-2	EPILAÇÃO A LASER - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 60,03
04.05.01.006-0	EPILACAO DE CILIOS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 30,56
04.05.01.010-9	OCCLUSAO DE PONTO LACRIMAL (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 25,53
04.05.01.014-1	SIMBLEFAROPLASTIA - UNILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 219,50
04.05.01.016-8	SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 88,00
04.05.01.017-6	SUTURA DE PÁLPEBRAS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 160,00
04.05.01.018-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BLEFAROCALASE - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 439,00
04.05.01.019-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TRIQUIÁSE COM OU SEM ENXERTO (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 290,00
04.05.01.020-6	PUNCTOPLASTIA - UNILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 67,00
04.05.03.003-7	CRIOTERAPIA OCULAR	R\$ 154,73
04.05.03.004-5	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER (APAC)	R\$ 45,00
04.05.03.005-3	INJEÇÃO INTRA-VITREO (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 263,90
CISMEP-13	INJEÇÃO INTRA-VITREO COM ANTIBIÓTICO	R\$ 86,92
04.05.03.009-6	SUTURA DE ESCLERA (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 214,92
04.05.03.010-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE ESCLERA	R\$ 226,47
04.05.03.011-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MIÁSE PALPEBRAL (BILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 30,94
04.05.03.012-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE NEOPLASIA DE ESCLERA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 408,98
04.05.03.015-0	VITRIÓLISE A YAG LASER (BPA CONSOLIDADO)	R\$ 71,17
04.05.03.019-3	PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER CORRESPONDE A 4 PROCEDIMENTOSDE FOTOCOAGULAÇÃO A LASER. (APAC)	R\$ 180,00
04.05.03.021-5	RETINOPEXIA PNEUMÁTICA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 528,45
04.05.03.022-3	REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 637,00
04.05.04.013-0	INJEÇÃO RETROBULBAR/ PERIBULBAR	R\$ 32,95
04.05.04.019-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO XANTELASMA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 190,58
04.05.05.002-0	CAPSULOTOMIA A YAG LASER (APAC)	R\$ 78,75
04.05.05.003-8	CAUTERIZAÇÃO DE Córnea	R\$ 25,82
04.05.05.006-2	CORREÇÃO DE ASTIGMATISMO SECUNDÁRIO	R\$ 25,82
04.05.05.007-0	CORRECAO CIRURGICA DE HERNIA DE IRIS	R\$ 378,28
04.05.05.008-9	EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA	R\$ 163,28
04.05.05.012-7	FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER (APAC)	R\$ 45,00
04.05.05.016-0	INJEÇÃO SUBCONJUNTIVAL/SUBTENONIANA	R\$ 13,33
04.05.05.017-8	IRIDECTOMIA CIRÚRGICA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 390,82
04.05.05.019-4	IRIDOTOMIA A LASER (APAC)	R\$ 78,75
04.05.05.020-8	PARACENTESE DE CÂMARA ANTERIOR	R\$ 109,75
04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 191,62
04.05.05.024-0	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA ANTERIOR DO OLHO (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 456,82
04.05.05.025-9	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NA Córnea	R\$ 28,94
04.05.05.026-7	SINEQUIÓLISE A YAG LASER (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 45,00
04.05.05.029-1	SUTURA DE CONJUNTIVA	R\$ 115,47
04.05.05.030-5	SUTURA DE Córnea	R\$ 225,74
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	R\$ 290,00
CISMEP-11	CROSSLINKING	R\$ 420,00
04.05.05.028-3	SUBSTITUIÇÃO DE LENTE INTRA-OCULAR	R\$ 824,20

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.01.01.011-9	BIÓPSIA DE Córnea	R\$ 97,96
02.01.01.024-0	BIÓPSIA DE ÍRIS, CORPO CILIAR, RETINA, CORÓIDE E VÍTREO	R\$ 244,98
03.08.04.001-5	TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU CLÍNICOS	R\$ 270,40
04.05.01.001-0	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTRÓPIO E ECTRÓPIO (BILATERAL)	R\$ 229,97
04.05.01.007-9	EXERESE DE CALÁZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS (UNILATERAL)	R\$ 98,00
04.05.01.002-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E ELECANTO	R\$ 278,90
04.05.01.003-6	DACRIOCISTORRINOSTOMIA (UNILATERAL)	R\$ 1.397,83
04.05.01.008-7	EXTIRPAÇÃO DE GLÂNDULA LACRIMAL	R\$ 497,72
04.05.01.011-7	RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL (UNILATERAL)	R\$ 689,66

Tabela 15	RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DA PÁLPEBRA COM TARSORRAFIA (BILATERAL)	R\$	357,50
04.05.01.013-3	RECONSTITUIÇÃO TOTAL DE PÁLPEBRA	R\$	1.138,66
04.05.01.015-0	SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL (BILATERAL)	R\$	203,73
04.05.01.017-6	SUTURA DE PÁLPEBRAS (BILATERAL)	R\$	160,00
04.05.02.001-5	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MÚSCULOS HIPERTROPIAS)	R\$	1.450,56
04.05.02.002-3	CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO (ATÉ 2 MÚSCULOS)	R\$	1.019,28
04.05.03.002-9	BIÓPSIA DE TUMOR INTRA-OCULAR	R\$	96,11
04.05.03.007-0	RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL	R\$	869,70
04.05.03.009-6	SUTURA DE ESCLERA	R\$	247,00
04.05.03.013-4	VITRECTOMIA ANTERIOR	R\$	479,76
04.05.03.014-2	VITRECTOMIA POSTERIOR	R\$	2.190,50
04.05.03.016-9	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER	R\$	2.921,17
04.05.03.017-7	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO, ÓLEO DE SILICONE E ENDOLASER	R\$	3.380,00
CISMEP-03	MEMBRANECTOMIA	R\$	339,30
CISMEP-04	TROCA FLUIDO GASOSA	R\$	204,10
CISMEP-05	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA POSTERIOR DO OLHO	R\$	340,60
04.05.03.020-7	DRENAGEM DE HEMORRAGIA DE CORÓIDE	R\$	453,60
04.05.04.001-6	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO	R\$	282,09
04.05.04.007-5	EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR	R\$	587,52
04.05.04.018-0	TRANSPLANTE DE PERÍÓSTEO EM ESCLEROMALÁCIA	R\$	1.197,98
04.05.04.020-2	TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL	R\$	486,75
04.05.05.001-1	CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRÚRGICA	R\$	301,18
04.05.05.004-6	CICLOCRIOCOAGULAÇÃO/DIATERMIA	R\$	587,51
04.05.05.005-4	CICLODIÁLISE	R\$	453,41
04.05.05.013-5	IMPLANTE DE PRÓTESE ANTI-GLAUCOMATOSA	R\$	691,60
04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	R\$	187,20
04.05.05.022-4	RECONSTITUIÇÃO DE FÓRNIX CONJUNTIVAL	R\$	461,50
04.05.05.032-1	TRABECULECTOMIA (CIRURGIA FISTULIZANTE ANTIGLAUCOMATOSA)	R\$	898,35
04.05.05.035-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GLAUCOMA CONGÊNITO	R\$	1.236,75
04.05.05.039-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE Córnea	R\$	240,84
07.02.07.004-1	ESFERA DE MULER (PROCED. ESPECIAL)	R\$	78,00
07.02.07.005-0	TUBO DE DRENAGEM PARA GLAUCOMA (PROCED. ESPECIAL)	R\$	1.040,00
04.05.04.010-5	EXPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR LIO	R\$	846,19
04.05.04.021-0	REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$	453,61
04.05.05.009-7	FACETOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$	863,96
04.05.05.010-0	FACETOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$	643,16
04.05.05.011-9	FACOEMULSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR RÍGIDA	R\$	863,96
04.05.05.014-3	IMPLANTE INTRAESTROMAL	R\$	1.267,00
04.05.05.015-1	IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRA- OCULAR LIO	R\$	1.122,00
04.05.05.038-0	CIRURGIA DE CATARATA CONGÊNITA	R\$	895,16

OFTALMOLOGIA OURO PRETO			
AVALIAÇÃO DE CATARATA - UNIDADE OURO PRETO			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
Tabela 16	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CATARATA (QUANTIDADE 1)	R\$	154,96
02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A) (R\$ 24,24 QUANTIDADE 2)		
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)		
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)		
02.05.02.008-9	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)		
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)		
CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVALIAÇÃO DE GLAUCOMA - OURO PRETO			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
03.01.01.010-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R\$	164,16
Tabela 17	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)		
02.11.06.010-0	FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1)		
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)		
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1)		
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR (QUANTIDADE 2)		
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)		
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)		
DESCRIÇÃO DOS TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS DE GLAUCOMA - OURO PRETO			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
03.03.05.003-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA)	R\$	18,66
03.03.05.004-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA)	R\$	79,38
03.03.05.005-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (3ª LINHA)	R\$	127,98
03.03.05.006-3	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (1ª LINHA)	R\$	12,44
03.03.05.007-1	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA)	R\$	52,92
03.03.05.008-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (3ª LINHA)	R\$	85,33
03.03.05.009-8	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE ACETAZOLAMIDA MONOCULAR OU BINOCULAR	R\$	93,10
03.03.05.010-1	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA MONOCULAR	R\$	8,93
03.03.05.011-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA BINOCULAR	R\$	13,39
03.03.05.015-2	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - MONOCULAR	R\$	65,36

Tabela 18	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - BINOCULAR	R\$	98,04
03.03.05.017-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR	R\$	97,77
03.03.05.018-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO PACIENTE GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR	R\$	146,64
03.03.05.019-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR	R\$	138,25
03.03.05.020-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR	R\$	207,36
03.03.05.021-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	R\$	150,69
03.03.05.022-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	R\$	226,02
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CÔRNEA - OURO PRETO			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CÔRNEA (QUANTIDADE 1)	R\$	73,50
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)		
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA-CERATOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)		
	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR (QUANTIDADE 2) (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)		
		Hora	
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO - OURO PRETO			
Tabela 19	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM ESTRABISMO (QUANTIDADE 1)	R\$	77,46
02.11.06.023-2	TESTE ORTÓPTICO (QUANTIDADE 1)		
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE PLÁSTICA OCULAR - OURO PRETO			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM PLÁSTICA OCULAR (QUANTIDADE 1)	R\$	61,66
AVALIAÇÃO/DIAGNÓSTICO DE RETINA - OURO PRETO			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA	R\$	161,34
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)		
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (2)		
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (2)		
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR		
EXAMES OFTALMOLOGIA - OURO PRETO			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
Tabela 20	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR	R\$	19,78
02.05.02.008-9	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B	R\$	54,76
02.11.06.014-3	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CÔRNEA - MONOCULAR	R\$	54,76
02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A)	R\$	28,90
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	R\$	14,45
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (BINOCULAR)	R\$	66,82
02.11.06.005-4	CERATOMETRIA	R\$	5,34
02.11.06.006-2	CURVA DIARIA DE PRESSÃO OCULAR - CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)	R\$	19,65
02.11.06.010-0	FUNDOSCOPIA	R\$	4,62
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA	R\$	19,65
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO	R\$	33,41
02.11.06.018-6	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R\$	112,80
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R\$	33,41
Tabela 21	TESTE DE SCHIRMER	R\$	6,68
02.11.06.022-4	TESTE DE VISAO DE CORES	R\$	6,68
02.11.06.023-2	TESTE ORTÓPTICO	R\$	20,05
02.11.06.025-9	TONOMETRIA	R\$	4,62
02.11.06.028-4	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA (OCT) - BINOCULAR	R\$	112,80
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA (CERATOSCOPIA) - BINOCULAR	R\$	53,46
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS - UNIDADE OURO PRETO			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
04.05.01.014-1	SIMBLEFAROPLASTIA - UNILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	46,24
04.05.01.018-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BLEFAROCALASE - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	1.173,43
-	INJEÇÃO INTRA-VITREO COM ANTIBIÓTICO	R\$	115,61
04.05.04.019-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO XANTELASMA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	149,13
04.05.05.016-0	INJEÇÃO SUBCONJUNTIVAL/SUBTENONIANA	R\$	25,43
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	R\$	404,62
04.05.01.007-9	EXERESE DE CALÁZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS (UNILATERAL)	R\$	133,65
04.05.01.001-0	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTRÓPIO E ECTRÓPIO (BILATERAL)	R\$	307,40
04.05.01.002-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E ELECANTO	R\$	374,22
04.05.01.003-6	DACRIOCISTORRINOSTOMIA (UNILATERAL)	R\$	922,18
04.05.01.008-7	EXTIRPAÇÃO DE GLÂNDULA LACRIMAL	R\$	668,24
04.05.01.011-7	RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL (UNILATERAL)	R\$	922,18
04.05.01.012-5	RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DA PÁLPEBRA COM TARSORRAFIA (BILATERAL)	R\$	481,13
04.05.01.015-0	SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL (BILATERAL)	R\$	236,99
04.05.01.017-6	SUTURA DE PÁLPEBRAS (BILATERAL)	R\$	213,84
04.05.05.002-0	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	R\$	118,36
04.05.03.004-5	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER	R\$	112,95
04.05.03.005-3	INJEÇÃO INTRA-VITREO COM AVASTIM	R\$	559,08
04.05.04.001-6	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO	R\$	380,90
04.05.04.006-7	ENUCLEAÇÃO DO GLOBO OCULAR	R\$	485,55

04.05.04.007-5	EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR	R\$	682,08
04.05.04.020-2	TRATAMENTO DE PTOSE PALBEBRAL	R\$	654,88
04.05.05.013-5	IMPLANTE DE PRÓTESE ANTI-GLAUCOMATOSA	R\$	935,55
04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	R\$	253,93
Tabela 22	TRABECULECTOMIA (CIRURGIA FISTULIZANTE ANTIGLAUCOMATOSA)	R\$	1.269,68
04.15.01.001-2	TUBO DE DRENAGEM PARA GLAUCOMA (PROCED. ESPECIAL)	R\$	1.470,15
04.05.04.010-5	EXPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR LIO	R\$	982,66
04.05.04.021-0	REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$	614,79
04.05.05.009-7	FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$	1.572,25
04.05.05.010-0	FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$	1.277,46
04.05.05.011-9	FACOEMULSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR RÍGIDA	R\$	1.572,25
04.05.05.014-3	IMPLANTE INTRAESTROMAL	R\$	1.704,03
04.05.05.015-1	IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRA- OCULAR LIO	R\$	1.572,25
04.05.05.037-2	FACOEMULSIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL	R\$	1.445,09

OFTALMOLOGIA PARÁ DE MINAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CATARATA (QUANTIDADE 1)	R\$ 252,87
02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A) (R\$ 24,24 QUANTIDADE 2)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
TOTAL DO PACOTE		

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS - UNIDADE PARA DE MINAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.05.05.037-2	FACOEMULSIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL	R\$ 1.151,41
Observação: Serviço compreendio pelos seguintes itens: - Serviço profissional médico cirurgião oftalmológico; - Serviço profissional médico anestesista - Serviço hospitalar / ambulatorial (estrutura, equipamentos, instrumental, insumos e recursos humanos)		

OFTALMOLOGIA UNIDADES EXTERNAS - SANTA LUZIA		
PACOTE BÁSICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA UNIDADES EXTERNAS - SANTA LUZIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (QUANTIDADE 1)	R\$ 69,36
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
AVALIAÇÃO DE CATARATA - SANTA LUZIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CATARATA (QUANTIDADE 1)	R\$ 122,54
02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.008-9	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
AVALIAÇÃO CIRÚRGICA DE GLAUCOMA - SANTA LUZIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
Tabela 23	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R\$ 92,88
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVALIAÇÃO DE GLAUCOMA - SANTA LUZIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.010-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R\$ 149,73
	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
	FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	
	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR	
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
Tabela 24	CURVA DIARIA DE PRESSAO (CDP - 3 MEDIDAS)	
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO	
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	

ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE GLAUCOMA - SANTA LUZIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.03.05.001-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R\$ 46,24
	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
	FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
DESCRIÇÃO DOS TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS DE GLAUCOMA - SANTA LUZIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.03.05.003-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA)	R\$ 18,66
03.03.05.004-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA)	R\$ 79,38
03.03.05.005-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (3ª LINHA)	R\$ 127,98
03.03.05.006-3	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (1ª LINHA)	R\$ 12,44
03.03.05.007-1	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA)	R\$ 52,92
03.03.05.008-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (3ª LINHA)	R\$ 85,33
03.03.05.009-8	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE ACETAZOLAMIDA MONOCULAR OU BINOCULAR	R\$ 93,10
03.03.05.010-1	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA MONOCULAR	R\$ 8,93
03.03.05.011-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA BINOCULAR	R\$ 13,39
03.03.05.015-2	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - MONOCULAR	R\$ 65,36
03.03.05.016-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - BINOCULAR	R\$ 98,04
03.03.05.017-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR	R\$ 97,77
03.03.05.018-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO PACIENTE GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR	R\$ 146,64
03.03.05.019-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR	R\$ 138,25
03.03.05.020-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR	R\$ 207,36
03.03.05.021-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	R\$ 150,69
03.03.05.022-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	R\$ 226,02
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CÓRNEA - SANTA LUZIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTAEM CÓRNEA (QUANTIDADE 1)	R\$ 74,55
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA-CERATOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) (24.24)	
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO - SANTA LUZIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM ESTRABISMO (QUANTIDADE 1)	R\$ 75,14
02.11.06.023-2	TESTE ORTÓPTICO (QUANTIDADE 1)	
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE PLÁSTICA OCULAR - SANTA LUZIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM PLÁSTICA OCULAR (QUANTIDADE 1)	R\$ 69,36
EXAMES EM OFTALMOLOGIA - SANTA LUZIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR	R\$ 40,46
02.05.02.008-9	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B	R\$ 57,80
02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A)	R\$ 40,46
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	R\$ 23,12
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	R\$ 52,02
02.11.06.006-2	CURVA DIARIA DE PRESSÃO OCULAR - CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)	R\$ 28,90
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA	R\$ 28,90
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (MONOCULAR)	R\$ 40,46
02.11.06.025-9	TONOMETRIA	R\$ 5,78
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A. - SANTA LUZIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.01.01.009-7	BIÓPSIA DE CONJUNTIVA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 158,14
02.01.01.018-6	BIÓPSIA DE ESCLERA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 113,02
02.01.01.035-6	BIÓPSIA DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 148,08
04.05.01.004-4	DRENAGEM DE ABSCESSO DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 150,29
04.05.01.006-0	EPILACAO DE CILIOS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 40,40
04.05.01.014-1	SIMBLEFAROPLASTIA - UNILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 303,95
04.05.01.016-8	SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIAS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 135,95
04.05.01.017-6	SUTURA DE PÁLPEBRAS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 263,58
04.05.01.018-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BLEFAROCALASE - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 635,84
04.05.01.019-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TRIQUIÁSE COM OU SEM ENXERTO (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 361,85
04.05.03.005-3	INJEÇÃO INTRA-VITREO (BPA INDIVIDUALIZADO) (com Avastim)	R\$ 430,06
CISMEP-13	INJEÇÃO INTRA-VITREO COM dexametasona e/ou ceftriaxona e/ou vancomicina (antibiotico)	R\$ 208,09
Tabela 27	SUTURA DE ESCLERA (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 248,46
04.05.04.019-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO XANTELASMA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 301,04
04.05.05.002-0	CAPSULOTOMIA A YAG LASER (APAC)	R\$ 78,61
04.05.05.003-8	CAUTERIZAÇÃO DE CÓRNEA	R\$ 29,85
04.05.05.008-9	EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA	R\$ 213,64
04.05.05.016-0	INJEÇÃO SUBCONJUNTIVAL/SUBTENONIANA	R\$ 15,41
04.05.05.017-8	IRIDECTOMIA CIRÚRGICA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 451,82
04.05.05.020-8	PARACENTESE DE CÂMARA ANTERIOR	R\$ 126,88

04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	221,53
04.05.05.024-0	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA ANTERIOR DO OLHO (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	528,12
04.05.05.025-9	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NA CÓRNEA	R\$	33,46
04.05.05.029-1	SUTURA DE CONJUNTIVA	R\$	133,49
04.05.05.030-5	SUTURA DE CÓRNEA	R\$	260,97
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	R\$	330,17
PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H. - SANTA LUZIA			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
02.01.01.024-0	BIÓPSIA DE ÍRIS, CORPO CILIAR, RETINA, CORÓIDE E VÍTREO	R\$	283,21
04.05.01.001-0	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTRÓPIO E ECTRÓPIO (BILATERAL)	R\$	289,02
04.05.01.007-9	EXERESE DE CALÁZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS (UNILATERAL)	R\$	113,29
04.05.01.002-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E ELECANTO	R\$	322,43
04.05.01.003-6	DACRIOCISTORRINOSTOMIA (UNILATERAL) em sana luzia	R\$	843,93
04.05.01.011-7	RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL (UNILATERAL)	R\$	867,05
04.05.01.012-5	RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DA PÁLPEBRA COM TARSORRAFIA (BILATERAL)	R\$	439,31
04.05.01.015-0	SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL (BILATERAL)	R\$	289,02
04.05.01.017-6	SUTURA DE PÁLPEBRAS (BILATERAL)	R\$	208,09
04.05.02.001-5	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MÚSCULOS HIPERTROPIAS)	R\$	1.572,25
04.05.02.002-3	CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO (ATÉ 2 MÚSCULOS)	R\$	1.132,95
04.05.03.009-6	SUTURA DE ESCLERA	R\$	285,55
04.05.04.001-6	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO	R\$	439,31
04.05.04.006-7	ENUCLEAÇÃO DO GLOBO OCULAR	R\$	751,45
04.05.04.007-5	EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR	R\$	832,37
04.05.04.018-0	TRANSPLANTE DE PERÍÓSTEO EM ESCLEROMALÁCIA	R\$	1.384,95
04.05.04.020-2	TRATAMENTO DE PTOSE PALBEBRAL (em santa luzia)	R\$	716,76
04.05.05.001-1	CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRÚRGICA	R\$	439,31
Tabela 28	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	R\$	254,34
04.05.05.022-4	RECONSTITUIÇÃO DE FÓRNIX CONJUNTIVAL	R\$	533,53
04.05.05.035-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GLAUCOMA CONGÊNITO	R\$	1.429,77
04.05.05.039-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE CÓRNEA	R\$	278,43
04.05.04.010-5	EXPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR LIO	R\$	978,25
04.05.04.021-0	REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$	524,40
04.05.05.009-7	FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$	998,80
Tabela 29	FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$	858,96
04.05.05.011-9	FACOEMULSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR RÍGIDA	R\$	998,80
04.05.05.014-3	IMPLANTE INTRAESTROMAL	R\$	1.791,91
04.05.05.037-2	FACOEMULSIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL	R\$	998,80

OFTALMOLOGIA UNIDADES EXTERNAS		
PACOTE BÁSICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (QUANTIDADE 1)	R\$69,36
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
AVALIAÇÃO DE CATARATA - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CATARATA (QUANTIDADE 1)	R\$122,54
02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.008-9	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
AVALIAÇÃO CIRÚRGICA DE GLAUCOMA - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R\$92,88
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	

CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVALIAÇÃO DE GLAUCOMA - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.010-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R\$ 149,73
	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
	FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	
	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR	
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
Tabela 30	CURVA DIARIA DE PRESSAO (CDP - 3 MEDIDAS)	
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO	
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE GLAUCOMA - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.03.05.001-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R\$ 46,24
	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
	FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
DESCRIÇÃO DOS TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS DE GLAUCOMA - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.03.05.003-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA)	R\$ 18,66
03.03.05.004-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA)	R\$ 79,38
03.03.05.005-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (3ª LINHA)	R\$ 127,98
03.03.05.006-3	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (1ª LINHA)	R\$ 12,44
03.03.05.007-1	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA)	R\$ 52,92
03.03.05.008-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (3ª LINHA)	R\$ 85,33
03.03.05.009-8	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE ACETAZOLAMIDA MONOCULAR OU BINOCULAR	R\$ 93,10
03.03.05.010-1	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA MONOCULAR	R\$ 8,93
03.03.05.011-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA BINOCULAR	R\$ 13,39
03.03.05.015-2	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - MONOCULAR	R\$ 65,36
03.03.05.016-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - BINOCULAR	R\$ 98,04
Tabela 32	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR	R\$ 97,77
03.03.05.018-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO PACIENTE GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR	R\$ 146,64
03.03.05.019-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR	R\$ 138,25
03.03.05.020-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR	R\$ 207,36
03.03.05.021-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	R\$ 150,69
03.03.05.022-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	R\$ 226,02
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CórNEA - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTAEM CórNEA (QUANTIDADE 1)	R\$ 74,55
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CórNEA-CERATOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) (24.24)	
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM ESTRABISMO (QUANTIDADE 1)	R\$ 75,14
02.11.06.023-2	TESTE ORTÓPTICO (QUANTIDADE 1)	
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE PLÁSTICA OCULAR - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM PLÁSTICA OCULAR (QUANTIDADE 1)	R\$ 69,36
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1)	R\$ 196,53
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA (QUANTIDADE 1)	
Tabela 33	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.018-6	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIAS RETINIANAS - AVAL. DEPARTAMENTO DE VITRECTOMIA - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIAS RETINIANAS (QUANTIDADE 1)	R\$ 196,53
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.008-9	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR) - ECO B- (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA - CONTROLE DE VITRECTOMIA - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIAS RETINIANAS (QUANTIDADE 1)	R\$ 138,73
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.008-9	ECO-B ULTRA-SOM DE GLOBO OCULAR/ÓRBITA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
AVALIAÇÃO DE RETINA PÓS INJEÇÃO INTRA-VITREO - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1)	R\$ 138,73
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
EXAMES EM OFTALMOLOGIA - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR	R\$ 40,46
02.05.02.008-9	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B	R\$ 57,80
02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A)	R\$ 40,46
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	R\$ 23,12
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	R\$ 52,02
02.11.06.006-2	CURVA DIARIA DE PRESSÃO OCULAR - CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)	R\$ 28,90
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA	R\$ 28,90
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (MONOCULAR)	R\$ 40,46
02.11.06.015-1	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	R\$ 52,02
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R\$ 86,71
02.11.06.018-6	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R\$ 115,61
02.11.06.025-9	TONOMETRIA	R\$ 5,78
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA (CERATOSCOPIA)	R\$ 69,36
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA (OCT)	R\$ 69,36
CISMEP-12	TRATAMENTO MEDICAMENTOSOS DE BLEFAROESPASMO COM TOXINA BOTULÍNICA (SEM A TOXINA, TOXINA FORNECIDA PELO ESTADO)	R\$ 98,27
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A. - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.01.01.009-7	BIÓPSIA DE CONJUNTIVA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 158,14
02.01.01.018-6	BIÓPSIA DE ESCLERA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 113,02
02.01.01.035-6	BIÓPSIA DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 148,08
04.05.01.004-4	DRENAGEM DE ABSCESSO DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 150,29
04.05.01.005-2	EPILAÇÃO A LASER - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 107,51
04.05.01.006-0	EPILACAO DE CILIOS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 40,40
04.05.01.014-1	SIMBLEFAROPLASTIA - UNILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 303,95
Tabela 34	SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 135,95
04.05.01.017-6	SUTURA DE PÁLPEBRAS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 263,58
04.05.01.018-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BLEFAROCALASE - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 635,84
04.05.01.019-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TRIQUIÁSE COM OU SEM ENXERTO (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 361,85
04.05.03.004-5	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER secoa (APAC)	R\$ 86,88
04.05.03.005-3	INJEÇÃO INTRA-VITREO (BPA INDIVIDUALIZADO) (com Avastim)	R\$ 430,06
CISMEP-13	INJEÇÃO INTRA-VITREO COM dexametasona e/ou ceftriaxona e/ou vancomicina (antibiotico)	R\$ 208,09
Tabela 35	SUTURA DE ESCLERA (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 248,46
04.05.03.015-0	VITRIÓLISE A YAG LASER (BPA CONSOLIDADO)	R\$ 78,61
04.05.03.019-3	PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER CORRESPONDE A 4 PROCEDIMENTOSDE FOTOCOAGULAÇÃO A LASER. (APAC)	R\$ 208,09
04.05.03.021-5	RETINOPEXIA PNEUMÁTICA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 610,92
04.05.03.022-3	REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 736,42
04.05.04.019-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO XANTELASMA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 301,04
04.05.05.002-0	CAPSULOTOMIA A YAG LASER (APAC)	R\$ 78,61
04.05.05.003-8	CAUTERIZAÇÃO DE CÓRNEA	R\$ 29,85
04.05.05.008-9	EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA	R\$ 213,64
04.05.05.012-7	FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER (APAC)	R\$ 52,02
04.05.05.016-0	INJEÇÃO SUBCONJUNTIVAL/SUBTENONIANA	R\$ 15,41
04.05.05.017-8	IRIDECTOMIA CIRÚRGICA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 451,82
04.05.05.019-4	IRIDOTOMIA A LASER (APAC)	R\$ 91,04
04.05.05.020-8	PARACENTESE DE CÂMARA ANTERIOR	R\$ 126,88
04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 221,53
04.05.05.024-0	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA ANTERIOR DO OLHO (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 528,12
04.05.05.025-9	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NA CÓRNEA	R\$ 33,46
04.05.05.026-7	SINEQUIÓLISE A YAG LASER (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 78,61
04.05.05.029-1	SUTURA DE CONJUNTIVA	R\$ 133,49
04.05.05.030-5	SUTURA DE CÓRNEA	R\$ 260,97
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	R\$ 330,17

PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H. - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.01.01.024-0	BIÓPSIA DE ÍRIS, CORPO CILIAR, RETINA, CORÓIDE E VÍTREO	R\$ 283,21
04.05.01.001-0	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTROPÍO E ECTRÓPIO (BILATERAL)	R\$ 289,02
04.05.01.007-9	EXERESE DE CALÁZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS (UNILATERAL)	R\$ 113,29
04.05.01.002-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E ELECANTO	R\$ 322,43
04.05.01.003-6	DACRIOCISTORRINOSTOMIA (UNILATERAL)	R\$ 936,42
04.05.01.011-7	RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL (UNILATERAL)	R\$ 867,05
04.05.01.012-5	RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DA PÁLPEBRA COM TARSORRAFIA (BILATERAL)	R\$ 439,31
04.05.01.015-0	SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL (BILATERAL)	R\$ 289,02
04.05.01.017-6	SUTURA DE PÁLPEBRAS (BILATERAL)	R\$ 208,09
04.05.02.001-5	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MÚSCULOS HIPERTROPIAS)	R\$ 1.572,25
04.05.02.002-3	CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO (ATÉ 2 MÚSCULOS)	R\$ 1.132,95
04.05.03.007-0	RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL	R\$ 1.005,43
Tabela 36	SUTURA DE ESCLERA	R\$ 285,55
04.05.03.013-4	VITRECTOMIA ANTERIOR	R\$ 554,64
04.05.03.014-2	VITRECTOMIA POSTERIOR	R\$ 2.532,37
04.05.03.016-9	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER	R\$ 3.377,08
04.05.03.017-7	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO, ÓLEO DE SILICONE E ENDOLASER	R\$ 3.907,51
CISMEP-03	MEMBRANECTOMIA	R\$ 392,25
CISMEP-04	TROCA FLUIDO GASOSA	R\$ 235,95
CISMEP-05	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA POSTERIOR DO OLHO	R\$ 393,76
04.05.04.001-6	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO	R\$ 439,31
04.05.04.006-7	ENUCLEAÇÃO DO GLOBO OCULAR	R\$ 751,45
04.05.04.007-5	EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR	R\$ 832,37
04.05.04.018-0	TRANSPLANTE DE PERÍÓSTEO EM ESCLEROMALÁCIA	R\$ 1.384,95
04.05.04.020-2	TRATAMENTO DE PTOSE PALBEBRAL	R\$ 786,13
04.05.05.001-1	CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRÚRGICA	R\$ 439,31
Tabela 37	CICLOCRIOCOAGULAÇÃO/DIATERMIA	R\$ 679,20
04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	R\$ 254,34
04.05.05.022-4	RECONSTITUIÇÃO DE FÓRNIX CONJUNTIVAL	R\$ 533,53
04.05.05.032-1	TRABECULECTOMIA (CIRURGIA FISTULIZANTE ANTIGLAUCOMATOSA)	R\$ 1.038,55
04.05.05.035-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GLAUCOMA CONGÊNITO	R\$ 1.429,77
04.05.05.039-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE Córnea	R\$ 278,43
04.05.04.010-5	EXPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR LIO	R\$ 978,25
04.05.04.021-0	REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$ 524,40
04.05.05.009-7	FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$ 998,80
04.05.05.010-0	FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$ 858,96
04.05.05.011-9	FACOEMULSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR RÍGIDA	R\$ 998,80
04.05.05.014-3	IMPLANTE INTRAESTROMAL	R\$ 1.791,91
Tabela 38	IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRA- OCULAR LIO	R\$ 1.445,09
04.05.05.037-2	FACOEMULSIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL	R\$ 998,80
PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS ESPECIAIS - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
CISMEP-45	PENTACAM (TOMOGRAFIA DE CORNEA)	R\$ 289,02
CISMEP-46	SEDACAO PARA PLASTICA OCULAR	R\$ 161,85
CISMEP-47	INJECAO INTRA-VITREA DE EYLIA (AFLIBICERPT) COM OCT 30 DIAS APOS GRUPOS DE 3 APLICACÕES	R\$ 1.965,32
CISMEP-48	INJECAO INTRA-VITREA DE LUCENTIS (RANIZUBIMABE) COM OCT 30 DIAS APOS GRUPOS DE 3 APLICACÕES	R\$ 2.173,41
CISMEP-49	CIRURGIA DE PRK - REFRACTIVA A LASER BINOCULAR	R\$ 1.849,71
Tabela 39	CIRURGIA DE PRK - REFRACTIVA A LASER MONOCULAR	R\$ 1.098,27
CISMEP-51	AVALIACAO DE CIRURGIA REFRACTIVA A LASER - INCLUI PENTACAM	R\$ 404,62

TABELA 02 - OTORRINOLARINGOLOGIA

CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA (OTORRINOLARINGOLOGIA)	R\$ 64,18
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART. DE MICROCIRURGIA DE LARINGE	R\$ 66,40
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART.CIRUR. DE SINUSITES E POLIPOS NASAIS	R\$ 66,40
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART. DE AMIGDALAS E ADENOIDES	R\$ 66,40
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART. DE CIRUR. DE OUVIDO - OTORRINO	R\$ 66,40
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART. DE CIRURGIA DE SEPTO NASAL E CORNETOS	R\$ 66,40
EXAMES EM OTORRINOLARINGOLOGIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.09.04.002-5	LARINGOSCOPIA	R\$ 66,40
02.09.04.004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA (FIBRONASOLARINGOSCOPIA)	R\$ 94,68

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A.		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.01.01.008-9	BIÓPSIA DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO	R\$ 32,02
02.01.01.019-4	BIÓPSIA DE FARINGE (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 32,02
Tabela 40	BIÓPSIA DE PAVILHAO AURICULAR	R\$ 24,40
02.01.01.039-9	BIÓPSIA DE PIRAMIDE NASAL	R\$ 32,02
02.01.01.044-5	BIÓPSIA DE SEIO PARANASAL	R\$ 32,02
02.01.01.052-6	BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	R\$ 35,07
04.04.01.007-5	DRENAGEM DE FURÚNCULO NO CONDUTO AUDITIVO EXTERNO	R\$ 29,06
04.04.01.015-6	INFILTRAÇÃO MEDICAMENTOSA EM CORNETO INFERIOR	R\$ 19,82
04.04.01.024-5	MIRINGOTOMIA	R\$ 19,82
04.04.01.025-3	PARACENTESE DO TÍMPANO	R\$ 24,40
04.04.01.026-1	PUNÇÃO TRANSMÉATICA DO SEIO MAXILAR (UNILATERAL)	R\$ 19,82
04.04.01.027-0	REMOCAO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNILATERAL/BILATERAL	R\$ 33,20
04.04.01.029-6	RESSECCAO DE SINÉQUIAS	R\$ 64,05
04.04.01.031-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO, FARINGE, LARINGE, NARIZ	R\$ 61,97
04.04.01.034-2	TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR	R\$ 29,06
04.04.01.036-9	TIMPANOTOMIA PARA TUBO DE VENTILAÇÃO	R\$ 476,10
04.04.01.039-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE PERICONDRITE DE PAVILHÃO	R\$ 64,05
04.04.01.044-0	ANTROSTOMIA MAXILAR INTRA-NASAL	R\$ 76,24
04.04.02.005-4	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS	R\$ 24,40
04.04.02.010-0	EXCISÃO EM CUNHA DE LÁBIO (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 61,00

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H.		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.01.01.026-7	BIOSPIA DE LESÃO DE PARTES MOLES POR AGULHA / CÉU ABERTO) - EXCLUSIVO PARA CASOS EM LARINGE REALIZADOS EM AMBIENTE HOSPITALAR (BLOCO CIRÚRGICO) SOB ANESTESIA GERAL	R\$ 620,25
03.08.04.001-5	TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU CLÍNICOS	R\$ 321,35
04.01.02.015-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SINUS PRE-AURICULAR	R\$ 614,27
04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA	R\$ 1.533,65
04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA	R\$ 1.031,15
04.04.01.003-2	AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA	R\$ 1.992,51
04.04.01.004-0	ANTROTOMIA DA MASTÓIDE (DRENAGEM DE OTITE NO LACTENTE)	R\$ 449,39
04.04.01.005-9	DRENAGEM DE ABSCESSO FARÍNGEO	R\$ 394,72
Tabela 42	DRENAGEM DE ABSCESSO PERIAMIGDALIANO	R\$ 394,72
04.04.01.008-3	DRENAGEM DO SACO ENDO-LINFÁTICO (SHUNT) COM AUDIÇÃO VIA TRANSMASTÓIDEA (IDADE MÍNIMA DE 12 ANOS)	R\$ 1.237,73
04.04.01.010-5	ESTAPEDECTOMIA	R\$ 2.366,91
04.04.01.011-3	EXÉRESE DE PAILOMA EM LARINGE	R\$ 1.255,73
04.04.01.012-1	EXÉRESE DE TUMOR DE VIAS AÉREAS SUPERIORES, FACE E PESCOÇO	R\$ 558,72
04.04.01.013-0	EXTIRPAÇÃO DO TUMOR DO CAVUM E FARINGE	R\$ 381,78
04.04.01.016-4	LABIRINTECTOMIA MEMBRANOSA/ÓSSEA COM OU SEM AUDIÇÃO	R\$ 1.244,93
04.04.01.021-0	MASTOIDECTOMIA RADICAL	R\$ 2.271,39
04.04.01.022-9	MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL	R\$ 2.140,39
04.04.01.023-7	MICROCIRURGIA OTOLOGICA	R\$ 1.042,28
04.04.01.028-8	RESSECÇÃO DO GLOMO TIMPÂNICO	R\$ 1.302,25
04.04.01.031-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO/ FARINGE/LARINGE/NARIZ	R\$ 381,78
04.04.01.032-6	SINUSOTOMIA BILATERAL	R\$ 1.789,86
04.04.01.033-4	SINUSOTOMIA ESFENOIDAL	R\$ 1.942,27
04.04.01.035-0	TIMPANOPLASTIA (UNI/BILATERAL)	R\$ 1.710,12
04.04.01.037-7	TRAQUEOSTOMIA	R\$ 852,19
04.04.01.038-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ESTENOSE DO CONDUTO AUDITIVO	R\$ 893,91
04.04.01.040-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RINITE CRÔNICA (OZENA)	R\$ 514,13
04.04.01.041-5	TURBINECTOMIA (IDADE MÍNIMA DE 12 ANOS)	R\$ 1.165,63
CISMEP-06	ELETROCOAGULAÇÃO DE MUCOSA DE CORNETOS NASAIS EM PACIENTES COM IDADE ABAIXO DE 12 ANOS EM CIRURGIAS DE A + A	R\$ 165,99
Tabela 43	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	R\$ 1.252,35
04.04.01.049-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE IMPERFURAÇÃO COANAL (UNILATERAL/BILATERAL)	R\$ 485,35
04.04.01.050-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PERFURAÇÃO DO SEPTO NASAL	R\$ 485,35
04.04.01.051-2	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	R\$ 1.063,25
04.04.01.052-0	SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTÉTICA	R\$ 353,01
04.04.01.053-9	RESSECÇÃO DE TUMOR DO ACÚSTICO (PELA FOSSA MÉDIA)	R\$ 885,28
04.04.01.055-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RINOFIMA	R\$ 525,64
04.04.02.001-1	ALONGAMENTO DE COLUMELA	R\$ 324,23
04.04.02.003-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORO-NASAL/ORO-SINUSAL	R\$ 655,11
04.04.02.004-6	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA SALIVAR COM RETALHO	R\$ 309,85
04.04.02.027-5	RESSECÇÃO DE LESÃO MALIGNA E BENIGNA DA REGIÃO CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL (IDADE MÍNIMA DE 10 ANOS)	R\$ 1.748,43
04.04.02.032-1	RINOPLASTIA PARA DEFEITOS PÓS-TRAUMÁTICOS	R\$ 1.320,20
04.04.02.034-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ATRESIA NARINÁRIA	R\$ 453,71
04.04.02.035-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA E CISTOS ORO-MAXILARES	R\$ 597,56
04.04.02.077-1	RESSECÇÃO DE LESÃO DA BOCA	R\$ 540,02
04.04.03.008-4	ALVEOLOPLASTIA COM ENXERTO ÓSSEO EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIOFACIAL	R\$ 1.565,73
04.13.04.023-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO NÃO ESTÉTICO DA ORELHA	R\$ 607,63

EXAMES EM OTORRINOLARINGOLOGIA - OURO PRETO		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.09.04.002-5	LARINGOSCOPIA	R\$ 79,76
02.09.04.004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA (FIBRONASOLARINGOSCOPIA)	R\$ 113,10

TABELA 03 - FONOAUDIOLOGIA

AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL (pacote)		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR - VIA AÉREA/ÓSSEA	R\$ 21,00
02.11.07.021-1	LOGOAUDIOMETRIA (AUDIOMETRIA VOCAL)	R\$ 26,25
02.11.07.032-7	TESTES ACUMÉTRICOS (DIAPASÃO)	R\$ 2,00
TOTAL DO PACOTE		R\$ 49,25

AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL + IMITÂNCIOMETRIA (pacote)		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR - VIA AÉREA/ÓSSEA	R\$ 21,00
02.11.07.021-1	LOGOAUDIOMETRIA (AUDIOMETRIA VOCAL)	R\$ 26,25
02.11.07.032-7	TESTES ACUMÉTRICOS (DIAPASÃO)	R\$ 2,00
02.11.07.020-3	IMITÂNCIOMETRIA (IMPEDÂNCIOMETRIA)	R\$ 23,00
TOTAL DO PACOTE		R\$ 72,25

ESTUDO DE OTOEMISSIONES ACÚSTICAS EVOCADAS TRANSITÓRIAS E POR PRODUTO DE DISTORÇÃO (EOA)		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.11.07.005-0	AVALIAÇÃO AUDITIVA COMPORTAMENTAL	R\$ 18,00
02.11.07.015-7	ESTUDO DE OTOEMISSIONES ACÚSTICAS EVOCADAS TRANSITÓRIAS E POR PRODUTO DE DISTORÇÃO - EOA	R\$ 46,88
TOTAL DO PACOTE		R\$ 64,88

EXAMES		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.11.07.020-3	IMITÂNCIOMETRIA = IMPEDÂNCIOMETRIA	R\$ 47,00
02.11.07.035-1	TESTES VESTIBULARES/OTONEUROLÓGICOS	R\$ 74,00

CONSULTAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.07.011-3	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL	R\$ 40,00

CONSULTAS - UNIDADE FORMIGA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.07.011-3	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL	R\$ 49,86

FONOAUDIOLOGIA - OURO PRETO		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL (PACOTE)	R\$ 63,84
02.11.07.035-1	TESTES VESTIBULARES/OTONEUROLÓGICOS	R\$ 82,87

TABELA 04 - GASTROENTEROLOGIA

CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (GASTROENTEROLOGIA)	R\$ 46,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (PRÉ-ENDOSCOPIA PARA MENORES DE 12 ANOS)	R\$ 46,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CONSULTA PRÉ- COLONOSCOPIA)	R\$ 46,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CONSULTA PRÉ- DILATAÇÃO / PRÉ- LIGADURA)	R\$ 46,00

EXAMES EM GASTROENTEROLOGIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.03.07.001-3	DILATAÇÃO DE ESÔFAGO COM OGIVAS SOB VISÃO ENDOSCÓPICA (POR SESSÃO)	R\$ 520,00
03.03.07.004-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESÔFAGO	R\$ 84,80
03.03.07.005-6	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESTÔMAGO/DUODENO	R\$ 84,80
04.07.01.025-4	RETIRADA DE PÓLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA	R\$ 47,00
04.07.01.031-9	TRATAMENTO ESCLEROSANTE/LIGADURA ELÁSTICA DE LESÃO HEMORRÁGICA DO APARELHO DIGESTIVO ALTO	R\$ 1.140,35
04.07.01.032-7	TRATAMENTO ESCLEROSANTE DE LESÕES NÃO HEMORRÁGICAS DO APARELHO DIGESTIVO ALTO	R\$ 318,00
04.07.02.039-0	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO / PÓLIPO (S) DO RETO / COLO SIGMÓIDE/ COLO DESCENDENTE	R\$ 53,00

PROCEDIMENTOS - SERVIÇO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL - SA/SH		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	R\$ 450,00
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	R\$ 163,00
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (SOB SEDAÇÃO)	R\$ 194,00
02.09.01.005-3	RETOSIGMOÍDOSCOPIA	R\$ 84,80
02.09.01.001-0	COLANGIOPANCREATOGRRAFIA RETROGRADA (VIA ENDOSCÓPICA)	R\$ 6.799,00
CISMEP-43	ECOENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA	R\$ 2.250,00
CISMEP-44	ECOENDOSCOPIA TERAPEUTICA	R\$ 4.375,00

GASTROENTEROLOGIA - UNIDADE MARIANA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	R\$ 180,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (GASTROENTEROLOGIA)	R\$ 46,00

GASTROENTEROLOGIA - UNIDADE OURO PRETO		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	R\$ 180,00
02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) COM ANESTESIA	R\$ 450,00

TABELA 05 - ANGIOLOGIA

CONSULTA EM ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (ANGIOLOGIA - COM CIRURGIÃO)	R\$ 42,00
CISMEP-14	AValiação Tratamento Esclerosante/Espuma	R\$ 42,00

PROCEDIMENTOS - SERVIÇO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL - SA/SH		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.06.02.009-4	DISSECÇÃO DE VEIA/ARTÉRIA	R\$ 15,16
04.06.02.013-2	EXCISAO E SUTURA DE HEMANGIOMA	R\$ 98,53
04.06.02.014-0	EXCISAO E SUTURA DE LINFANGIOMA / NEVUS	R\$ 98,53
03.09.07.001-5	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	R\$ 208,21

* Valor coberto por FAEC

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H.		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	R\$ 1.092,60
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	R\$ 727,85

ANGIOLOGIA - OURO PRETO		
PROCEDIMENTOS - SERVIÇO AMBULATORIAL - AS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.09.07.001-5	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	R\$ 294,12

ANGIOLOGIA UNIDADES EXTERNAS		
PROCEDIMENTOS - SERVIÇO AMBULATORIAL - AS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.09.07.001-5	AVAlIAcao Tratamento Esclerosante + Tratamento Esclerosante NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	R\$ 577,20

TABELA 06 - ORTOPEDIA

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIAS ORTOPÉDICA -MEMBRO SUPERIOR		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA COM ESPECIALISTA EM ORTOPEDIA DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 47,00
03.01.01.007-2	CONSULTA DE ACOMPANHAMENTO PÓS- OPERATORIO/RETORNOS	
TOTAL DO PACOTE		

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIAS ORTOPÉDICAS - MEMBRO INFERIOR		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA COM ESPECIALISTA EM ORTOPEDIA DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 47,00
03.01.01.007-2	CONSULTA DE ACOMPANHAMENTO PÓS- OPERATORIO/RETORNOS	
TOTAL DO PACOTE		

CONSULTA DE ORTOPEDIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (ORTOPEDIA GERAL)	R\$ 43,00

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A.		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.03.09.003-0	INFILTRAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS EM CAVIDADE SINOVAL (ARTICULAÇÃO, BAINHA TENDINOSA)	R\$ 62,00
04.01.01.009-0	FULGURAÇÃO/CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE LESÕES CUTÂNEAS	R\$ 65,00
04.08.06.022-0	RESSECÇÃO DE EXOSTOSE	R\$ 63,00
04.08.06.035-2	RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO (INSERIDO EM CIRURGIA ANTERIOR REALIZADA PELO CISMEP) - EM AMBIENTE AMBULATORIAL	R\$ 28,42
04.08.06.065-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE POLIDACTILIA NÃO ARTICULADA	R\$ 266,38
04.08.06.068-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RUTURA DO APARELHO EXTENSOR DO DEDO	R\$ 63,00

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H.		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.08.04.001-5	TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU CLÍNICOS	R\$ 270,40
04.03.02.007-7	NEURÓLISE NÃO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFÉRICOS	R\$ 704,38
04.03.02.008-5	NEURORRAFIA	R\$ 1.024,91
04.03.02.010-7	TRANSPOSIÇÃO DO NERVO CUBITAL	R\$ 689,00
04.03.02.012-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SÍNDROME COMPRESSIVA EM TÚNEL OSTEO-FIBROSO AO NÍVEL DO CARPO	R\$ 885,50
04.08.02.003-2	ARTRODESE DE MEDIAS / GRANDES ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 345,54
04.08.02.004-0	ARTROPLASTIA DE ARTICULAÇÃO DA MÃO (POR RESSECÇÃO)	R\$ 544,70
04.08.02.013-0	RECONSTRUÇÃO CAPSULO-LIGAMENTAR DE COTOVELO/PUNHO	R\$ 464,10
04.08.02.014-8	RECONSTRUÇÃO DE POLIA TENDINOSA DE MÃO	R\$ 470,60
04.08.02.030-0	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR	R\$ 418,60
04.08.02.032-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO	R\$ 636,76
04.08.02.033-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO ÚMERO	R\$ 1.217,08
04.08.02.034-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO)	R\$ 640,55
04.08.02.035-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DE EPICONDILIO/ EPITROClea DO ÚMERO	R\$ 832,73
04.08.02.036-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DO CONDILO/ TROCANTER DO ÚMERO/ APOFISE CORONARIA DA	R\$ 1.024,90
04.08.02.037-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DOS METACARPÍANOS	R\$ 832,73
04.08.02.038-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA SUPRA-CONDILIANA DO UMERO	R\$ 1.024,90
04.08.02.039-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO ÚMERO	R\$ 1.024,90
04.08.02.040-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADE/ METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	R\$ 832,73
04.08.02.041-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADE/ METAFISE PROXIMAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	R\$ 928,81
04.08.02.042-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE AMBOS OS OSSOS ANTEBRAÇOS (COM SÍNTESE)	R\$ 1.024,90
04.08.02.043-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA ÚNICA DO RÁDIO/ DA ULNA	R\$ 832,73
04.08.02.045-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA- LUXAÇÃO DE GALEAZZE/ MONTEGGIA/ ESSEX-LOPRESTI	R\$ 928,81
04.08.02.046-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO	R\$ 1.024,90
04.08.02.048-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR DO MEMBRO SUPERIOR COTOVELO/ PUNHO	R\$ 736,63
04.08.02.049-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO DA MUSCULATURA INTRÍNSECA DA MÃO PARA SUA LIBERAÇÃO	R\$ 392,60
04.08.02.051-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO CARPO- METACARPÍANO	R\$ 736,63
04.08.02.052-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO DOS OSSOS DO CARPO	R\$ 1.024,90
04.08.02.053-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO METACARPO-FALANGIANA	R\$ 832,73
04.08.02.054-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO OU FRATURA- LUXAÇÃO DO COTOVELO	R\$ 1.217,08
04.08.02.055-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDOARTROSE/RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO/PERDA ÓSSEA DA MÃO	R\$ 470,60
04.08.02.060-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDO RETARDO/CONSOLIDAÇÃO/PERDA ÓSSEA AO NÍVEL DO CARPO	R\$ 431,60
04.08.02.061-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA/DESINSERÇÃO/ARRANCAMENTO CAPSULO-TENO-LIGAMENTAR NA MÃO	R\$ 736,63
04.08.02.062-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINDACTILIA DA MÃO (POR ESPAÇO INTERDIGITAL)	R\$ 470,60
04.08.05.002-0	AMPUTAÇÃO/ DESARTICULAÇÃO DE PÉ E TARSO	R\$ 832,73
04.08.05.014-4	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO	R\$ 928,81
04.08.05.035-7	SINDACTILIA CIRÚRGICA DOS DEDOS DO PÉ (PROCEDIMENTO TIPO KELIKIAN)	R\$ 470,60
04.08.05.037-3	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO INFERIOR	R\$ 470,60
04.08.05.044-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE COALIZAÇÃO TARSAL	R\$ 434,20
04.08.05.045-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DE OSSOS DO MÉDIO-PÉ	R\$ 1.024,90
04.08.05.046-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DOS METATARSÍANOS	R\$ 1.024,90
04.08.05.047-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DOS PODODACTILOS	R\$ 640,55
04.08.05.049-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR/ TRIMALEOLAR/ DA FRATURA- LUXAÇÃO DO TORNOZELO	R\$ 1.024,90
04.08.05.053-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA CALCANEÓ	R\$ 1.121,00
04.08.05.054-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL	R\$ 1.217,08
04.08.05.056-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TALUS	R\$ 1.024,90
04.08.05.057-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR	R\$ 928,81
04.08.05.065-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HÁLUX VALGUS COM OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO	R\$ 838,25
04.08.05.066-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR DO MEMBRO INFERIOR (TORNOZELO)	R\$ 928,81
04.08.05.069-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO METATARSO- FALANGIANA/INTER-FALANGIANA	R\$ 832,73
04.08.05.070-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO SUBTALAR E INTRA-TARSICA	R\$ 928,81
04.08.05.071-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO TARSO METATARSICA	R\$ 1.024,90
04.08.05.072-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE METATARSO PRIMO VARO	R\$ 405,60
04.08.05.074-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ PLANO VALGO (NÃO ADQUIRIDO)	R\$ 703,21
04.08.05.078-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDACAO / PERDA OSSEA AO NIVEL DO TARSO	R\$ 447,60
04.08.05.090-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HÁLUX RIGIDUS	R\$ 608,90
04.08.05.091-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HÁLUX VALGUS SEM OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO METATARSIANO	R\$ 462,80
04.08.06.004-2	AMPUTAÇÃO/DESARTICULAÇÃO DE DEDO	R\$ 515,73
04.08.06.005-0	ARTRODESE DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	R\$ 470,60
04.08.06.007-7	ARTROPLASTIA DE RESSECÇÃO DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	R\$ 470,60
04.08.06.008-5	BURSECTOMIA	R\$ 597,54
04.08.06.012-3	EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/SINOVECTOMIA DE MÉDIAS/GRANDES ARTICULAÇÕES	R\$ 522,60
04.08.06.013-1	EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/SINOVECTOMIA DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	R\$ 392,60
04.08.06.014-0	FASCIECTOMIA	R\$ 649,32
04.08.06.015-8	MANIPULACAO ARTICULAR	R\$ 299,00
04.08.06.018-2	OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS E CURTOS DA MAO E DO PE	R\$ 490,88
04.08.06.021-2	RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL	R\$ 643,01
04.08.06.031-0	RESSECÇÃO SIMPLES DE TUMOR ÓSSEO DE PARTES MOLES (TUMORES BENIGNOS)	R\$ 707,86
04.08.06.032-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-ARTICULAR	R\$ 338,00
04.08.06.035-2	RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO (INSERIDO EM CIRURGIA ANTERIOR REALIZADA PELO CISMED) - EM AMBIENTE	R\$ 525,31
04.08.06.036-0	RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO	R\$ 352,26
04.08.06.037-9	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS	R\$ 448,36
04.08.06.041-7	RETRAÇÃO CICATRICIAL DOS DEDOS C/ COMPROMETIMENTO TENDINOSO (POR DEDO)	R\$ 418,60
04.08.06.042-5	REVISÃO CIRÚRGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DOS DEDOS	R\$ 392,60
04.08.06.043-3	TENODESE	R\$ 392,60

04.08.06.044-1	TENÓLISE	R\$	392,60
04.08.06.045-0	TENOMIORRAFIA	R\$	832,73
04.08.06.046-8	TENOMIOTOMIA/DESINSERÇÃO	R\$	392,60
04.08.06.048-4	TENORRAFIA ÚNICA EM TÚNEL ÓSTEO-FIBROSO	R\$	832,73
04.08.06.053-0	TRANSPOSIÇÃO/TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA MÚLTIPLA	R\$	1.217,08
04.08.06.054-9	TRANSPOSIÇÃO/TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA ÚNICA	R\$	1.217,08
04.08.06.056-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTRITE INFECCIOSA DAS PEQUENAS ARTICULAÇÕES	R\$	832,73
04.08.06.057-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM MARTELO/EM GARRA (MÃO E PÉ)	R\$	652,76
04.08.06.058-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE ARTICULAR POR RETRAÇÃO TENO-CAPSULO-LIGAMENTAR	R\$	517,40
04.08.06.067-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETRAÇÃO MUSCULAR	R\$	544,70
04.08.06.070-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINDACTILIA SIMPLES (DOIS DEDOS)	R\$	481,00
04.08.06.071-9	VIDEOARTROSCOPIA	R\$	550,00
04.13.04.017-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS COM PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA	R\$	1.200,99
04.13.04.019-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETRAÇÃO CICATRICIAL DO COTOVELO	R\$	470,60
04.13.04.020-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETRAÇÃO CICATRICIAL DOS DEDOS DA MÃO/PÉ SEM COMPROMETIMENTO TENDINOSO	R\$	481,00
04.13.04.024-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REPARAÇÕES DE PERDA DE SUBSTÂNCIA DA MÃO	R\$	804,09
CISMEP-09	REALINHAMENTO DE MECANISMO EXTENSOR DOS DEDOS DA MÃO	R\$	780,00

TABELA 07 - ULTRASSONOGRAFIA

EXAMES			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
02.01.01.041-0	BIOPSIA DE PROSTATA	R\$	531,95
02.01.01.047-0	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - PAAF	R\$	144,07
02.01.01.058-5	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	R\$	144,07
02.01.01.060-7	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA GROSSA	R\$	284,38
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 03 VASOS) = DUPLEX SCAN DE MEMBRO INFERIOR, MEMBRO SUPERIOR, DE CARÓTIDAS E ARTÉRIAS VERTEBRAIS.	R\$	114,29
02.05.01.005-9	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	R\$	50,00
02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	R\$	40,00
02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	R\$	70,00
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$	55,00
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UMA ARTICULAÇÃO / UNILATERAL)	R\$	60,00
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL)	R\$	40,00
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	70,00
02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) (PÉLVICA MASCULINA)	R\$	50,00
02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$	34,00
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE	R\$	50,00
02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL OU VIA TRANSVAGINAL)	R\$	50,00
02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$	74,80
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA) (PÉLVICA FEMININA)	R\$	50,00
02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	R\$	50,00
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)	R\$	60,00
CISMEP-07	ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	R\$	50,00
CISMEP-16	ULTRASSONOGRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL	R\$	72,00
CISMEP-23	ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA	R\$	218,35
CISMEP-25	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE + DOPPLER	R\$	143,35
CISMEP-26	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL) + DOPPLER	R\$	143,35
CISMEP-30	SEDAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS CONFORME NECESSIDADE CLÍNICA	R\$	33,00
UNIDADE MARIANA			
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)	R\$	65,73
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UMA ARTICULAÇÃO / UNILATERAL)	R\$	65,73
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$	65,73
ULTRASSONOGRAFIA UNIDADES EXTERNAS			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 03 VASOS) = DUPLEX SCAN DE MEMBRO INFERIOR, MEMBRO SUPERIOR, DE CARÓTIDAS E ARTÉRIAS VERTEBRAIS.	R\$	130,00
ULTRASSONOGRAFIA - NOVA LIMA			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 03 VASOS) = DUPLEX SCAN DE MEMBRO INFERIOR, MEMBRO	R\$	142,97
02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	R\$	79,43
02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	R\$	90,41
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$	79,43
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UMA ARTICULAÇÃO / UNILATERAL)	R\$	79,43
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL)	R\$	79,43
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	100,46
02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) (PÉLVICA MASCULINA)	R\$	79,43
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE	R\$	79,43
02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL OU VIA TRANSVAGINAL)	R\$	79,43
02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$	114,90
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA) (PÉLVICA FEMININA)	R\$	79,43
02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	R\$	95,31
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)	R\$	79,43
CISMEP-07	ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	R\$	79,43

CISMEP-16	ULTRASSONOGRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL	R\$	95,31
CISMEP-23	ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA	R\$	251,05
CISMEP-25	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE + DOPPLER	R\$	152,24
CISMEP-26	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL) + DOPPLER	R\$	152,24

TABELA 08 - CARDIOLOGIA

SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CARDIOLOGIA)	R\$ 40,00

EXAMES		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	R\$ 135,00
02.11.02.006-0	TESTE ESFORÇO/TESTE ERGOMÉTRICO	R\$ 97,00
02.11.02.004-4	EXAME DE MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS) COM LAUDO	R\$ 112,48
02.11.02.005-2	EXAME DE MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A)	R\$ 104,83
02.11.02.001-0	CATETERISMO CARDIACO	R\$ 1.683,00

EXAMES - UNIDADE MARIANA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	R\$ 160,00
02.11.02.006-0	TESTE ESFORÇO/TESTE ERGOMÉTRICO	R\$ 135,00
02.11.02.004-4	EXAME DE MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS) COM LAUDO	R\$ 97,97
02.11.02.005-2	EXAME DE MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A)	R\$ 105,12

EXAMES - UNIDADE OURO PRETO		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	R\$ 130,00
02.11.02.006-0	TESTE ESFORÇO/TESTE ERGOMÉTRICO	R\$ 94,00

TABELA 09 - CIRURGIA GERAL

CONSULTA EM CIRURGIA GERAL		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CIRURGIA GERAL)	R\$ 59,94

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIAS GERAIS (HEMORROIDECTOMIA, FISTULECTOMIA, FISSURECTOMIA, PLASTICA ANAL E TUMOR DE ANORRETAL) - PRESTADOR EXTERNO		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIA GERAL	R\$ 10,00
02.09.01.005-3	RETOSIGMOIDOSCOPIA	R\$ 84,80
TOTAL DO PACOTE		R\$ 109,00

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H. - PRESTADOR EXTERNO		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.01.02.005-3	EXCISAO E SUTURA DE LESAO NA PELE C/ PLASTICA EM Z OU ROTACAO DE RETALHO	R\$ 784,98
04.01.02.008-8	EXERESE DE CISTO SACROCOCCIGEO	R\$ 316,18
04.01.02.010-0	EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTANEO	R\$ 347,84
04.07.02.021-7	ESFINCTEROTOMIA INTERNA E TRATAMENTO DE FISSURA ANAL	R\$ 542,98
04.07.02.027-6	FISTULECTOMIA / FISTULECTOMIA ANAL	R\$ 559,06
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	R\$ 695,07
04.07.02.047-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE PROLAPSO ANAL	R\$ 404,01
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	R\$ 1.530,69
04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 1.524,71
04.07.03.004-2	COLECISTOSTOMIA	R\$ 1.391,50
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	R\$ 1.174,46
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	R\$ 1.187,82
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	R\$ 937,24
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	R\$ 980,12
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDVANTE	R\$ 916,15
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R\$ 956,98
04.09.06.018-6	LAQUEADURA TUBÁRIA	R\$ 745,84
04.15.04.003-5	DEBRIDAMENTO DE ÚLCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS	R\$ 1.194,78

TABELA 10 - PROCTOLOGIA

CONSULTA EM CIRURGIA GERAL		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (PROCTOLOGIA)	R\$ 59,94

TABELA 11 - UROLOGIA

CONSULTA EM CIRURGIA GERAL		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (UROLOGIA)	R\$ 59,94

TABELA 12 - GINECOLOGIA

CONSULTA EM CIRURGIA GERAL		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (GINECOLOGIA)	R\$ 59,94

TABELA 13 - NEUROLOGIA

CONSULTA EM NEUROLOGIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (NEUROLOGIA)	R\$ 83,00

DIAGNÓSTICO POR ELETRONEUROMIOGRAMA (BILATERAL)		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAMA DOS MEMBROS INFERIORES (MMII/BILATERAL) OU DOS MEMBROS SUPERIORES	R\$ 316,00
TOTAL DO PACOTE		

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ELETRONEUROMIOGRAMA (4 MEMBROS)		
Código	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAMA DOS MEMBROS INFERIORES (MMII/BILATERAL)	R\$ 426,00
	ELETRONEUROMIOGRAMA DOS MEMBROS SUPERIORES (MMSS/BILATERAL)	
TOTAL DO PACOTE		

ELETROENCEFALOGRAMA (EEG)		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.11.05.005-9	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG)	R\$ 80,00

TABELA 14 - CABEÇA E PESCOÇO

CONSULTA EM CABEÇA E PESCOÇO		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CABEÇA E PESCOÇO)	R\$ 94,94
TOTAL DO PACOTE		

TABELA 15 - MAMOGRAFIA

EXAMES DE MAMOGRAFIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA BILATERAL	R\$ 45,00
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA UNILATERAL	R\$ 22,50
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	R\$ 45,00
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA BILATERAL - BICAS	R\$ 45,00
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA UNILATERAL - BICAS	R\$ 22,50
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO - BICAS	R\$ 45,00
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA UNILATERAL - MARIANA	R\$ 25,91
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO - MARIANA	R\$ 51,81
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA EM UNIDADE MÓVEL	R\$ 69,65

TABELA 16 - DERMATOLOGIA

CONSULTA EM DERMATOLOGIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (DERMATOLOGIA)	R\$ 56,00
CISMEP-10	DERMATOSCOPIA (POR LESÃO)	
TOTAL DO PACOTE		

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A.		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.01.01.002-0	BIÓPSIA/PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE	R\$ 99,38
02.01.01.037-2	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	R\$ 65,79
03.03.08.001-9	CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES	R\$ 5,00
CISMEP-02	CRIOTERAPIA ATÉ 5 LESÕES	R\$ 71,52
04.01.01.004-0	ELETROCOAGULACAO DE LESAO CUTANEA ATÉ 05 LESÕES (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 71,52
04.01.01.005-8	EXCIÇÃO DE LESÃO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA (CANTOPLASTIA UNGUEAL)	R\$ 85,45
04.01.01.007-4	EXÉRESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS/CISTO SEBÁCEO/LIPOMA	R\$ 113,32
04.01.01.011-2	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO (CIRURGIA GERAL)	R\$ 85,45

TABELA 17 - SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR MÉDICOS

SERVIÇO/ATIVIDADES	
DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO (POR HORA DE TRABALHO)	R\$ 135,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (POR HORA DE TRABALHO)	R\$ 160,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EM PEDIATRIA (POR HORA DE TRABALHO)	R\$ 180,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA (POR HORA DE TRABALHO)	R\$ 150,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CONSULTOR (POR HORA DE TRABALHO)	R\$ 200,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA (PLANTÃO DE 12 HORAS)	R\$ 1.394,00

TABELA 18 - SERVIÇOS/ATIVIDADES ESPECIAIS - CEC CONTAGEM

SERVIÇO/ATIVIDADES	
DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGISTA ADULTO	R\$ 55,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - DERMATOLOGISTA	R\$ 68,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEUROLOGISTA	R\$ 95,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - OFTALMOLOGISTA	R\$ 55,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ORTOPEDISTA	R\$ 55,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - OTORRINO	R\$ 88,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - UROLOGISTA	R\$ 81,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ENDOCRINOLOGISTA	R\$ 95,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - REUMATOLOGISTA	R\$ 95,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEUROLOGISTA INFANTIL	R\$ 95,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGISTA INFANTIL	R\$ 95,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CIRURGIAO PEDIÁTRICO	R\$ 95,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEFROLOGISTA	R\$ 95,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PNEUMOLOGISTA	R\$ 95,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO AVALIADOR (POR HORA DE TRABALHO)	R\$ 100,00

TABELA 19 - TOMOGRAFIAS

PROCEDIMENTOS TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEM CONTRASTE - UNIDADE ICISMEP		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.06.01.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 105,81
02.06.01.002-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 123,30
02.06.01.003-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA	R\$ 105,81
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/ SEIOS DA FACE/ ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$ 105,80
02.06.01.005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO	R\$ 105,80
02.06.01.006-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA	R\$ 118,84
02.06.01.007-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	R\$ 140,09
SEM CÓDIGO SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MASTÓIDES/ OUVIDOS	R\$ 105,80
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 105,80
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA E PÉ)	R\$ 105,80
02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R\$ 166,37
02.06.02.004-0	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX/ MEDIASTINO (POR PLANO)	R\$ 166,37
SEM CÓDIGO SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES (ESTERNO/ CLAVÍCULA/ OMBRO/ COTOVELO)	R\$ 113,29
02.06.03.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 169,07
02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 105,80
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Pelve / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 254,45
SEM CÓDIGO SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 423,52

PROCEDIMENTOS TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - UNIDADES EXTERNAS		
PROCEDIMENTOS TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.06.01.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 117,57
02.06.01.002-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 137,01
02.06.01.003-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA	R\$ 117,57
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/ SEIOS DA FACE/ ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$ 117,56
02.06.01.005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO	R\$ 117,56
02.06.01.006-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA	R\$ 132,04
02.06.01.007-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	R\$ 155,65
SEM CÓDIGO SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MASTÓIDES/ OUVIDOS	R\$ 117,56
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 117,56
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA E PÉ)	R\$ 117,56
02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R\$ 184,86
02.06.02.004-0	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX/ MEDIASTINO (POR PLANO)	R\$ 184,86
SEM CÓDIGO SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES (ESTERNO/ CLAVÍCULA/ OMBRO/ COTOVELO)	R\$ 125,87
02.06.03.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 187,86
02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 117,56
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Pelve / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 282,72
SEM CÓDIGO SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 470,58
SEM CÓDIGO SUS	CONTRASTE (PARA USO NOS ITENS ACIMA DISCRIMINADOS, CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO	R\$ 29,30
04.17.01.006-0	SEDAÇÃO (PARA USO NOS ITENS ACIMA DISCRIMINADOS, CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$ 161,68

TABELA 20 - RESSONÂNCIAS

PROCEDIMENTOS RESSONÂNCIA MAGNÉTICA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.07.01.001-3	ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL	R\$ 460,90
SEM CÓDIGO SUS	CONTRASTE (CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$ 50,60
04.17.01.006-0	SEDAÇÃO (CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$ 191,57
02.07.01.002-1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	R\$ 385,00
02.07.01.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 440,00
02.07.01.004-8	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 440,00
02.07.01.005-6	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	R\$ 440,00
02.07.01.006-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRANIO	R\$ 440,00
02.07.01.007-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA	R\$ 385,00

02.07.02.002-7	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$	385,00
02.07.02.003-5	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TORAX	R\$	405,90
02.07.03.001-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$	440,00
02.07.03.002-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA/PELVE	R\$	385,00
02.07.03.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$	385,00
02.07.03.004-9	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES	R\$	385,00

TABELA 21 - CINTILOGRAFIAS

PROCEDIMENTOS CINTILOGRAFIA			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
02.08.03.002-6	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO	R\$	85,01
02.08.01.001-7	CINTILOGRAFIA DE CORAÇÃO C/ GÁLIO 67	R\$	503,31
02.08.09.001-0	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GÁLIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS	R\$	997,48
02.08.02.001-2	CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E BAÇO (MÍNIMO 5 IMAGENS)	R\$	146,59
02.08.02.002-0	CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E VIAS BILIARES	R\$	206,72
02.08.09.002-9	CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)	R\$	72,85
02.08.02.003-9	CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTÍMULO	R\$	96,68
02.08.09.003-7	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	R\$	318,37
02.08.01.002-5	CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE ESTRESSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	R\$	449,37
02.08.01.003-3	CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	R\$	421,38
02.08.01.004-1	CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ LOCALIZAÇÃO DE NECROSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	R\$	183,12
02.08.05.003-5	CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGÜÍNEO (CORPO INTEIRO)	R\$	210,09
02.08.03.001-8	CINTILOGRAFIA DE PARATIREÓIDES	R\$	356,99
02.08.06.001-4	CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL C/ TÁLIO (SPCTO)	R\$	481,81
02.08.07.001-0	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO C/ GÁLIO 67	R\$	503,31
02.08.07.002-8	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO P/ PESQUISA DE ASPIRAÇÃO	R\$	140,26
02.08.07.003-6	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR INALAÇÃO (MÍNIMO 2 PROJEÇÕES)	R\$	140,93
02.08.07.004-4	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR PERFUSÃO (MÍNIMO 4 PROJEÇÕES)	R\$	143,55
02.08.04.002-1	CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GÁLIO 67	R\$	503,31
02.08.05.004-3	CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO ÓSSEO COM GÁLIO 67	R\$	503,31
02.08.04.003-0	CINTILOGRAFIA DE TESTÍCULO E BOLSA ESCROTAL	R\$	119,83
02.08.03.002-6	CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE C/ OU S/ CAPTAÇÃO	R\$	85,01
02.08.01.005-0	CINTILOGRAFIA P/ AVALIAÇÃO DE FLUXO SANGÜÍNEO DE EXTREMIDADES	R\$	125,42
02.08.02.005-5	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (LÍQUIDO)	R\$	148,92
02.08.02.006-3	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (SEMI-SÓLIDO)	R\$	148,92
02.08.02.007-1	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO GÁSTRICO	R\$	158,64
02.08.02.008-0	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL	R\$	126,35
02.08.02.009-8	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA	R\$	172,95
02.08.02.010-1	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NÃO ATIVA	R\$	341,90
02.08.02.011-0	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO	R\$	148,92
02.08.03.004-2	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTERNO	R\$	372,57
02.08.04.005-6	CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVAS E/OU QUANTITATIVA)	R\$	146,33
02.08.01.008-4	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CÂMARAS CARDÍACAS EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)	R\$	194,39
02.08.06.002-2	CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIAÇÃO DO TRÂNSITO LIQUÓRICO)	R\$	225,87
02.08.04.006-4	CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	R\$	135,27
02.08.04.007-2	CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	R\$	158,95
02.08.04.010-2	ESTUDO RENAL DINÂMICO C/ OU S/ DIURÉTICO	R\$	181,76
02.08.08.004-0	LINFOCINTILOGRAFIA	R\$	155,46

TABELA 22 - ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS

PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS POR FRASCO			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
CISMEP-17	SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOPATOLÓGICOS DE FRAGMENTOS NOS RETIRADOS NO EXAME DE ENDOSCOPIA E	R\$	61,65
CISMEP-18	SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOPATOLÓGICOS OU CITOLÓGICOS DE FRAGMENTOS RETIRADOS NA PUNÇÃO DE	R\$	53,10
CISMEP-19	SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOPATOLÓGICOS DE FRAGMENTOS RETIRADOS NA PUNÇÃO DE PRÓSTATA	R\$	61,65
CISMEP-20	SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOPATOLÓGICOS DE FRAGMENTOS RETIRADOS PUNÇÃO DE TIREÓIDE	R\$	51,52

TABELA 23 - BERA

POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA LATÊNCIA - BERA			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
02.11.07.026-2	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA LATÊNCIA (BERA) - SEM SEDAÇÃO ADULTO	R\$	266,20
02.11.07.026-2	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA LATÊNCIA (BERA) - COM SEDAÇÃO ADULTO	R\$	770,00
02.11.07.026-2	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA LATÊNCIA (BERA) - SEM SEDAÇÃO INFANTIL	R\$	275,00
02.11.07.026-2	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA LATÊNCIA (BERA) - COM SEDAÇÃO INFANTIL	R\$	1.045,00

TABELA 24 - IMPLANTE

IMPLANTE DE LENTE ESCLERAL PINTADA			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
CISMEP-24	IMPLANTE DE LENTE ESCLERAL PINTADA: CONFECCIONADA INDIVIDUALMENTE ARTESANALMENTE, IDÊNTICA AO OLHO SÁDIO	R\$	1.078,00

TABELA 25 - TELEMEDICINA

SERVIÇOS DE TELEMEDICINA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
CISMEP-36	TELE-INTERCONSULTA EM MULTIESPECIALIDADES COM INFRAESTRUTURA TECNOLÓGICA E DE SEGURANÇA DE DADOS DOS	R\$ 93,24
CISMEP-37	TELEDERMATOSCOPIA	R\$ 6,00
CISMEP-38	TELE-ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 30,00
CISMEP-39	TELE-ELETOENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG)	R\$ 65,00
CISMEP-40	TELEMONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	R\$ 85,00
CISMEP-41	TELEMONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A)	R\$ 90,00

TABELA 26 - MEDICINA HIPERBÁRICA

SERVIÇOS DE MEDICINA HIPERBÁRICA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
CISMEP-42	SESSÃO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA (POR SESSÃO DE ATÉ 02 HORAS)	R\$ 300,00

TABELA 27 - CIRURGIAS EM PRESTADORES EXTERNOS

CIRURGIA ORTOPÉDICA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
07.02.03.013-9	ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL	R\$ 7.613,28
04.08.05.006-3	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO JOELHO	R\$ 6.021,39
04.08.05.016-0	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	R\$ 4.764,00
04.08.05.017-9	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR)	R\$ 5.050,20
04.08.01.014-2	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTO DESCOMPRESSIVOS)	R\$ 2.389,20
04.08.05.089-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	R\$ 1.650,06
04.03.02.012-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO	R\$ 2.010,15

CIRURGIA GERAL		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 3.270,75
04.07.02.034-9	PROCTOPEXIA ABDOMINAL POR PROCIDENCIA DO RETO	R\$ 1.845,08
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	R\$ 2.061,56
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	R\$ 1.618,05
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	R\$ 1.817,17
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	R\$ 1.789,15
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	R\$ 1.430,15
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	R\$ 1.618,45
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R\$ 1.289,40
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	R\$ 2.185,03
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	R\$ 2.713,45

CIRURGIA GINECOLÓGICA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.09.06.012-7	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	R\$ 1.859,90
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	R\$ 2.091,95
04.09.06.017-8	HISTEROSCOPIA CIRURGICA C/ RESSECTOSCOPIO	R\$ 1.399,15
04.09.06.019-4	MIOMECTOMIA	R\$ 2.032,85
04.09.06.021-6	OOFORECTOMIA/OOFOROPLASTIA	R\$ 1.884,14
09.09.06.004-6	CURETAGEM SEMIÓTICA C/ OU S/ DILATAÇÃO DO COLO UTERINO	R\$ 880,40

CIRURGIA UROLÓGICA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.09.01.017-0	INSTALACAO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J	R\$ 1.636,18
04.09.04.013-4	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	R\$ 1.557,75
04.09.03.002-3	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA	R\$ 3.659,18
04.09.03.004-0	RESSECÇÃO ENDOSCOPICA DE PROSTATA (RTU)	R\$ 3.490,01
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE	R\$ 1.715,75
04.09.01.059-6	URETEROLITOTRIPSIA FLEXIVEL	R\$ 3.373,00
04.09.01.059-6	URETEROLITOTRIPSIA RÍGIDA A LASER	R\$ 3.483,50
04.09.01.023-5	NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA	R\$ 3.505,26

CIRURGIA CARDIOLÓGICA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.06.03.002-2	ANGIOPLASTIA CORONARIANA C/ IMPLANTE DE DOIS STENTS (PACOTE) Incluindo os seguintes materiais: 01 Diária de CTI ou Enfermaria; Honorários médicos CTI; Stents; Balão Intraporto; Fio Guia; Introdutor; Cateter Guia; Seringa Insufladora; Taxa de Sala Hemodinâmica; Honorários Médicos Hemodinâmica	R\$ 11.776,47
04.06.03.005-7	ANGIOPLASTIA PERIFERICA C/ IMPLANTE DE DOIS STENTS (PACOTE) Incluindo os seguintes materiais: 01 Diária de CTI ou Enfermaria; Honorários médicos CTI; Stents; Balão Intraporto; Fio Guia; Introdutor; Cateter Guia; Seringa Insufladora; Taxa de Sala Hemodinâmica; Honorários Médicos Hemodinâmica	R\$ 14.058,82

OPME's		
OPME CIRURGIA ORTOPÉDICA		
CIRURGIA	OPME	VALOR ICISMEP
ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL	COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO (HASTE)	R\$ 1.632,96
	RESTRITOR/PLUG DE CIMENTO	R\$ 46,66
	CABEÇA INTERCAMBIÁVEL	R\$ 750,83
	COMPONENTE ACETABULAR CIMENTADO	R\$ 381,87
	CIMENTO ORTOPÉDICO	R\$ 81,79
	LAMINA SERRA	R\$ 324,00
	COMPONENTE FEMORAL NÃO CIMENTADO	R\$ 2.746,33
	COMPONENTE ACETABULAR METALICO	R\$ 1.664,18
	COMPONENTE ACETABULAR POLIETILENO PARA COMPONENTE METALICO	R\$ 603,90
	PARAFUSO ACETABULAR	R\$ 177,66
	COMPONENTE BIPOLAR (CABEÇA BIPOLAR)	R\$ 1.632,96
ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO JOELHO	COMPONENTE FEMURAL	R\$ 2.707,99
	COMPONENTE BASE TIBIAL	R\$ 1.390,73
	COMPONENTE PLATEAU TIBIAL	R\$ 571,78
	COMPONENTE PATELAR	R\$ 240,67
	CIMENTO ORTOPÉDICO	R\$ 98,14
	LAMINA SERRA	R\$ 324,00
RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	LAMINA DE SHAVER	R\$ 680,40
	EQUIPO C/ SENSOR	R\$ 563,76
	PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO	R\$ 787,79
RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR)	LAMINA DE SHAVER	R\$ 680,40
	EQUIPO C/ SENSOR	R\$ 563,76
	PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO	R\$ 787,79
REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTO DESCOMPRESSIVOS)	LAMINA DE SHAVER	R\$ 680,40
	EQUIPO C/ SENSOR	R\$ 563,76
	CANULA DESCARTAVEL	R\$ 334,37
	ANCORA MONTADA EM TITANIO	R\$ 868,32
	PONTEIRA FREQUENCIA	R\$ 858,48
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	LAMINA DE SHAVER	R\$ 680,40
	EQUIPO C/ SENSOR	R\$ 563,76
	PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO	R\$ 787,79
	FAST-FIX 360 RETO OU CURVO AGULHADO	R\$ 2.835,00
	EMPURRADOR DE NO/CORTADOR DE SUTURA E CANULA	R\$ 567,00

OPME CIRURGIA UROLÓGICA		
CIRURGIA	OPME	VALOR ICISMEP
INSTALACAO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J	CATETER DUPLO J	R\$ 396,00
RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PROSTATA (RTU)	ALÇA DE RTU	R\$ 396,00
	EQUIPO DE IRRIGAÇÃO DE 3 VIAS	R\$ 400,00
URETEROLITOTRIPSIA FLEXIVEL	CATETER DUPLO J	R\$ 396,00
	FIO GUIA HIDROFILICO	R\$ 675,00
	CATETER BASKET PARA RETIRADA DE CÁLCULO	R\$ 1.521,00
URETEROLITOTRIPSIA RÍGIDA A LASER	BALÃO URETERAL	R\$ 1.860,00
	EXTRATOR DE CÁLCULO 3Fr	R\$ 1.521,00
	CATETER DUPLO J	R\$ 396,00
	FIO GUIA HIDROFILICO	R\$ 675,00
	FIBRA LASER	R\$ 3.100,00
	AMPLATZ	R\$ 1.860,00
NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA	CONJUNTO DE NEFROSTOMIA	R\$ 1.240,00
	EQUIPO DE IRRIGAÇÃO	R\$ 279,00
	EXTRATOR DE CÁLCULO PERCUTÂNEA	R\$ 1.521,00
	CATETER DUPLO J	R\$ 396,00
	FIO GUIA HIDROFILICO	R\$ 675,00
	CATETER URETRAL	R\$ 170,50

OPME CIRURGIA GERAL		
CIRURGIA	OPME	VALOR ICISMEP
HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	TELA DE MARLEX M (15cm X 15cm)	R\$ 475,00
	TELA DE MARLEX P (7,5cm X 7,5cm)	R\$ 416,00
HERNIOPLASTIA INGUINAL/CRURAL	TELA DE MARLEX M (15cm X 15cm)	R\$ 475,00
	TELA DE MARLEX P (7,5cm X 7,5cm)	R\$ 416,00

OPME CIRURGIA CARDIOLÓGICA		
CIRURGIA	OPME	VALOR ICISMEP
ANGIOPLASTIAS	STENT PARA ARTÉRIA PERIFÉRICA OU CORONARIA	R\$ 2.339,84
OUTROS SERVIÇOS RELACIONADOS ÀS CIRURGIAS		
CONSULTA MÉDICA PARA AVALIAÇÕES CIRURGICAS		R\$ 90,00
CURATIVO ESPECIAL (SEM HIDROCOLOIDE - MAIOR EXTENSÃO)		R\$ 85,80
CURATIVO SIMPLES		R\$ 65,95
LEITO DE CTI (DIÁRIA)		R\$ 1.800,00
* Serviço exclusivo para pacientes que necessitarem de suporte emergencial ao realizarem procedimentos em prestadores externos		

TABELA DE SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS EM SAÚDE DA ICISMEP (TSPS)

Atualização na Tabela de Serviços e Procedimentos em Saúde da ICISMEP, realizada em janeiro de 2023, com publicação em janeiro de 2023, para vigência a partir da competência de janeiro de 2023.

TABELA DE SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DOS MUNICÍPIOS

Tabela 1

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do ICISMEP

Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Não se aplica	Hora	R\$ 131,63
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Não se aplica	Hora	R\$ 156,00
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA	Não se aplica	Hora	R\$ 175,50
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA	Não se aplica	Hora	R\$ 146,25
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTOR	Não se aplica	Hora	R\$ 195,00
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA	Não se aplica	12 horas	R\$ 1.359,15

Tabela 2

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ABAETÉ

Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 187,78
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CABEÇA E PESCOÇO	Não se aplica	Consulta	R\$ 199,16
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOCRINOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 147,45
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEdia	Não se aplica	Consulta	R\$ 113,81
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 113,81
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 113,81
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSIQUIATRA	Não se aplica	Consulta	R\$ 113,81
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROPEDIATRA	Não se aplica	Consulta	R\$ 204,86
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 120,00
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OTORRINOLARINGOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 120,00
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REUMATOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 159,33
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 140,00
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 113,81
14		Não se aplica	Mês	R\$ 9.673,71
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SAÚDE DA FAMÍLIA PSF	Não se aplica	Mês	R\$ 24.211,91
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA	Não se aplica	Mês	R\$ 17.071,26
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OBSTETRÍCIA	Não se aplica	Mês	R\$ 17.071,26
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANESTESISTA	Não se aplica	Mês	R\$ 17.071,26
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO GERAL	Não se aplica	Mês	R\$ 14.112,24
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - VASECTOMIA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 398,36
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - POSTECTOMIA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 398,36
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 96,74
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICA GERAL	Não se aplica	Plantão 12H	R\$ 1.365,70
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA	Não se aplica	Consulta	R\$ 147,95

Tabela 3

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ARCOS

Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGISTA (CONSULTAS AMBULATORIAIS E RISCO CIRÚRGICO)	Não se aplica	Consulta	R\$ 113,82

Tabela 4

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de BARÃO DE COCAIS

Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO DO TRABALHO	Não se aplica	Mês	R\$ 5.703,75

Tabela 5

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de BOM DESPACHO

Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 53,63
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSIQUIATRA	Não se aplica	Hora	R\$ 390,00
3		Não se aplica	Mês/40HR	R\$ 27.573,53
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA	Não se aplica	Consulta	R\$ 75,00
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO	Não se aplica	12 horas	R\$ 1.575,76
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ESCLEROTERAPIA COM APLICAÇÃO DE ESPUMA (INCLUSOS MATERIAIS E MEDICAMENTO)	Não se aplica	Procedimento	R\$ 223,24
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REUMATOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 99,00

Tabela 6

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de BONFIM

Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DATAS EXCEPCIONAIS (FESTIVIDADES, GRANDES FERIADOS, ENTRE OUTROS)	Dias úteis	12 horas	R\$ 1.885,01
2		Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 1.885,01
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRABALHO EXCEPCIONAL (TRANSFERÊNCIAS PARA OUTRO MUNICÍPIO)	Dias úteis	12 horas	R\$ 1.413,75
4		Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 1.413,75
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Dias úteis	12 horas	R\$ 1.218,75
6		Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 1.218,75
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA	Dias úteis	12 horas	R\$ 754,00
8		Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 754,00
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA	Dias úteis	Hora	R\$ 117,98
10		Final de Semana/Feriado	Hora	R\$ 117,98
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA	Dias úteis	Hora	R\$ 129,68
12		Final de Semana/Feriado	Hora	R\$ 129,68

13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CIRURGIA GERAL	Dias úteis	Hora	R\$	176,72
14		Final de Semana/Feriado	Hora	R\$	176,72
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ORTOPEDIA	Dias úteis	Hora	R\$	156,98
16		Final de Semana/Feriado	Hora	R\$	156,98
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - UROLOGIA	Dias úteis	Hora	R\$	117,98
18		Final de Semana/Feriado	Hora	R\$	117,98
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - DERMATOLOGIA	Dias úteis	Hora	R\$	117,98
20		Final de Semana/Feriado	Hora	R\$	117,98
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGIA	Dias úteis	Hora	R\$	94,58
22		Final de Semana/Feriado	Hora	R\$	94,58
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ULTRASSONOGRAFIA	Não se aplica	Exame	R\$	66,30

Tabela 7

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de BRUMADINHO				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Não se aplica	Hora	R\$ 49,24
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GENERALISTA	Não se aplica	Hora	R\$ 76,19
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA I	Não se aplica	Hora	R\$ 98,48
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19	Não se aplica	Plantão	R\$ 1.838,39
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS EM HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19	Não se aplica	Plantão	R\$ 1.444,44
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO NEUROPEDIATRA	Não se aplica	Hora	R\$ 200,38
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	Não se aplica	Hora	R\$ 120,00
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PSIQUIÁTRICO	Não se aplica	Hora	R\$ 100,19
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA – CLÍNICO GERAL	Não se aplica	Hora	R\$ 75,43
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO – SAD (SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR)	Não se aplica	Hora	R\$ 84,44
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA TRANSFERÊNCIA INTERMUNICIPAL DE PACIENTES	Não se aplica	Plantão	R\$ 590,91
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA HOSPITAL	Plantão	12 horas	R\$ 1.444,33
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO DIRETOR CLÍNICO PARA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	Não se aplica	Mês	R\$ 14.444,45
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EM COORDENAÇÃO DO HOSPITAL MUNICIPAL DE BRUMADINHO	Não se aplica	Mês	R\$ 17.072,00
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RADIOLOGISTA REFERÊNCIA TÉCNICA	Não se aplica	Mês	R\$ 2.626,05
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA EM HEMATOLOGIA (AGÊNCIA TRANSFUSIONAL)	Não se aplica	Mês	R\$ 6.565,13
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RADIOLOGISTA (LAUDO TOMOGRAFIA EM ATÉ 24H)	Não se aplica	Procedimento	R\$ 65,66
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RADIOLOGISTA (LAUDO TOMOGRAFIA ELETIVA)	Não se aplica	Procedimento	R\$ 52,52
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RADIOLOGISTA (LAUDO MAMOGRAFIA)	Não se aplica	Procedimento	R\$ 26,26
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HOLTER 24 HORAS (3 CANAIS)	Não se aplica	Procedimento	R\$ 122,11
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAPA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 131,30
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PAAF MAMA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 105,04
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES + AVALIAÇÃO	Não se aplica	Procedimento	R\$ 603,99
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN (ATÉ 3 VASOS)	Não se aplica	Procedimento	R\$ 122,11
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - VARICECTOMIA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 919,12
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO EXERESE DE PTERÍGIO	Não se aplica	Procedimento	R\$ 330,00
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAPEAMENTO DE RETINA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 65,65
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO BLEFAROPLASTIA UNILATERAL	Não se aplica	Procedimento	R\$ 282,30
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO ANTIOGÊNICO RELACIONADO A RETINOGRAFIA DIABÉTICA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 341,39
30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 787,82
31	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HERNIOPLASTIA INCISIONAL	Não se aplica	Procedimento	R\$ 787,82
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HERNIOPLASTIA INGUINAL (BIRATERAL)	Não se aplica	Procedimento	R\$ 787,82
33	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HERNIOPLASTIA INGUINAL CRUCAL (UNILATERAL)	Não se aplica	Procedimento	R\$ 787,82
34	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	Não se aplica	Procedimento	R\$ 787,82
35	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HERNIOPLASTIA UMBILICAL	Não se aplica	Procedimento	R\$ 787,82
36	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEURÓLISE NÃO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFÉRICOS	Não se aplica	Procedimento	R\$ 393,91
37	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FIBRONASOLARINGOSCOPIA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 160,00

Tabela 8

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de CONTAGEM				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Não se aplica	Hora	R\$ 97,50
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Plantão	12 horas	R\$ 1.313,33
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES HOSPITALARES	Dias úteis	12 horas	R\$ 1.181,70
4		Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 1.313,33
5		Dias úteis	12 horas	R\$ 1.181,70
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR MÉDICO - PEDIATRA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES HOSPITALARES	Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 1.772,55
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA HORIZONTAL	Não se aplica	12 horas	R\$ 1.313,33
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REGULADOR DO COMPLEXO HOSPITALAR	Não se aplica	12 horas	R\$ 1.641,90
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 59,09
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA, FORA DO AMBIENTE HOSPITALAR	Não se aplica	12 horas	R\$ 1.575,76
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARA ATENDIMENTO DE EXAME E LAUDO DE ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	Não se aplica	Exames	R\$ 97,50
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Não se aplica	Mês	R\$ 18.383,84
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO GERAL	Não se aplica	Hora	R\$ 114,89
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSIQUIATRA	Não se aplica	Hora	R\$ 175,50
15		Plantão	12 Horas	R\$ 1.772,55
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA	Não se aplica	Hora	R\$ 157,95
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA	Não se aplica	Hora	R\$ 165,75
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO GERAL PARA VIGILÂNCIA EM SAÚDE	Não se aplica	Hora	R\$ 166,50
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - INFECTOLOGISTA	Não se aplica	Hora	R\$ 166,50
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEMATOLOGISTA	Não se aplica	Hora	R\$ 166,50

Tabela 9

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de CÓRREGO FUNDO				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 131,31
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 124,75
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OFTAMOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 85,35

4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOCRINOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$	141,15
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDIA	Não se aplica	Consulta	R\$	85,35
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$	85,35
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$	141,15
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OTORRINOLARINGOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$	85,35
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$	132,65
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$	131,31
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEMATOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$	150,00
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$	162,82
13		Não se aplica	Hora	R\$	400,00
14		Não se aplica	Consulta	R\$	307,30
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA COM TESTE DE UREASE	Não se aplica	Procedimento	R\$	321,75
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - VASECTOMIA	Não se aplica	Procedimento	R\$	533,13
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - POSTECTOMIA	Não se aplica	Procedimento	R\$	533,13
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA COM O APARELHO DO PROFISSIONAL	Não se aplica	Procedimento	R\$	109,00
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA	Não se aplica	Exame	R\$	99,00
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAMOGRAFIA	Não se aplica	Exame	R\$	110,36
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROCIRURGIA	Não se aplica	Consulta	R\$	141,15

Tabela 10

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de CRUÇILÂNDIA				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Não se aplica	12 horas	R\$ 1.313,03

Tabela 11

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ESMERALDAS				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Não se aplica	Hora	R\$ 108,55
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Não se aplica	Hora	R\$ 86,71
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA	Dias úteis	Hora	R\$ 121,87
4		Final de Semana/Feriado	Hora	R\$ 130,07
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA	Não se aplica	Hora	R\$ 101,79
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO GERAL	Dias úteis	Hora	R\$ 88,46
7		Final de Semana/Feriado	Hora	R\$ 96,67
8		Dias úteis	Hora	R\$ 49,24
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CIRURGIA GERAL - SOBRE AVISO	Final de Semana/Feriado	Hora	R\$ 65,66
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OBSTETRA/ANESTESIOLOGISTA	Dias úteis	Hora	R\$ 121,87
11		Final de Semana/Feriado	Hora	R\$ 130,07
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO SALA VERMELHA	Não se aplica	Hora	R\$ 109,42

Tabela 12

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de FLORESTAL				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Não se aplica	Plantão	R\$ 1.365,00
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTOR (DIRETOR CLINICO)	Não se aplica	Hora	R\$ 114,90
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA	Dias úteis	Hora	R\$ 386,90
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MÉDICO REGULADOR	Não se aplica	Mês	R\$ 2.437,50
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 93,00
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA	Não se aplica	Consulta	R\$ 85,00
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 96,89
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA COM EQUIPAMENTO	Não se aplica	Procedimento	R\$ 108,25
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)	Não se aplica	Mês	R\$ 18.500,00

Tabela 13

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de FORMIGA				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	Não se aplica	12 horas	R\$ 2.101,01
2			Consulta	R\$ 124,75
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OTORRINOLARINGOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 112,07
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSQUIATRA	Não se aplica	Consulta	R\$ 85,35
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 131,31
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 124,75
7			Mês	R\$ 5.252,53
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEUROLOGISTA PEDIÁTRICO	Não se aplica	Consulta	R\$ 166,77
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ENDOCRINOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 85,35
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - OFTALMOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 85,35
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - GASTROENTEROLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 85,35
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - GASTROENTEROLOGISTA II	Não se aplica	Consulta	R\$ 52,52
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - INFECTOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 85,35
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ORTOPEDISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 85,35
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - REUMATOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 124,74
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - DERMATOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 85,35
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 85,35
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 85,35
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PRÉ ENDOSCOPIA PARA MENORES DE 12 ANOS	Não se aplica	Consulta	R\$ 52,52
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 117,98
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RADIOLOGISTA	Não se aplica	Laudo	R\$ 39,39
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICA MÉDICA	Plantão	12 horas	R\$ 1.575,76
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO DE ATENÇÃO DOMICILIAR	Plantão	12 horas	R\$ 1.575,76
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	Plantão	12 horas	R\$ 1.286,87
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FERIADOS ESPECIAIS (NATAL E ANO NOVO)	Plantão	12 horas	R\$ 2.607,15
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO SEMI-INTENSIVO COVID-19	Plantão	12 horas	R\$ 2.101,01
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO INTENSIVISTA UTI COVID-19	Não se aplica	Mês	R\$ 17.070,71
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO RESPONSÁVEL TÉCNICO - RAI0 X	Não se aplica	Mês	R\$ 6.552,53
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HORIZONTAL	Não se aplica	Mês	R\$ 7.878,78
30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19	Não se aplica	Mês	R\$ 13.131,31
31	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR TÉCNICO	Não se aplica	Mês	R\$ 22.446,69
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR CLÍNICO	Não se aplica	Mês	R\$ 10.136,56
33	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ULTRASSONOGRAFIA - ULTRASSOM MORFOLÓGICO	Não se aplica	Exames	R\$ 198,01
34	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ULTRASSONOGRAFIA - ULTRASSOM DOPPLER	Não se aplica	Exames	R\$ 232,44
35	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ULTRASSONOGRAFIA - DUPLEX SCAN	Não se aplica	Exames	R\$ 144,45

36	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA (ABDOMINAL SUPERIOR/ABDOMINAL TOTAL/BOLSA ESCROTAL/ENDOVAGINAL/OBSTETRICO SIMPLES/PAREDE ABDOMINAL/PARTES MOLES/RINS E VIAS URINÁRIAS/TIREOIDE/MAMAS/AXILAS)	Não se aplica	Exames	R\$	99,00
37	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO RADIOLOGISTA/ULTRASSONOGRAFISTA - PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA	Não se aplica	Exames	R\$	296,32
38	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO RADIOLOGISTA/ULTRASSONOGRAFISTA - CORE BIOPSY	Não se aplica	Exames	R\$	630,30
39	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXERESE DE NÓDULO MAMA BENIGNO - CORE BIOPSY (NÃO INCLUSO MATERIAL)	Não se aplica	Procedimento	R\$	99,80
40	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN COM DISPONIBILIDADE DE APARELHO	Não se aplica	Procedimento	R\$	183,82
41	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA COM DISPONIBILIDADE DE APARELHO	Não se aplica	Procedimento	R\$	109,00
42	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAMA	Não se aplica	Procedimento	R\$	246,00
43	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAMA PEDIÁTRICO	Não se aplica	Procedimento	R\$	246,00
44	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REMOÇÃO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO	Não se aplica	Procedimento	R\$	39,39
45	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HOLTER	Não se aplica	Procedimento	R\$	200,00
46	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - M.A.P.A	Não se aplica	Procedimento	R\$	168,00
47	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL	Não se aplica	Procedimento	R\$	844,36
48	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXCIÇÃO E ENXERTO DE PELE	Não se aplica	Procedimento	R\$	221,99
49	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXÉRESE DE CISTO SACRO-COCCÍGEO	Não se aplica	Procedimento	R\$	477,56
50	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE	Não se aplica	Procedimento	R\$	167,10
51	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA/PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE	Não se aplica	Procedimento	R\$	130,50
52	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA DE PELE E PARTES MOLES	Não se aplica	Procedimento	R\$	86,26
53	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES	Não se aplica	Procedimento	R\$	6,57
54	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXCIÇÃO DE LESÃO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE	Não se aplica	Procedimento	R\$	110,90
55	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXÉRESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS	Não se aplica	Procedimento	R\$	148,80
56	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO	Não se aplica	Procedimento	R\$	112,21
57	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO NÃO ESTÉTICO DA ORELHA	Não se aplica	Procedimento	R\$	721,04
58	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DRENAGEM ABSCESSO OU CISTO GLÂNDULA BARTHOLIN	Não se aplica	Procedimento	R\$	144,45
59	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXAME DE MAMOGRAFIA	Não se aplica	Procedimento	R\$	110,36
60	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA SOB SEDAÇÃO COM TESTE DE UREASE	Não se aplica	Procedimento	R\$	321,75
61	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COLONOSCOPIA	Não se aplica	Procedimento	R\$	715,66
62	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - VASECTOMIA	Não se aplica	Procedimento	R\$	533,13
63	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - POSTECTOMIA	Não se aplica	Procedimento	R\$	533,13
64	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$	132,65
65	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - INSERÇÃO DE DIU	Não se aplica	Procedimento	R\$	229,81
66	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETIRADA DE DIU	Não se aplica	Procedimento	R\$	36,78
67	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE VULVA	Não se aplica	Procedimento	R\$	52,53
68	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA EM VAGINA	Não se aplica	Procedimento	R\$	52,53
69	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA DE VULVA	Não se aplica	Procedimento	R\$	89,29
70	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA DA VAGINA	Não se aplica	Procedimento	R\$	89,29
71	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA DE COLO	Não se aplica	Procedimento	R\$	89,29
72	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETIRADA DE LESÃO DA VULVA	Não se aplica	Procedimento	R\$	144,45
73	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETIRADA DE LESÃO DA VAGINA	Não se aplica	Procedimento	R\$	144,45
74	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COLPOSCOPIA	Não se aplica	Procedimento	R\$	52,53
75	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - AVALIAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA	Não se aplica	Avaliação	R\$	85,35
76	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESCLEROSANTE/LIGADURA ELÁSTICA DE LESÃO HEMORRÁGICA DO APARELHO DIGESTIVO ALTO	Não se aplica	Procedimento	R\$	1.140,35
77	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TELECONSULTORIA EM OFTALMOLOGIA	Não se aplica	Teleconsultoria	R\$	78,80
78	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÔRNEA OU CONJUNTIVA COM EQUIPAMENTO DO MÉDICO	Não se aplica	Procedimento	R\$	205,00
79	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERRAME OCULAR	Não se aplica	Procedimento	R\$	205,00
80	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AVALIAÇÃO DE FUNDO OCULAR COM EQUIPAMENTODO MÉDICO	Não se aplica	Procedimento	R\$	205,00
81	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIOMETRIA ÓPTICA POR OLHO	Não se aplica	Procedimento	R\$	56,91
82	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MÉDICO REGULADOR (REGULAÇÃO DE SOLICITAÇÕES MÉDICAS)	Não se aplica	20 Horas trabalhadas	R\$	7.967,00

Tabela 14

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de FORTUNA DE MINAS				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Não se aplica	Plantão Diurno	R\$ 1.365,70
2			Plantão Noturno	R\$ 1.091,34

Tabela 15

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de IGARAPÉ				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA	Semanal Diurno	12 horas	R\$ 1.457,58
2			Hora	R\$ 121,46
3		Semanal Noturno	12 horas	R\$ 1.510,11
4			Hora	R\$ 125,84
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA	Final de Semana Diurno	12 horas	R\$ 1.575,77
6			Hora	R\$ 131,59
7		Final de Semana Noturno	12 horas	R\$ 1.641,42
8			Hora	R\$ 136,78
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDISTA PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Semanal Diurno	12 horas	R\$ 1.457,58
10			Hora	R\$ 121,47
11		Final de Semana Diurno	12 horas	R\$ 1.575,77
12			Hora	R\$ 131,32
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HORIZONTAL	Não se aplica	Hora	R\$ 147,73
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA I	Não se aplica	12 horas	R\$ 722,22
15			Hora	R\$ 60,19
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA II	Não se aplica	12 horas	R\$ 820,71
17			Hora	R\$ 68,39
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICA MÉDICA	Não se aplica	Hora	R\$ 161,16
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 99,79
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA	Não se aplica	Consulta	R\$ 82,72
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 59,09
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA II	Não se aplica	Consulta/Exame	R\$ 131,31
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 73,53
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 59,09
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA II	Não se aplica	Consulta/Exame	R\$ 78,78
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 45,95
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGIA II	Não se aplica	Consulta/Exame	R\$ 64,34
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 59,09
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIA GERAL	Não se aplica	Consulta	R\$ 65,66
30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOCRINOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 86,66
31	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REUMATOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 99,79
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGIA ADULTO	Não se aplica	Consulta	R\$ 97,17
33	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROPEDIATRA	Não se aplica	Consulta	R\$ 144,46
34	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSQUIATRA INFANTIL	Não se aplica	Consulta	R\$ 157,57

35	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICA MÉDICA	Não se aplica	Consulta	R\$	34,13
36	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - RETIRADAS DE LIPOMAS/CISTO/VERRUGA/CORPO ESTRANHO/RETIRADA DE UNHA ENCRAVADA E COLETA PARA BIÓPSIA	Não se aplica	Consulta	R\$	98,48
37	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA	Não se aplica	Mês	R\$	3.282,83
38	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR CLÍNICO PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	Não se aplica	Mês	R\$	9.741,67
39	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAMA	Não se aplica	Exame	R\$	131,31
40	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN/CARÓTIDAS E VÉRTEBRAS	Não se aplica	Exame	R\$	97,17
41	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXAME DE ULTRASONOGRAFIA (ENDOVAGINAL/OBSTÉTRICO/APARELHO URINÁRIO/DE MAMAS E AXILAS/CERVICAL/TIREOIDE/ARTICULAÇÃO/PRÓSTATA TRASNRETAL E ABDOMINAL/ABDOMEN TOTAL/PAREDE ABDOMINAL/REGIÃO INGUINAL/BOLSA ESCROTAL OU TESTICULAR	Não se aplica	Exame	R\$	65,66
42	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ELETROENCEFALOGRAMA	Não se aplica	Exame	R\$	65,66

Tabela 16

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de IGARATINGA				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Não se aplica	Plantão	R\$ 1.378,79
2		Feriados Especiais	12 Horas	R\$ 2.785,44
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 78,79
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR TÉCNICO	Não se aplica	Mês	R\$ 7.878,79

Tabela 17

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de IGUATAMA				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTÃO PRONTO SOCORRO	Não se aplica	PLANTÃO	R\$ 1.422,76
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SOBREAVISO CLÍNICA MÉDICA	Sobreaviso	Dia	R\$ 455,29
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTÃO FERIADOS ESPECIAIS	Não se aplica	Plantão	R\$ 2.276,41
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETORIA TÉCNICA	Não se aplica	Mês	R\$ 3.414,62
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETORIA CLÍNICA	Não se aplica	Mês	R\$ 3.414,62
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTA ESPECIALIZADA	Não se aplica	Consulta	R\$ 39,59
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIA DE UNHA (CANOTPLASTIA)	Não se aplica	Procedimento	R\$ 169,06
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXÊRESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS/ CISTO CEBÁCEO/LIPOMA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 169,06
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA/PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DE PELE	Não se aplica	Procedimento	R\$ 169,06
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO	Não se aplica	Procedimento	R\$ 169,06
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÃO CUTÂNEA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 169,06
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENÇÃO BÁSICA	Não se aplica	Mês	R\$ 17.071,26
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO GERAL	Não se aplica	Hora	R\$ 167,88
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 113,80

Tabela 18

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ITABIRITO				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Dias úteis diurno / noturno	Plantão	R\$ 1.739,19
2			Hora	R\$ 144,93
3		Final de Semana/Feriado diurno/noturno	Plantão	R\$ 1.956,59
4			Hora	R\$ 163,05
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ASSISTÊNCIA AO COVID-19	Dias úteis diurno / noturno	Plantão	R\$ 1.739,19
6			Hora	R\$ 144,93
7		Final de Semana/Feriado diurno/noturno	Plantão	R\$ 1.956,59
8			Hora	R\$ 163,05
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTOR (DIRETOR/RESPONSÁVEL TÉCNICO)	Não se aplica	Hora	R\$ 289,87
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL - MÉDICO DO TRABALHO	Não se aplica	Hora	R\$ 210,00

Tabela 19

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ITAGUARA				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 65,66
2		Não se aplica	Plantão	R\$ 1.784,25
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO GERAL	Não se aplica	Consulta	R\$ 91,91
4		Não se aplica	Mês	R\$ 9.913,34
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGISTA/OBSTETRÍCIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 91,91
6		Não se aplica	Mês	R\$ 19.695,38
7		Não se aplica	Consulta	R\$ 91,91
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA	Não se aplica	Mês	R\$ 15.756,30
9		Não se aplica	Mês	R\$ 17.464,64
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEQUENAS CIRURGIAS	Não se aplica	Procedimento	R\$ 196,95
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGISTA	Não se aplica	8 horas	R\$ 2.626,05

Tabela 20

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ITATIAIUÇU				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Dias úteis	12 horas	R\$ 1.706,43
2		Final de Semana/Feriado diurno e noturno	12 horas	R\$ 1.852,69
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO DE APOIO	Não se aplica	Hora	R\$ 108,73
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO DE APOIO II	Não se aplica	Hora	R\$ 98,53
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA	Não se aplica	Hora	R\$ 260,94
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA I - CIRURGIA UROLÓGICA	Não se aplica	Hora	R\$ 434,92
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA II - PEQUENAS CIRURGIAS	Não se aplica	Hora	R\$ 326,18
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Não se aplica	Mês	R\$ 17.336,28

Tabela 21

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ITAÚNA				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM ABDÔMEN TOTAL/APARELHO URINÁRIO/TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)/PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)/PÉLVICA MASCULINA/BOLSA ESCROTAL (BILATERAL)/MAMAS (BILATERAL)	Não se aplica	Procedimento	R\$ 75,00
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 102,43
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEMATOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 125,20

Tabela 22

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de JUATUBA				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Dias úteis	12 horas	R\$ 1.181,82

2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$	1.323,64
3		Dias úteis	12 horas	R\$	1.181,82
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$	1.323,64
5		Feridos/Especiais	12 horas	R\$	1.985,46
6		Dias úteis	12 horas	R\$	1.181,82
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA	Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$	1.323,64
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO GERAL	Não se aplica	Hora	R\$	164,14
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA	Não se aplica	Consulta	R\$	59,09
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - OFTALMOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$	59,09
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PEQUENAS CIRURGIAS	Não se aplica	Hora	R\$	131,31
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$	59,09
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEUROPEDIATRA	Não se aplica	Consulta	R\$	59,09
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ORTOPEDISTA	Não se aplica	Consulta	R\$	59,09
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CLÍNICO GERAL	Não se aplica	Consulta	R\$	59,09
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOLOGISTA	Não se aplica	Laudo	R\$	59,09
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO REGULADOR	Não se aplica	Hora	R\$	590,91
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO DO TRABALHO	Não se aplica	Hora	R\$	216,31
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA	Não se aplica	Hora	R\$	175,96
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ANGIOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$	59,09
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRA	Não se aplica	Consulta	R\$	59,09
22		Não se aplica	Hora	R\$	175,96
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ULTRASSONOGRAFIA	Não se aplica	Exame	R\$	59,09
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ULTRASSOM COM APARELHO DO PROFISSIONAL	Não se aplica	Exame	R\$	69,09
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PSIQUIATRA	Não se aplica	Consulta	R\$	59,09
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEUROLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$	59,09
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - OTORRINOLARINGOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$	67,96
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ENDOCRINOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$	67,96
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PSIQUIATRA	Não se aplica	Hora	R\$	175,96
30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGISTA	Não se aplica	Hora	R\$	136,50
31	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ORTOPEDISTA	Não se aplica	Hora	R\$	136,50
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CLÍNICO GERAL PARA ATENÇÃO BÁSICA	Não se aplica	Mês	R\$	16.000,00
33	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN COM O APARELHO DO PROFISSIONAL	Não se aplica	Procedimento	R\$	130,00
40	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGIA	Não se aplica	Hora	R\$	125,00

Serviços Médicos de Urgência e Emergência/Pronto Atendimento Municipal de Juatuba - CNES 2108828				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
34	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Dias úteis diurno	12 horas	R\$ 1.444,33
35		Dias úteis noturno	12 horas	R\$ 1.509,98
36		Final de Semana/Feriado diurno	12 horas	R\$ 1.575,63
37		Final de Semana/Feriado noturno	12 horas	R\$ 1.575,63
38	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTOR (DIRETOR CLÍNICO)	Não se aplica	Hora	R\$ 188,50
39	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTOR (DIRETOR/RESPONSÁVEL TÉCNICO)	Não se aplica	Hora	R\$ 188,50

Tabela 23

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de LAGOA DA PRATA				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CONSULTA MÉDICA	Não se aplica	Consulta	R\$ 78,98
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEMATOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 110,00
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA	Não se aplica	Consulta	R\$ 118,50
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS - PEQUENAS CIRURGIAS	Não se aplica	Procedimento	R\$ 214,50
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 158,93
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO AMBULATORIAIS - ESCLEROTERAPIA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 380,82
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS - PEQUENAS CIRURGIAS UROLÓGICAS	Não se aplica	Procedimento	R\$ 438,75
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ELETROENCEFALOGRAMA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 86,00

Tabela 24

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de MARIANA				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	SEG A SEX	PLANTÃO	R\$ 1.783,78
2		FINAIS DE SEMANA		R\$ 2.006,76
3		SEG A SEX		R\$ 2.158,37
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SALA VERMELHA	FINAIS DE SEMANA	PLANTÃO	R\$ 2.428,16
5		SEG A SEX		R\$ 2.158,37
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA	FINAIS DE SEMANA	PLANTÃO	R\$ 2.428,16

Tabela 25

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de MÁRIO CAMPOS				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA I	Não se aplica	Consulta	R\$ 52,53
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA II	Não se aplica	Consulta	R\$ 65,66
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA III	Não se aplica	Consulta	R\$ 98,48
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PLANTONISTA 1	Não se aplica	Hora	R\$ 98,48
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PLANTONISTA 2	Não se aplica	Hora	R\$ 111,62
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PLANTONISTA 3	Não se aplica	Hora	R\$ 124,75
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESPONSÁVEL TÉCNICO	Não se aplica	Hora	R\$ 196,97
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REGULAÇÃO/AVALIAÇÃO/AUDITORIA E CONTROLE	Não se aplica	Hora	R\$ 157,58
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REMOÇÃO	Não se aplica	Hora	R\$ 98,48
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AMBULATORIAL I	Não se aplica	Consulta	R\$ 52,53
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AMBULATORIAL II	Não se aplica	Consulta	R\$ 65,66
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AMBULATORIAL III	Não se aplica	Consulta	R\$ 98,48
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SAÚDE DA FAMÍLIA PARA ATENDIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA	Não se aplica	Mês	R\$ 15.756,30

Tabela 26

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de MARTINHO CAMPOS				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 113,81
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OFTAMOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 80,00
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PROCTOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 140,00
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GASTROENTEROLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 120,00
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO GERAL	Não se aplica	Consulta	R\$ 110,00
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGISTA/OBSTETRA	Não se aplica	Consulta	R\$ 102,42
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROPEDIATRA	Não se aplica	Consulta	R\$ 227,61

8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDISTA	Não se aplica	Consulta	R\$	142,26
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$	120,00
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOCRINOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$	140,00
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$	187,79
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MÉDICO DO TRABALHO	Não se aplica	Consulta	R\$	55,00
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OTORRINOLARINGOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$	120,00
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REUMATOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$	159,33
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ALERGISTA (AMBULATÓRIO)	Não se aplica	Consulta	R\$	103,41
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGISTA (URGÊNCIA)	Não se aplica	Consulta	R\$	284,52
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGISTA (AMBULATÓRIO)	Não se aplica	Consulta	R\$	120,00
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEMATOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$	94,95
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MASTOLOGISTA (CAMPANHA)	Não se aplica	Consulta	R\$	196,97
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEPATOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$	118,18
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGISTA (URGÊNCIA)	Não se aplica	Consulta	R\$	273,00
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGISTA (AMBULATÓRIO)	Não se aplica	Consulta	R\$	142,25
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGISTA (URGÊNCIA)	Não se aplica	Consulta	R\$	318,67
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$	140,00
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA (URGÊNCIA)	Não se aplica	Consulta	R\$	250,38
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$	146,25
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIAS AMBULATORIAIS TIPO I (EXCISÃO DE LESÃO E/ OU SUTURA DE FERIMENTOS DE PELE, INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO, EXERESE DE UNHA OU CANTOPLASTIA, BIÓPSIA DE CÂNCER DE PELE, ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÕES SUPERFICIAIS DE PELE)	Não se aplica	Procedimento	R\$	103,51
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIAS AMBULATORIAIS TIPO II (EXCISÃO OU CAUTERIZAÇÃO DE MÍNIMAS/MINÚSCULAS LESÕES DE PELE)	Não se aplica	Procedimento	R\$	103,51
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIAS AMBULATORIAIS TIPO III (EXCISÃO DE LESÃO E/ OU SUTURA DE FERIMENTOS DE PELE, BIÓPSIA DE CÂNCER DE PELE COM REALIZAÇÃO DE SUTURA DE PLANO INTERNO E EXTERNO)	Não se aplica	Procedimento	R\$	206,99
30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM GINECOLÓGICO	Não se aplica	Procedimento	R\$	102,42
31	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM COM DISPONIBILIDADE DO APARELHO E IMPRESSORA	Não se aplica	Procedimento	R\$	110,00
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM MORFOLÓGICO COM DISPONIBILIDADE DO APARELHO E IMPRESSORA	Não se aplica	Procedimento	R\$	140,00
33	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN	Não se aplica	Procedimento	R\$	150,00
34	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAMA	Não se aplica	Procedimento	R\$	284,52
35	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL - MÉDICO DO TRABALHO (VALIDAÇÃO DE ATESTADO MÉDICO)	Não se aplica	Avaliação	R\$	172,00
36	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HOLTER 24 HORAS	Não se aplica	Procedimento	R\$	250,38
37	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAPA	Não se aplica	Procedimento	R\$	227,62
38	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAMOGRAFIA	Não se aplica	Procedimento	R\$	113,81

Tabela 27

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de MATEUS LEME				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Dias úteis diurno	Hora	R\$ 87,54
2		Dias úteis noturno	Hora	R\$ 89,18
3		Final de Semana/Feriado	Hora	R\$ 95,75
4		Feriados Especiais	Hora	R\$ 196,97
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Dias úteis	Hora	R\$ 98,48
6		Final de Semana/Feriado	Hora	R\$ 109,42
7		Feriados Especiais	Hora	R\$ 164,13
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA	Dias úteis	Hora	R\$ 97,62
9		Final de Semana/Feriado	Hora	R\$ 110,42
10		Feriados Especiais	Hora	R\$ 209,23
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA II	Dias úteis	Hora	R\$ 122,14
12		Final de Semana/Feriado	Hora	R\$ 116,23
13		Feriados Especiais	Hora	R\$ 209,23
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARA ATENDIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA	Não se aplica	Mês	R\$ 18.525,00
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO AMBULATORIAL I - ORTOPEDIA/PNEUMOLOGIA/OTORRINOLAGIRINGOLOGISTA/NEUROLOGIA/MASTOLOGIA/PEDIATRIA/CLÍNICA MÉDICA/ANGIOLOGIA/CIRURGIA GERAL I/DERMATOLOGIA I/GINECOLOGIA/GASTROENTEROLOGIA/PROCTOLOGIA/UROLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 59,09
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO AMBULATORIAL II- ORTOPEDIA/PNEUMOLOGIA/OTORRINOLAGIRINGOLOGISTA/NEUROLOGIA/MASTOLOGIA/PEDIATRIA/CLÍNICA MÉDICA/ANGIOLOGIA/CIRURGIA GERAL II/DERMATOLOGIA II/GINECOLOGIA/GASTROENTEROLOGIA/PROCTOLOGIA/UROLOGIA II	Não se aplica	Consulta	R\$ 73,13
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - VASECTOMIA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 402,44
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - POSTECTOMIA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 287,73
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAMA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 106,00
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN	Não se aplica	Procedimento	R\$ 160,00
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA/PUNÇÃO/EXÊRESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS/CISTOS SEBÁCEO/LIPOMA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 73,13
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA	Não se aplica	Mês	R\$ 2.925,00
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AUDITOR/REGULADOR MAC	Não se aplica	Mês	R\$ 7.800,00
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENÇÃO DOMICILIAR	Não se aplica	Consulta	R\$ 87,75
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MÉDICO DO TRABALHO	Não se aplica	Mês	R\$ 12.000,00
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESCLEROTERAPIA COM APLICAÇÃO DE ESPUMA (INCLUSOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS)	Não se aplica	Procedimento	R\$ 495,00
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA COM LAUDO	Não se aplica	Procedimento	R\$ 185,00
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HOLTER 24H	Não se aplica	Procedimento	R\$ 165,00
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - M.A.P.A	Não se aplica	Procedimento	R\$ 165,00
30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGISTA (ESPIROMETRIA COM INSUMOS/CONSULTAS COM VISITAS DOMICILIARES)	Não se aplica	Procedimento + Consultas	R\$ 140,00

Tabela 28

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de NOVA ERA				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SAÚDE DA FAMÍLIA PSF	Não se aplica	Mês	R\$ 19.605,00
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA	Não se aplica	Consulta	R\$ 131,39
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 115,37
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 115,37
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 115,37
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROPEDIATRA	Não se aplica	Consulta	R\$ 155,48
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO DE GERIATRIA EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	Não se aplica	Consulta	R\$ 108,13
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO DE GERIATRIA DOMICILIAR	Não se aplica	Consulta	R\$ 216,24
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO GERAL	Não se aplica	Hora	R\$ 341,43
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OTORRINOLARINGOLOGISTA	Não se aplica	Hora	R\$ 227,62
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO GERAL	Não se aplica	Hora	R\$ 170,72

Tabela 29

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de NOVA LIMA				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1		Dias úteis diurno	12 horas	R\$ 1.609,98
2		Dias úteis noturno	12 horas	R\$ 1.609,98

3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Finals de Semana / Feriados diurno	12 horas	R\$	1.897,48
4		Finals de Semana / Feriados noturno	12 horas	R\$	1.897,48
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESPONSÁVEL TÉCNICO	Não se aplica	Hora	R\$	196,97
6		Não se aplica	Mês	R\$	17.070,00
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRA	Não se aplica	12 horas	R\$	1.575,76
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA	Não se aplica	Mês/20HR	R\$	11.389,95
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REGULADOR	Não se aplica	Guia auditada	R\$	146,28
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIA GERAL	Não se aplica	Consulta	R\$	81,90
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGIA ADULTO	Não se aplica	Consulta	R\$	93,60
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGIA INFANTIL	Não se aplica	Consulta	R\$	123,04
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$	107,25
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$	107,25
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOCRINOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$	107,25
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$	92,63
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REUMATOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$	107,25
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$	107,25
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$	92,63
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OBSTRETA	Não se aplica	Consulta	R\$	107,25
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDIA	Não se aplica	Consulta	R\$	85,22
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OTORRINOLARINGOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$	107,25
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OFTALMOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$	81,90
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$	92,63
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GASTROENTEROLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$	107,25
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GERIATRIA	Não se aplica	Consulta	R\$	117,00
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MASTOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$	195,00
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SAÚDE DA FAMÍLIA PSF	Não se aplica	Mês	R\$	17.355,00
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA	Não se aplica	Mês/20HR	R\$	11.389,95
30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSIQUIATRA	Não se aplica	Mês/20HR	R\$	11.389,95
31	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROPEDIATRA	Não se aplica	Consulta	R\$	113,82
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROPEDIATRA	Não se aplica	Pacote de 15 consultas	R\$	2.845,20
33	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RADIOLOGISTA	Não se aplica	Hora	R\$	210,50
34		Plantão 6 Horas	Plantão	R\$	1.263,00
35	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TESTE ERGOMÉTRICO	Não se aplica	Procedimento	R\$	136,57
36	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HOLTER 24 HRS	Não se aplica	Procedimento	R\$	136,57
37	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAPA	Não se aplica	Procedimento	R\$	127,47
38	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - INFILTRAÇÃO	Não se aplica	Procedimento	R\$	160,00
39	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO PLÁSTICO	Não se aplica	Consulta	R\$	170,72
40	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA ABDOMEN TOTAL	Não se aplica	Procedimento	R\$	136,57
41	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA ABDOMEN SUPERIOR	Não se aplica	Procedimento	R\$	136,57
42	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICO	Não se aplica	Procedimento	R\$	113,81
43	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA ENDOVAGINAL	Não se aplica	Procedimento	R\$	106,98
44	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA FEMININA	Não se aplica	Procedimento	R\$	106,98
45	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA PRÓSTATA VIA ABDOMINAL	Não se aplica	Procedimento	R\$	113,81
46	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TRANSCÂNCIA NUCAL	Não se aplica	Procedimento	R\$	113,81
47	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA RINS E VIAS URINÁRIAS	Não se aplica	Procedimento	R\$	136,57

Tabela 30

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de NOVA SERRANA				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM COM EQUIPAMENTOS DO PROFISSIONAL	Não se aplica	Exame	R\$ 105,15
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN COM O APARELHO DO PROFISSIONAL	Não se aplica	Procedimento	R\$ 108,00

Tabela 31

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ONÇA DE PITANGUI				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Não se aplica	Hora	R\$ 95,75
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Não se aplica	Hora	R\$ 95,75
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA	Não se aplica	Hora	R\$ 95,75
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA	Não se aplica	Hora	R\$ 95,75
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CLÍNICA MÉDICA I	Não se aplica	Mês	R\$ 6.678,75
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CLÍNICA MÉDICA II	Não se aplica	Mês	R\$ 15.757,57
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PERITO DO TRABALHO	Não se aplica	20 Horas Mensais	R\$ 3.939,10

Tabela 32

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de OURO BRANCO				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Dias úteis	Plantão	R\$ 1.510,10
2		Finals de semana e Feriados	Plantão	R\$ 1.631,66
3		Semanais	Plantão	R\$ 1.770,00
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA	Finals de semana e Feriados	Plantão	R\$ 1.895,00
5		Não se aplica	Mês	R\$ 3.939,39
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - (COORDENADOR)	Não se aplica	Mês	R\$ 5.252,53
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - (MÉDICO HORIZONTAL)	Não se aplica	Mês	R\$ 10.505,05
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AMBULATORIAL	Não se aplica	Período de 5 horas	R\$ 755,05
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO	Não se aplica	20HR/Mês	R\$ 7.588,00

Tabela 33

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de OURO PRETO				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Dias úteis - diurno	12 horas	R\$ 1.577,40
2			Hora	R\$ 131,45
3		Dias úteis - noturno	12 horas	R\$ 1.641,80
4			Hora	R\$ 136,81
5		Final de Semana/Feriado - diurno	12 horas	R\$ 1.770,58
6			Hora	R\$ 147,55
7		Final de Semana/Feriado - noturno	12 horas	R\$ 1.834,96
8			Hora	R\$ 152,92
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA I	Não se aplica	Hora	R\$ 245,48
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA - HOSPITAL DE CAMPANHA	Dias úteis - diurno	12 horas	R\$ 1.700,14
11			12 horas	R\$ 1.783,86
12		Final de Semana/Feriado - diurno	12 horas	R\$ 1.951,27
13			12 horas	R\$ 2.034,96
14		Não se aplica	Mês	R\$ 12.187,50
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR TÉCNICO	Não se aplica	Mês	R\$ 16.096,03
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAMA	Não se aplica	Exame	R\$ 130,36

Tabela 34

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de PARÁ DE MINAS

Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Não se aplica	Plantão	R\$ 1.575,75
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HORIZONTAL	Não se aplica	06 HORAS	R\$ 787,87
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSQUIATRA	Não se aplica	Plantão	R\$ 1.313,13
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTOR (RESPONSÁVEL TÉCNICO - RAI0 X)	Não se aplica	Plantão	R\$ 1.313,13
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGISTA	Não se aplica	Plantão	R\$ 1.313,13
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGISTA/PRÉ NATAL DE ALTO RISCO	Não se aplica	Consulta	R\$ 65,66
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CLÍNICO GERAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	Não se aplica	Plantão	R\$ 1.313,13
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CLÍNICO GERAL	Não se aplica	Consulta	R\$ 32,83
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO	Não se aplica	Consulta	R\$ 94,94
10		Não se aplica	Plantão	R\$ 1.313,13
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 56,35
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSQUIATRA	Não se aplica	Consulta	R\$ 47,78
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 65,66
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 26,33
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ACUPUNTURISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 78,79
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OFTALMOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 46,80
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CIRURGIÃO GERAL	Não se aplica	Consulta	R\$ 52,52
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PROCTOLOGISTA/OTORRINOLARINGOLOGISTA/PNEUMOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 64,35
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REUMATOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 75,90
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 64,35
21		Não se aplica	Procedimento	R\$ 394,97
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OBSTETRA	Não se aplica	Consulta	R\$ 37,05
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOCRINOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 65,66
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 65,66
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 45,96
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 65,66
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEMATOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 94,95
28		Plantão	12 horas	R\$ 1.313,13
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 49,25
30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROCIRURGIÃO	Não se aplica	Consulta	R\$ 97,26
31	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GASTROENTEROLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 66,32
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROPEDIATRA	Não se aplica	Consulta	R\$ 94,94
33	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GENERALISTA	Não se aplica	Hora	R\$ 108,33
34	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RISCO CIRÚRGICO	Não se aplica	Consulta	R\$ 53,98
35	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGIA ESPIROMETRIA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 118,18
36	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGISTA - ESCLEROTERAPIA (MATERIAL DO PROFISSIONAL)	Não se aplica	Procedimento	R\$ 512,85
37	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGISTA - ECGARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 177,27
38	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGISTA - VASECTOMIA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 639,50
39	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGISTA - POSTECTOMIA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 637,52
40	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COLANGIOPANCREATOGRAFIA CPRE	Não se aplica	Procedimento	R\$ 6.695,99
41	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTA PRÉ-OPERATORIA, CIRURGIA DE HISTERECTOMIA E CONSULTA PÓS-OPERATÓRIA	Não se aplica	Pacote	R\$ 656,57
42	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTA PRÉ-OPERATORIA, CIRURGIA DE LAQUEADURA E CONSULTA PÓS-OPERATÓRIA	Não se aplica	Pacote	R\$ 656,57
43	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTA PRÉ-OPERATORIA, CIRURGIA DE CURETAGEM E CONSULTA PÓS-OPERATÓRIA	Não se aplica	Pacote	R\$ 656,57
44	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR CLÍNICO	Não se aplica	Mês	R\$ 3.939,39
45	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR TÉCNICO	Não se aplica	Mês	R\$ 15.000,00
46	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO	Não se aplica	Procedimento	R\$ 1.859,06
47	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OFTALMOLOGISTA (AVALIAÇÃO E TESTE ORTÓPTICO/PRÉ - OPERATÓRIO)	Não se aplica	Consulta	R\$ 180,32
48	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIA GLAUCOMA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 1.876,80
49	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OFTALMOLOGISTA (AVALIAÇÃO E RETINOGRAFIA/PRÉ - OPERATÓRIO VITRECTOMIA)	Não se aplica	Consulta	R\$ 187,38
50	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIA DE VITRECTOMIA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 4.215,15
51	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OFTALMOLOGISTA (AVALIAÇÃO E RETINOGRAFIA/PRÉ-OPERATÓRIO PTERÍGIO)	Não se aplica	Consulta	R\$ 195,97
52	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIA DE PTERÍGIO	Não se aplica	Procedimento	R\$ 887,40
53	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OFTALMOLOGISTA (CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIO DE ANEL INTRAESTROMAL)	Não se aplica	Consulta	R\$ 87,72
54	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - IMPLANTE DE ANEL INTRAESTROMAL	Não se aplica	Procedimento	R\$ 2.181,14
55	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OFTALMOLOGISTA (AVALIAÇÃO E TOMOGRAFIA DA CÔRNEA)	Não se aplica	Consulta	R\$ 283,76
56	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CATARATA (QUANTIDADE 1)	Não se aplica	Consulta	R\$ 257,17
57	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIOMETRIA ULTRASSÔNICA MONOCULAR (ECO A) (R\$ 24,24 QUANTIDADE 2)			
58	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)			
59	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)			
60	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	Não se aplica	Procedimento	R\$ 1.670,84
61	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FONOEMLUSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL			
62	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ULTRASSONOGRAFIA			
63	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS			
64	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	Não se aplica	Procedimento	R\$ 50,00
65	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	Não se aplica	Procedimento	R\$ 40,00
66	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	Não se aplica	Procedimento	R\$ 70,00
67	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	Não se aplica	Procedimento	R\$ 55,00
68	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UNILATERAL)	Não se aplica	Procedimento	R\$ 60,00
69	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA BOLSA ESCROTAL (BILATERAL)	Não se aplica	Procedimento	R\$ 40,00
70	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	Não se aplica	Procedimento	R\$ 70,00
71	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) (PÉLVICA MASCULINA)	Não se aplica	Procedimento	R\$ 50,00
72	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)	Não se aplica	Procedimento	R\$ 34,00
73	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE	Não se aplica	Procedimento	R\$ 50,00
74	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL OU VIA TRANSVAGINAL)	Não se aplica	Procedimento	R\$ 50,00
75	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO	Não se aplica	Procedimento	R\$ 74,80
76	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA) (PÉLVICA FEMININA)	Não se aplica	Procedimento	R\$ 50,00
77	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 50,00
78	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)	Não se aplica	Procedimento	R\$ 60,00
79	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	Não se aplica	Procedimento	R\$ 50,00
80	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL	Não se aplica	Procedimento	R\$ 72,00
81	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 218,35
82	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE + DOPPLER	Não se aplica	Procedimento	R\$ 143,35
83	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL) + DOPPLER	Não se aplica	Procedimento	R\$ 143,35
84	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 80,00

Tabela 35

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de PASSA TEMPO

Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA	Não se aplica	Consulta	R\$ 68,32
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSQUIATRA	Não se aplica	Consulta	R\$ 120,00
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 120,00

Tabela 36

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de PEDRO LEOPOLDO				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICA MÉDICA/PEDIATRIA/ORTOPEDIA/CIRURGIA GERAL/RADIOLOGIA/ANESTESIOLOGIA¹	Dias úteis diurno/ noturno	Hora	R\$ 128,33
2			Plantão 6h	R\$ 770,00
3			Plantão 8h	R\$ 1.026,67
4			Plantão 12h	R\$ 1.540,00
5		Finais de Semana e Feriados diurno/noturno	Hora	R\$ 134,17
6			Plantão 6h	R\$ 805,00
7			Plantão 8h	R\$ 1.073,33
8			Plantão 12h	R\$ 1.610,00
9		Feriados Especiais diurno/noturno	Hora	R\$ 193,33
10			Plantão 6h	R\$ 1.160,00
11			Plantão 8h	R\$ 1.546,67
12			Plantão 12h	R\$ 2.320,00
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR TÉCNICO	Não se Aplica	Mês	R\$ 6.696,97
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MÉDICO HORIZONTAL	Não se Aplica	Mês	R\$ 13.131,31
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSQUIATRA E PSQUIATRA INFANTIL	Dias úteis diurno	Hora	R\$ 128,95
16			Plantão 6h	R\$ 773,72
17			Plantão 8h	R\$ 1.031,64
18			Plantão 10h	R\$ 1.289,54
19			Plantão 12h	R\$ 1.547,44
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGIA/ENDOCRINOLOGIA/ NEUROLOGIA/ORTOPEDIA /PNEUMOLOGIA/UROLOGIA/PROCTOLOGIA/NEFROLOGIA/OFTALMOLOGIA/CIRURGIA GERAL/CLÍNICA MÉDICA/GERIATRIA/OTORRINOLARINGOLOGIA/GINECOLOGISTA/MASTOLOGISTA/ANGIOLOGISTA/INFECTOLOGISTA/ ULTRASSONOGRAFISTA/PSQUIATRIA/DERMATOLOGIA/REUMATOLOGIA/GASTROENTEROLOGIA/HEMATOLOGIA.	Dias úteis diurno	Hora	R\$ 196,97
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MÉDICO REGULADOR	Não se Aplica	Hora	R\$ 107,46
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGIA/ORTOPEDIA/OFTALMOLOGIA/CIRURGIA GERAL/CLÍNICA MÉDICA.	Dias úteis diurno	Consulta	R\$ 65,66

Tabela 37

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de PIEDADE GERAIS				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Não se aplica	Hora	R\$ 79,87
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Não se aplica	Hora	R\$ 120,37
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DATAS EXCEPCIONAIS (FESTIVIDADES, GRANDES FERIADOS, ENTRE OUTROS)	Não se aplica	Hora	R\$ 159,76
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PSQUIATRA	Não se aplica	Consulta	R\$ 39,00
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 39,00
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - UROLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 39,00

Tabela 38

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de PIRACEMA				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Não se aplica	Hora	R\$ 117,81
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Não se aplica	Hora	R\$ 117,81
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA	Não se aplica	Hora	R\$ 117,81
4		Não se aplica	Consulta	R\$ 85,35
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA	Não se aplica	Hora	R\$ 117,81
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Não se aplica	Mês	R\$ 17.069,98
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FERIADOS ESPECIAIS	Feriados Especiais	Plantão	R\$ 1.950,00
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO GERAL	Não se aplica	Consulta	R\$ 136,57
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO GERAL/PEQUENAS CIRURGIAS	Não se aplica	Procedimento	R\$ 204,86

Tabela 39

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de PITANGUI				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Não se aplica	Hora	R\$ 110,64
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA	Não se aplica	Hora	R\$ 109,42
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEMATOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 117,00
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GASTROENTEROLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 117,00
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGISTA (AVALIAÇÃO DE MARCAPASSO)	Não se aplica	Consulta	R\$ 115,65

Tabela 40

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de RAPOSOS				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Não se aplica	Plantão	R\$ 1.385,00
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 69,25
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 69,25
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 69,25
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 69,25
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OTORRINOLARINGOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 69,25
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GERIATRA	Não se aplica	Consulta	R\$ 69,25
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSQUIATRA	Não se aplica	Consulta	R\$ 69,25
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA	Não se aplica	Consulta	R\$ 69,25
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGISTA/OBSTETRÍCIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 69,25
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGISTA ADULTO	Não se aplica	Consulta	R\$ 69,25
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGISTA INFANTIL	Não se aplica	Consulta	R\$ 69,25
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOCRINOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 69,25
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OFTALMOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 69,25
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 69,25
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 69,25
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MÉDICO DA FAMÍLIA	Não se aplica	Mês	R\$ 17.355,00
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA (RT)	Não se aplica	Mês	R\$ 13.850,00

Tabela 41

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de RIO ACIMA				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GERIATRIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 78,78
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 78,78
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGISTA ADULTO	Não se aplica	Consulta	R\$ 78,78
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OTORRINOLARINGOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 78,78
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 105,30
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 61,05
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGIA INFANTIL	Não se aplica	Consulta	R\$ 78,78
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 105,30
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 105,30

10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOCRINOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$	126,75
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GASTROENTEROLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$	117,00
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$	126,75
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$	117,00
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REUMATOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$	126,75
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PROCTOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$	126,75
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA	Não se aplica	Consulta	R\$	78,79
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO GERAL	Não se aplica	Consulta	R\$	87,75
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEMATOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$	128,70
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA (ENDOVAGINAL, OBSTÉTRICO SIMPLES, ABDOMINAL TOTAL E PAREDE ABDOMINAL, BOLSA ESCROTAL, ARTICULAÇÃO, PARTES MOLES, RINS E VIAS URINÁRIAS, TIREÓIDE, CERVICAL, MAMAS, AXILAS, PRÓSTATA TRANSRETAL E ABDOMINAL, REGIÃO INGUINAL)	Não se aplica	PROCEDIMENTO	R\$	79,58
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA (ENDOVAGINAL, OBSTÉTRICO SIMPLES, ABDOMINAL TOTAL E PAREDE ABDOMINAL, BOLSA ESCROTAL, ARTICULAÇÃO, PARTES MOLES, RINS E VIAS URINÁRIAS, TIREÓIDE, CERVICAL, MAMAS, AXILAS, PRÓSTATA TRANSRETAL E ABDOMINAL, REGIÃO INGUINAL) COM EQUIPAMENTO DO PROFISSIONAL	Não se aplica	PROCEDIMENTO	R\$	106,00
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL - MÉDICO REGULADOR	Não se aplica	Mês	R\$	6.828,50
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL - PLANTONISTA	Plantão Semanal	Plantão	R\$	1.524,21
23		Plantão Final de Semana		R\$	1.657,84

Tabela 42

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de RIO MANSO				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Dias Normais	12 horas	R\$ 1.218,75
2		Datas Excepcionais	12 horas	R\$ 1.852,50
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Não se aplica	12 horas	R\$ 975,00
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA	Não se aplica	12 horas	R\$ 1.654,55
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA	Não se aplica	Hora	R\$ 129,68
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDIA	Não se aplica	Hora	R\$ 156,98
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA	Não se aplica	Hora	R\$ 117,98
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGIA	Não se aplica	Hora	R\$ 117,98
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA	Não se aplica	Hora	R\$ 117,98
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGIA	Não se aplica	Hora	R\$ 117,98
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGIA	Não se aplica	Hora	R\$ 117,98
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA	Não se aplica	Hora	R\$ 66,30
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA	Não se aplica	12 horas	R\$ 1.218,75
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO GERAL	Não se aplica	Hora	R\$ 56,55
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSQUIATRA	Não se aplica	Hora	R\$ 117,98
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO COMO MÉDICO PSF	Não se aplica	Mês	R\$ 14.000,00

Tabela 43

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de SÃO GONÇALO DO PARÁ				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Diurno	12 horas	R\$ 1.721,02
2		Noturno	12 horas	R\$ 2.126,00
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 78,79
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 78,79
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSQUIATRA	Não se aplica	Consulta	R\$ 78,79
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO GERAL	Não se aplica	Consulta	R\$ 78,79

Tabela 44

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de SÃO GONÇALO DO RIO ABAIXO				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 113,81

Tabela 45

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de SÃO JOAQUIM DE BICAS				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Dias úteis diurno	12 horas	R\$ 1.378,79
2		Dias úteis noturno	12 horas	R\$ 1.510,10
3		Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 1.510,10
4		Feriados Especiais	Hora	R\$ 196,95
5		Feriados Especiais	12 horas	R\$ 2.363,45
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DESLOCAMENTO DE PACIENTES PARA OUTRAS UNIDADES	Não se aplica	Hora	R\$ 105,05
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA I	Não se aplica	Hora	R\$ 131,31
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA II	Não se aplica	Hora	R\$ 262,63
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA III	Não se aplica	Hora	R\$ 361,11
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA IV	Não se aplica	Hora	R\$ 328,28
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA (REGULAÇÃO MÉDICA TFD)	Não se aplica	Hora	R\$ 131,31
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA (COORDENAÇÃO DE GINECOLOGIA)	Não se aplica	Hora	R\$ 131,31
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA (URGÊNCIA E EMERGÊNCIA)	Não se aplica	Hora	R\$ 262,63
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SAÚDE DA FAMÍLIA/PSF	Não se aplica	Mês	R\$ 17.725,84

Tabela 46

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de SÃO SEBASTIÃO DO OESTE				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Diurno	12 horas	R\$ 1.969,70
2		Noturno	12 horas	R\$ 1.969,70
3		Feriados Especiais diurno	12 horas	R\$ 2.068,18
4		Feriados Especiais noturno	12 horas	R\$ 2.166,66
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - (RESPONSÁVEL TÉCNICO)	Não se aplica	Hora	R\$ 196,97
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ULTRASSONOGRAFIA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 78,00
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CIRURGIÃO	Não se aplica	Consulta	R\$ 65,66
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - GINECOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 88,00
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 112,00
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PSQUIATRA	Não se aplica	Consulta	R\$ 83,00
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 75,00
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRA	Não se aplica	12 horas	R\$ 1.575,76
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - REGULADOR	Não se aplica	Guia auditada	R\$ 21,01
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CLÍNICA MÉDICA	Não se aplica	Mês	R\$ 20.000,00

Tabela 47

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de SARZEDO				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTOR	Não se aplica	Hora	R\$ 188,50
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA I (ORTOPEDISTA, ANGIOLOGISTA, CIRURGIA GERAL, GINECOLOGISTA/OBSTRETRÍCIA, UROLOGISTA, ENDOCRINOLOGISTA, DERMATOLOGISTA E PEDIATRA)	Não se aplica	Consulta	R\$ 65,66

3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA II (NEUROLOGISTA, GINECOLOGISTA/PROCEDÊNCIA DO COLO, OTORRINOLARINGOLOGISTA, ACUPUNTURISTA, PSIQUIATRA, CARDIOLOGISTA)	Não se aplica	Consulta	R\$	78,79
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA III (NEUROCIRURGIÃO, GASTROENTEROLOGISTA, MASTOLOGISTA, OFTALMOLOGISTA, PNEUMOLOGISTA)	Não se aplica	Consulta	R\$	118,18
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA IV (NEFROLOGISTA E REUMATOLOGISTA)	Não se aplica	Consulta	R\$	148,00
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Não se aplica	Plantão	R\$	1.313,13
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (UPA 24HR)	Plantão	12 horas	R\$	1.969,54
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - (REGULADOR E RISCO CIRÚRGICO)	Não se aplica	Mês	R\$	5.252,53
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - (MÉDICA DO TRABALHO)	Não se aplica	04 Horas	R\$	787,82
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - (PLANTONISTA HORIZONTAL)	Não se aplica	06 Horas	R\$	656,57
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (UPA 24 HORAS)	Não se aplica	Plantão	R\$	1.642,07
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARA REALIZAÇÃO DE PEQUENAS CIRURGIAS	Não se aplica	04 Horas	R\$	1.050,50
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARA PROCEDIMENTO DE VASECTOMIA	Não se aplica	Procedimento	R\$	402,43
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARA PROCEDIMENTO DE POSTECTOMIA	Não se aplica	Procedimento	R\$	287,73
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARA PROCEDIMENTO DE ESCLEROTERAPIA	Não se aplica	Procedimento	R\$	525,25
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO GERAL	Não se aplica	Hora	R\$	131,31
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGIA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA	Não se aplica	4 Horas	R\$	1.077,44
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOSCOPIA DISGESTIVA ALTA COM INSUMOS E EQUIPAMENTO	Não se aplica	Procedimento	R\$	180,00
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN VENOSO MEMBROS INFERIORES C/ EQUIPAMENTO	Não se aplica	Procedimento	R\$	130,00
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN VENOSO MEMBROS SUPERIORES C/ EQUIPAMENTO	Não se aplica	Procedimento	R\$	130,00
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN ARTERIAL MEMBROS INFERIORES C/ EQUIPAMENTO	Não se aplica	Procedimento	R\$	130,00
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN ARTERIAL MEMBROS SUPERIORES C/ EQUIPAMENTO	Não se aplica	Procedimento	R\$	130,00
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN DE ÁRTERIAS CARÓTIDAS C/ EQUIPAMENTO	Não se aplica	Procedimento	R\$	98,00
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON TRANSVAGINAL COM DOPPLER	Não se aplica	Procedimento	R\$	143,36
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON PARTES MOLES COM DOPPLER	Não se aplica	Procedimento	R\$	143,36
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON TESTÍCULOS COM DOPPLER	Não se aplica	Procedimento	R\$	143,36
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON TIRÓIDE COM DOPPLER	Não se aplica	Procedimento	R\$	143,36
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON CERVICAL COM DOPPLER	Não se aplica	Procedimento	R\$	143,36
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON PAREDE ABDOMINAL COM DOPPLER	Não se aplica	Procedimento	R\$	143,36
30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON REGIÃO INGUINAL COM DOPPLER	Não se aplica	Procedimento	R\$	143,36
31	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON MORFOLÓGICO GESTACIONAL	Não se aplica	Procedimento	R\$	218,35
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON OBSTÉTRICO COM DOPPLER	Não se aplica	Procedimento	R\$	50,00
33	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON OBSTÉTRICO PBF (PERFIL BIOFÍSIO FETAL)	Não se aplica	Procedimento	R\$	50,00
34	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFISTA	Não se aplica	Procedimento	R\$	65,66

Atualização na Tabela de Serviços e Procedimentos em Saúde da ICISMEP, realizada em janeiro de 2023, com publicação em janeiro de 2023, para vigência a partir da competência de janeiro de 2023.

TABELA DE GERENCIAMENTO DE UNIDADES OU SERVIÇOS DE SAÚDE

UNIDADES E SERVIÇOS NO MUNICÍPIO DE PARÁ DE MINAS			
GERENCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE ANÁLISES CLÍNICAS			
LABORATÓRIO			
PROCEDIMENTOS SUS			
CODIGO	PROCEDIMENTO	VALOR ICISMEP	
02.02.01.001-5	CLEARANCE OSMOLAR	R\$	3,51
02.02.01.002-3	DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	R\$	2,01
02.02.01.003-1	DETERMINAÇÃO DE CROMATOGRÁFIA DE AMINOÁCIDOS	R\$	15,65
02.02.01.004-0	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (2 DOSAGENS)	R\$	3,63
02.02.01.005-8	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	R\$	6,55
02.02.01.006-6	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	R\$	3,68
02.02.01.007-4	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (5 DOSAGENS)	R\$	10,00
02.02.01.008-2	DETERMINAÇÃO DE OSMOLARIDADE	R\$	3,51
02.02.01.009-0	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	R\$	3,51
02.02.01.010-4	DOSAGEM DE ACETONA	R\$	1,85
02.02.01.011-2	DOSAGEM DE ÁCIDO ASCORBICO	R\$	2,01
02.02.01.012-0	DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO	R\$	1,85
02.02.01.013-9	DOSAGEM DE ÁCIDO VANILMANDELICO	R\$	9,00
02.02.01.014-7	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$	3,68
02.02.01.015-5	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R\$	3,68
02.02.01.016-3	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEÍNA ÁCIDA	R\$	3,68
02.02.01.017-1	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	R\$	3,68
02.02.01.018-0	DOSAGEM DE AMILASE	R\$	2,25
02.02.01.019-8	DOSAGEM DE AMONIA	R\$	3,51
02.02.01.020-1	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACÕES	R\$	2,01
02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CÁLCIO	R\$	1,85
02.02.01.022-8	DOSAGEM DE CÁLCIO IONIZÁVEL	R\$	3,51
02.02.01.023-6	DOSAGEM DE CAROTENO	R\$	2,01
02.02.01.025-2	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R\$	3,68
02.02.01.026-0	DOSAGEM DE CLORETO	R\$	1,85
02.02.01.027-9	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$	3,51
02.02.01.028-7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$	3,51
02.02.01.029-5	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$	1,85
02.02.01.030-9	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$	3,68
02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA	R\$	1,85
02.02.01.032-5	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$	3,68
02.02.01.033-3	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$	4,12
02.02.01.034-1	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	R\$	3,51
02.02.01.035-0	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	R\$	3,51
02.02.01.036-8	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	R\$	3,68
02.02.01.037-6	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R\$	3,68
02.02.01.038-4	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$	15,59
02.02.01.039-2	DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	R\$	3,51
02.02.01.040-6	DOSAGEM DE FOLATO	R\$	15,65
02.02.01.041-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA TOTAL	R\$	2,01
02.02.01.042-2	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$	2,01
02.02.01.043-0	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$	1,85
02.02.01.044-9	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ÁCIDA	R\$	2,01
02.02.01.045-7	DOSAGEM DE GALACTOSE	R\$	3,51
02.02.01.046-5	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$	3,51
02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$	1,85
02.02.01.048-1	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R\$	3,68
02.02.01.049-0	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R\$	3,68
02.02.01.050-3	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$	7,86
02.02.01.051-1	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R\$	3,68
02.02.01.052-0	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	R\$	3,51
02.02.01.053-8	DOSAGEM DE LACTATO	R\$	3,68
02.02.01.054-6	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	R\$	3,51
02.02.01.055-4	DOSAGEM DE LIPASE	R\$	2,25
02.02.01.056-2	DOSAGEM DE MAGNÉSIO	R\$	2,01
02.02.01.057-0	DOSAGEM DE MUCOPROTEÍNAS	R\$	2,01

02.02.01.058-9	DOSAGEM DE PIRUVATO	R\$	3,68
02.02.01.059-7	DOSAGEM DE PORFIRINAS	R\$	3,51
02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$	1,85
02.02.01.061-9	DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS	R\$	1,40
02.02.01.062-7	DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRACOES	R\$	1,85
02.02.01.063-5	DOSAGEM DE SODIO	R\$	1,85
02.02.01.064-3	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$	2,01
02.02.01.065-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$	2,01
02.02.01.066-0	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$	4,12
02.02.01.067-8	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$	3,51
02.02.01.068-6	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	R\$	3,51
02.02.01.069-4	DOSAGEM DE UREIA	R\$	1,85
02.02.01.070-8	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$	15,24
02.02.01.071-6	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$	3,68
02.02.01.072-4	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$	4,42
02.02.01.073-2	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2)	R\$	15,65
02.02.01.074-0	PROVA DA D-XILOSE	R\$	3,68
02.02.01.075-9	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	R\$	6,55
02.02.01.076-7	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$	15,24
02.02.01.077-5	DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO	R\$	1,53
02.02.01.078-3	ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)	R\$	3,04
02.02.01.079-1	DOSAGEM DE PEPTÍDEOS NATRIURÉTICOS TIPO B (BNP E NT-PROBNP)	R\$	27,00
02.02.02.001-0	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	R\$	6,48
02.02.02.002-9	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$	2,73
02.02.02.003-7	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$	2,73
02.02.02.004-5	DETERMINAÇÃO DE CURVA DE RESISTÊNCIA GLOBULAR	R\$	2,73
02.02.02.005-3	DETERMINAÇÃO DE ENZIMAS ERITROCITÁRIAS (CADA)	R\$	2,73
02.02.02.006-1	DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R\$	2,73
02.02.02.007-0	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	R\$	2,73
02.02.02.008-8	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R\$	2,73
02.02.02.009-6	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R\$	2,73
02.02.02.010-0	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R\$	9,00
02.02.02.011-8	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	R\$	5,79
02.02.02.012-6	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$	2,85
02.02.02.013-4	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$	5,77
02.02.02.014-2	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$	2,73
02.02.02.015-0	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	R\$	2,73
02.02.02.016-9	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$	4,11
02.02.02.017-7	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$	6,48
02.02.02.018-5	DOSAGEM DE FATOR II	R\$	5,31
02.02.02.019-3	DOSAGEM DE FATOR IX	R\$	7,61
02.02.02.020-7	DOSAGEM DE FATOR V LEIDEN	R\$	4,73
02.02.02.021-5	DOSAGEM DE FATOR VII	R\$	8,09
02.02.02.022-3	DOSAGEM DE FATOR VIII	R\$	6,63
02.02.02.023-1	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	R\$	15,00
02.02.02.024-0	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	R\$	18,91
02.02.02.025-8	DOSAGEM DE FATOR X	R\$	6,66
02.02.02.027-4	DOSAGEM DE FATOR XII	R\$	10,51
02.02.02.028-2	DOSAGEM DE FATOR XIII	R\$	6,66
02.02.02.029-0	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R\$	4,60
02.02.02.030-4	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$	1,53
02.02.02.031-2	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 370C	R\$	2,73
02.02.02.032-0	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R\$	2,73
02.02.02.033-9	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R\$	2,73
02.02.02.034-7	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R\$	4,11
02.02.02.035-5	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$	5,41
02.02.02.036-3	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$	2,73
02.02.02.037-1	HEMATOCRITO	R\$	1,53
02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$	4,11
02.02.02.039-8	LEUCOGRAMA	R\$	2,73
02.02.02.040-1	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	R\$	25,00
02.02.02.041-0	PESQUISA DE CELULAS LE	R\$	4,11
02.02.02.042-8	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	R\$	2,73
02.02.02.043-6	PESQUISA DE FILARIA	R\$	2,73
02.02.02.044-4	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$	2,73
02.02.02.046-0	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R\$	2,73
02.02.02.048-7	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$	4,11
02.02.02.049-5	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R\$	2,73
02.02.02.050-9	PROVA DO LACO	R\$	2,73
02.02.02.051-7	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R\$	2,73
02.02.02.052-5	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	R\$	12,00
02.02.02.053-3	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	R\$	2,73
02.02.02.054-1	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$	2,73
02.02.02.055-0	DOSAGEM DE PROTEINA C FUNCIONAL	R\$	75,00
02.02.02.056-8	DOSAGEM DE PROTEINA S FUNCIONAL	R\$	125,00
02.02.02.057-6	PESQUISA DE ANTICOAGULANTE LUPICO	R\$	110,00
02.02.03.001-6	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R\$	15,00

02.02.03.002-4	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	R\$	15,00
02.02.03.003-2	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R\$	15,00
02.02.03.004-0	DETECÇÃO DE ÁCIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$	65,00
02.02.03.005-9	DETECÇÃO DE RNA DO VÍRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R\$	96,00
02.02.03.006-7	DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$	9,25
02.02.03.007-5	DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE	R\$	2,83
02.02.03.008-3	DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA	R\$	9,25
02.02.03.009-1	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEÍNA	R\$	15,06
02.02.03.010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$	16,42
02.02.03.011-3	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$	13,55
02.02.03.012-1	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$	17,16
02.02.03.013-0	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$	17,16
02.02.03.014-8	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	R\$	2,83
02.02.03.015-6	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$	17,16
02.02.03.016-4	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$	9,25
02.02.03.018-0	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$	17,16
02.02.03.019-9	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	R\$	9,25
02.02.03.020-2	DOSAGEM DE PROTEÍNA C REATIVA	R\$	2,83
02.02.03.021-0	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	R\$	298,48
02.02.03.023-7	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$	80,00
02.02.03.025-3	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R\$	10,00
02.02.03.026-1	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$	10,00
02.02.03.027-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$	8,67
02.02.03.028-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$	17,16
02.02.03.029-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$	85,00
02.02.03.030-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$	10,00
02.02.03.031-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 HTLV-2	R\$	18,55
02.02.03.032-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEÍNA (RNP)	R\$	17,16
02.02.03.033-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$	5,74
02.02.03.034-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$	17,16
02.02.03.035-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$	18,55
02.02.03.036-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$	18,55
02.02.03.037-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R\$	9,25
02.02.03.038-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R\$	10,00
02.02.03.039-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$	9,25
02.02.03.040-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R\$	3,70
02.02.03.041-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R\$	5,83
02.02.03.042-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	R\$	10,00
02.02.03.043-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	R\$	17,16
02.02.03.044-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	R\$	9,25
02.02.03.045-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R\$	10,00
02.02.03.046-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	R\$	9,70
02.02.03.047-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTISTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$	2,83
02.02.03.048-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	R\$	10,00
02.02.03.050-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	R\$	10,00
02.02.03.051-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	R\$	10,00
02.02.03.052-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	R\$	17,16
02.02.03.053-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R\$	4,10
02.02.03.054-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	R\$	5,50
02.02.03.055-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$	17,16
02.02.03.056-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R\$	17,16
02.02.03.057-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R\$	17,16
02.02.03.058-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R\$	17,16
02.02.03.059-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINÚCLEO (FAN)	R\$	17,16
02.02.03.060-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	R\$	17,16
02.02.03.061-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	R\$	10,00
02.02.03.062-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$	17,16
02.02.03.063-6	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$	18,55
02.02.03.064-4	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO E DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$	18,55
02.02.03.065-2	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R\$	7,78
02.02.03.066-0	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	R\$	9,71
02.02.03.067-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$	18,55
02.02.03.068-7	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	R\$	18,55
02.02.03.069-5	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R\$	9,25
02.02.03.070-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCIDIOIDES BRASILIENSIS	R\$	4,10
02.02.03.071-7	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCIAL RESPIRATORIO	R\$	18,55
02.02.03.072-5	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R\$	17,16
02.02.03.073-3	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$	2,83
02.02.03.074-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$	11,00
02.02.03.075-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R\$	9,25
02.02.03.076-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$	16,97
02.02.03.077-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$	9,25
02.02.03.078-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R\$	18,55
02.02.03.079-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS	R\$	30,00
02.02.03.080-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$	18,55
02.02.03.081-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$	17,16

02.02.03.082-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$	17,16
02.02.03.083-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$	17,16
02.02.03.084-9	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS	R\$	17,16
02.02.03.085-7	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$	11,61
02.02.03.086-5	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R\$	10,00
02.02.03.087-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$	18,55
02.02.03.088-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$	9,25
02.02.03.089-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	R\$	18,55
02.02.03.090-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS	R\$	20,00
02.02.03.091-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV- IGM)	R\$	18,55
02.02.03.092-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$	17,16
02.02.03.093-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$	17,16
02.02.03.094-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$	17,16
02.02.03.095-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS	R\$	17,16
02.02.03.096-2	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$	13,35
02.02.03.097-0	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$	18,55
02.02.03.098-9	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$	18,55
02.02.03.099-7	DETECÇÃO DE CLAMÍDIA E GONOCOCO POR BIOLOGIA MOLECULAR	R\$	60,00
02.02.03.100-4	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R\$	2,83
02.02.03.101-2	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALEER-ROSE)	R\$	4,10
02.02.03.102-0	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	R\$	10,00
02.02.03.103-9	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	R\$	9,25
02.02.03.104-7	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$	10,00
02.02.03.105-5	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	R\$	1,77
02.02.03.106-3	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	R\$	1,77
02.02.03.107-1	QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO HIV-1	R\$	18,00
02.02.03.108-0	QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	R\$	168,48
02.02.03.109-8	TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS	R\$	4,10
02.02.03.110-1	REAÇÃO DE MONTENEGRO ID	R\$	2,83
02.02.03.111-0	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS VDRL	R\$	2,83
02.02.03.112-8	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SÍFILIS	R\$	10,00
02.02.03.113-6	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SÍFILIS	R\$	10,00
02.02.03.114-4	TESTES ALERGICOS DE CONTATO	R\$	1,77
02.02.03.115-2	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	R\$	1,77
02.02.03.117-9	TESTE NÃO TREPONÉMICO P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTES (VDRL GESTANTE)	R\$	2,83
02.02.03.118-7	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA	R\$	18,55
02.02.03.119-5	DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	R\$	17,16
02.02.03.120-9	DOSAGEM DE TROPONINA	R\$	9,00
02.02.03.121-7	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	R\$	13,35
02.02.03.122-5	EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER I	R\$	80,00
02.02.03.123-3	EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER II	R\$	120,00
02.02.03.125-0	DETECÇÃO DE RNA DO HTLV-1	R\$	65,00
02.02.03.126-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 (WESTERN-BLOT)	R\$	85,00
02.02.03.127-6	DOSAGEM DE ADENOSINA-DESAMINASE (ADA)	R\$	13,06
02.02.03.128-4	ANTIBETA 2 GLICOPROTEINA I -IGG	R\$	125,00
02.02.03.129-2	DOSAGEM DE ANTI-BETA-2-GLICOPROTEÍNA I - IGM	R\$	125,00
02.02.03.130-6	DIAGNÓSTICO E REAVALIAÇÃO DE HEMOGLOBINÚRIA PAROXISTICA NOTURNA	R\$	80,00
02.02.04.001-1	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	R\$	1,65
02.02.04.002-0	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R\$	3,04
02.02.04.003-8	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	R\$	3,04
02.02.04.004-6	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	R\$	1,65
02.02.04.005-4	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	R\$	1,65
02.02.04.006-2	PESQUISA DE EOSINOFILOS	R\$	1,65
02.02.04.007-0	PESQUISA DE GORDURA FECAL	R\$	1,65
02.02.04.008-9	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R\$	1,65
02.02.04.009-7	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R\$	1,65
02.02.04.010-0	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R\$	1,65
02.02.04.011-9	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	R\$	1,65
02.02.04.012-7	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$	1,65
02.02.04.013-5	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R\$	10,25
02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$	1,65
02.02.04.015-1	PESQUISA DE SUBSTANCIAIS REDUTORAS NAS FEZES	R\$	1,65
02.02.04.016-0	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	R\$	1,65
02.02.04.017-8	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	R\$	1,65
02.02.05.001-7	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$	3,70
02.02.05.002-5	CLEARANCE DE CREATININA	R\$	3,51
02.02.05.003-3	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$	3,51
02.02.05.004-1	CLEARANCE DE UREIA	R\$	3,51
02.02.05.005-0	CONTAGEM DE ADDIS	R\$	2,04
02.02.05.006-8	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	R\$	3,70
02.02.05.007-6	IDENTIFICAÇÃO DE GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA)	R\$	3,70
02.02.05.008-4	DOSAGEM DE CITRATO	R\$	2,01
02.02.05.009-2	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$	8,12
02.02.05.010-6	DOSAGEM DE OXALATO	R\$	3,68
02.02.05.011-4	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$	2,04
02.02.05.012-2	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	R\$	3,04
02.02.05.013-0	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	R\$	3,70

02.02.05.014-9	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	R\$	3,70
02.02.05.015-7	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	R\$	2,04
02.02.05.016-5	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	R\$	3,70
02.02.05.017-3	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	R\$	2,04
02.02.05.018-1	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	R\$	2,40
02.02.05.019-0	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R\$	2,04
02.02.05.020-3	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	R\$	2,04
02.02.05.021-1	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	R\$	3,70
02.02.05.022-0	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R\$	2,04
02.02.05.023-8	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R\$	2,04
02.02.05.024-6	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	R\$	3,36
02.02.05.026-2	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R\$	2,04
02.02.05.027-0	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	R\$	2,04
02.02.05.028-9	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	R\$	3,70
02.02.05.029-7	PESQUISA DE PORFobilinogenio NA URINA	R\$	2,04
02.02.05.030-0	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R\$	4,44
02.02.05.031-9	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R\$	2,04
02.02.05.032-7	PROVA DE DILUICAO (URINA)	R\$	2,04
02.02.06.001-2	DETERMINAÇÃO DE ÍNDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$	12,54
02.02.06.002-0	DETERMINAÇÃO DE RETENÇÃO DE T3	R\$	12,54
02.02.06.003-9	DETERMINAÇÃO DE T3 REVERSO	R\$	14,69
02.02.06.004-7	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIprogesterona	R\$	10,20
02.02.06.005-5	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R\$	6,72
02.02.06.006-3	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	R\$	6,72
02.02.06.007-1	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	R\$	6,72
02.02.06.008-0	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$	14,12
02.02.06.009-8	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$	11,89
02.02.06.010-1	DOSAGEM DE AMP CICLICO	R\$	12,01
02.02.06.011-0	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$	11,53
02.02.06.012-8	DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$	14,38
02.02.06.013-6	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$	9,86
02.02.06.014-4	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$	11,25
02.02.06.015-2	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$	11,71
02.02.06.016-0	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$	10,15
02.02.06.017-9	DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$	11,55
02.02.06.018-7	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$	11,12
02.02.06.019-5	DOSAGEM DE GASTRINA	R\$	14,15
02.02.06.020-9	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R\$	15,35
02.02.06.021-7	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$	7,85
02.02.06.022-5	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$	10,21
02.02.06.023-3	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$	7,89
02.02.06.024-1	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$	8,97
02.02.06.025-0	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE TSH	R\$	8,96
02.02.06.026-8	DOSAGEM DE INSULINA	R\$	10,17
02.02.06.027-6	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$	43,13
02.02.06.028-4	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$	15,35
02.02.06.029-2	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$	10,22
02.02.06.030-6	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$	10,15
02.02.06.031-4	DOSAGEM DE RENINA	R\$	13,19
02.02.06.032-2	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$	15,35
02.02.06.033-0	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$	13,11
02.02.06.034-9	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$	10,43
02.02.06.035-7	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$	13,11
02.02.06.036-5	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$	15,35
02.02.06.037-3	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$	8,76
02.02.06.038-1	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$	11,60
02.02.06.039-0	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$	8,71
02.02.06.040-3	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	R\$	12,01
02.02.06.041-1	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	R\$	12,01
02.02.06.042-0	TESTE DE ESTIMULO COM GNRH OU COM AGONISTA GNRH	R\$	12,01
02.02.06.043-8	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R\$	12,01
02.02.06.044-6	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	R\$	12,01
02.02.06.045-4	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	R\$	12,01
02.02.06.046-2	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	R\$	8,43
02.02.06.047-0	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	R\$	12,15
02.02.07.001-8	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	R\$	2,06
02.02.07.002-6	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	R\$	2,23
02.02.07.003-4	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	R\$	3,68
02.02.07.004-2	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	R\$	2,04
02.02.07.005-0	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$	15,65
02.02.07.006-9	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R\$	3,51
02.02.07.007-7	DOSAGEM DE ALCOL ETILICO	R\$	2,01
02.02.07.008-5	DOSAGEM DE ALUMÍNIO	R\$	27,50
02.02.07.009-3	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	R\$	10,00
02.02.07.010-7	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R\$	10,00
02.02.07.011-5	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	R\$	10,00
02.02.07.012-3	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$	13,13

02.02.07.013-1	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	R\$	13,48
02.02.07.014-0	DOSAGEM DE CADMIO	R\$	6,55
02.02.07.015-8	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$	17,53
02.02.07.016-6	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	R\$	4,11
02.02.07.017-4	DOSAGEM DE CHUMBO	R\$	8,83
02.02.07.018-2	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$	58,61
02.02.07.019-0	DOSAGEM DE COBRE	R\$	3,51
02.02.07.020-4	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$	8,97
02.02.07.021-2	DOSAGEM DE ETOSUXIMIDA	R\$	15,65
02.02.07.022-0	DOSAGEM DE FENITOINA	R\$	35,22
02.02.07.023-9	DOSAGEM DE FENOL	R\$	2,05
02.02.07.024-7	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	R\$	3,51
02.02.07.025-5	DOSAGEM DE LITIO	R\$	2,25
02.02.07.026-3	DOSAGEM DE MERCURIO	R\$	2,04
02.02.07.027-1	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R\$	4,11
02.02.07.028-0	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	R\$	10,00
02.02.07.029-8	DOSAGEM DE METOTREXATO	R\$	10,00
02.02.07.030-1	DOSAGEM DE QUINIDINA	R\$	10,00
02.02.07.031-0	DOSAGEM DE SALICILATOS	R\$	2,01
02.02.07.032-8	DOSAGEM DE SULFATOS	R\$	3,51
02.02.07.033-6	DOSAGEM DE TEOFILINA	R\$	15,65
02.02.07.034-4	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R\$	3,68
02.02.07.035-2	DOSAGEM DE ZINCO	R\$	15,65
02.02.08.001-3	ANTIBIOGRAMA	R\$	4,98
02.02.08.002-1	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R\$	13,33
02.02.08.003-0	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	R\$	13,33
02.02.08.004-8	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$	4,20
02.02.08.005-6	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	R\$	4,20
02.02.08.006-4	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	R\$	4,20
02.02.08.007-2	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$	2,80
02.02.08.008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$	5,62
02.02.08.009-9	CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO)	R\$	5,62
02.02.08.010-2	CULTURA P/ HERPESVIRUS	R\$	4,33
02.02.08.011-0	CULTURA DE BARR	R\$	5,63
02.02.08.012-9	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$	10,25
02.02.08.013-7	CULTURA PARA FUNGOS	R\$	4,19
02.02.08.014-5	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$	2,80
02.02.08.015-3	HEMOCULTURA	R\$	11,49
02.02.08.016-1	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R\$	5,63
02.02.08.017-0	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R\$	4,33
02.02.08.018-8	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R\$	2,80
02.02.08.019-6	PESQUISA DE ESTREPTOCOCCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$	4,33
02.02.08.020-0	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R\$	2,80
02.02.08.021-8	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$	4,33
02.02.08.022-6	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R\$	2,80
02.02.08.023-4	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R\$	5,04
02.02.08.024-2	PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES	R\$	5,62
02.02.09.001-9	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVAL E DERRAMES	R\$	1,89
02.02.09.002-7	ADENOGRAMA	R\$	5,79
02.02.09.003-5	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	R\$	4,33
02.02.09.004-3	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	R\$	4,33
02.02.09.005-1	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$	1,89
02.02.09.006-0	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$	1,89
02.02.09.007-8	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$	6,56
02.02.09.008-6	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$	1,89
02.02.09.009-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	R\$	2,01
02.02.09.010-8	DOSAGEM DE FRUTOSE	R\$	2,01
02.02.09.011-6	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	R\$	2,01
02.02.09.012-4	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVAL E DERRAMES	R\$	1,89
02.02.09.013-2	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVAL E DERRAMES	R\$	1,89
02.02.09.015-9	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	R\$	5,23
02.02.09.016-7	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$	6,56
02.02.09.017-5	ESPLENOGRAMA	R\$	5,79
02.02.09.018-3	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	R\$	1,89
02.02.09.019-1	MIELOGRAMA	R\$	5,79
02.02.09.021-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R\$	9,70
02.02.09.022-1	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	R\$	2,01
02.02.09.023-0	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$	1,89
02.02.09.024-8	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	R\$	1,89
02.02.09.025-6	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	R\$	1,89
02.02.09.026-4	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APÓS VASECTOMIA)	R\$	4,80
02.02.09.027-2	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVAL E DERRAMES	R\$	1,89
02.02.09.028-0	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	R\$	9,70
02.02.09.029-9	PROVA DO LÁTEX P/ HAEMOPHILUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	R\$	1,89
02.02.09.030-2	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$	1,89
02.02.09.031-0	REACAO DE PANDY	R\$	1,89

02.02.09.032-9	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$	1,89
02.02.09.033-7	TESTE DE CLEMENTS	R\$	1,89
02.02.09.034-5	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	R\$	4,69
02.02.09.035-3	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	R\$	4,69
02.02.10.001-4	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$	180,00
02.02.10.002-2	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$	160,00
02.02.10.003-0	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$	160,00
02.02.10.004-9	QUANTIFICACAO/AMPLIFICACAO DO HER-2	R\$	120,00
02.02.10.021-9	DIAGNOSTICO DE LEUCEMIA CROMOSSOMA PHILADELPHIA POSITIVO POR TECNICA MOLECULAR	R\$	144,24
02.02.10.022-7	REAVALIACAO DIAGNOSTICA DE LEUCEMIA CROMOSSOMA PHILADELPHIA POSITIVO POR TECNICA MOLECULAR	R\$	168,48
02.02.10.023-5	PESQUISA DE MUTACAO DO GENE DA PROTROMBINA	R\$	180,00
02.02.11.001-0	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$	8,80
02.02.11.002-8	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	R\$	66,00
02.02.11.003-6	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	R\$	66,00
02.02.11.004-4	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$	5,50
02.02.11.005-2	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	R\$	12,10
02.02.11.006-0	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	R\$	20,90
02.02.11.007-9	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	R\$	5,50
02.02.11.008-7	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$	13,20
02.02.11.009-5	DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	R\$	8,00
02.02.11.010-9	DOSAGEM DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	R\$	5,50
02.02.11.011-7	DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO	R\$	137,00
02.02.11.012-5	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGENITA	R\$	66,00
02.02.11.013-3	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM DEFICIENCIA DE BIOTINIDASE	R\$	66,00
02.02.11.014-1	DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR	R\$	150,00
02.02.12.001-5	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	R\$	10,65
02.02.12.002-3	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$	1,37
02.02.12.003-1	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	R\$	10,65
02.02.12.004-0	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	R\$	10,65
02.02.12.005-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	R\$	5,79
02.02.12.006-6	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC	R\$	5,79
02.02.12.007-4	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	R\$	5,79
02.02.12.008-2	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$	1,37
02.02.12.009-0	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$	2,73
02.02.12.010-4	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	R\$	5,79
02.02.02.026-6	DOSAGEM DE FATOR XI	R\$	9,11
02.01.01.027-5	BIOPSIA DE MEDULA OSSEA	R\$	200,00
02.02.04.012-7	PARASITOLOGICO DE FEZES (MIF)	R\$	1,65
NÃO SUS	D-DIMERO	R\$	98,00
NÃO SUS	DOSAGEM DE ALBUMINA	R\$	5,00
NÃO SUS	SOROLOGIA PARA COVID-19 (ANTICORPOS IGA PARA SARS-COV-2)	R\$	60,00
NÃO SUS	SOROLOGIA PARA COVID-19 (ANTICORPOS IGM, IGG PARA SARS-COV-2)	R\$	80,00
NÃO SUS	PESQUISA DO ANTIGENO DE SARS-COV-2 (TESTE RÁPIDO COVID-19 AG)	R\$	265,00
NÃO SUS	RT-PCR PARA SARS-COV-2 EM SWAB COMBINADO DE NASOFARINGE	R\$	150,00
NÃO SUS	DETERMINAÇÃO QUALITATIVA DE TROPONINA I	R\$	42,00
NÃO SUS	TESTE RÁPIDO PARA DETERMINAÇÃO QUALITATIVA DE ANTIGENO NS1 PARA O VIRUS DA DENGUE	R\$	145,00
NÃO SUS	DENGUE IGG	R\$	20,00
NÃO SUS	DENGUE IGM	R\$	20,00
NÃO SUS	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS TIPO B	R\$	30,00
NÃO SUS	DOSAGEM DE PROTEINA LIGADORA IGF1 TIPO 3	R\$	45,03
NÃO SUS	ANTIGENO GIARDIA LAMBLIA	R\$	26,28
NÃO SUS	TESTE DE SOBRECARGA ORAL DE CALCIO (PROVA DE PAK)	R\$	24,21
NÃO SUS	DOSAGEM DE HOMOCISTEINA	R\$	58,91
NÃO SUS	DOSAGEM DE GLOBULINA LIGADORA DE HORMONIOS SEXUAIS (SHBG)	R\$	42,51
NÃO SUS	CURVA DE FRAGILIDADE OSMOTICA	R\$	11,94
NÃO SUS	CARIOTIPO BANDA G	R\$	168,42
NÃO SUS	CALPROTECTINA FECAL	R\$	156,84
NÃO SUS	BIOPSIA DE LINFONODOS	R\$	203,16
NÃO SUS	BIOPSIA DE LESAO	R\$	89,56
NÃO SUS	ANTICORPOS ANTI - IA2 (DIABETES MELLITUS) / ANTI TIROSINA FOSFATASE	R\$	159,00
NÃO SUS	ANTI GAD	R\$	112,40
NÃO SUS	ESPERMOGRAMA	R\$	15,28
NÃO SUS	PESQUISA DE MUTAÇÕES DE H63D e C282Y (HEMOCROMATOSE)	R\$	292,39
NÃO SUS	DETECCAO DA MUTACAO V617F NO GENE JAK2	R\$	331,71
NÃO SUS	PCR PARA GENE BCR-ABL	R\$	237,30
NÃO SUS	ANTINEUTROFILOS ANCA P	R\$	39,40
NÃO SUS	ANTINEUTROFILOS ANCA C	R\$	37,97
NÃO SUS	IGF BP3 PROTEINA LIGADORA DOS FATORES DE CRESCIMENTO INSULIN LIKE	R\$	57,78
NÃO SUS	ANTI ENDOMISIO IGA	R\$	49,23
NÃO SUS	ANTI ENDOMISIO IGG	R\$	49,23
NÃO SUS	TRAB - ANTICORPO ANTI	R\$	42,26
NÃO SUS	TESTE DE TOLERANCIA A LACTOSE	R\$	50,88
NÃO SUS	PESQUISA DE MUTACAO NO GENE DO FATOR V DE LEIDEN	R\$	210,89
NÃO SUS	DOSAGEM DE PROTEINA S LIVRE	R\$	130,58
NÃO SUS	GLICOSE PÓS DEXTROSOL	R\$	5,76

NÃO SUS	GLICOSE PÓS PRANDIAL	R\$	4,95
NÃO SUS	ÍNDICE DE SATURAÇÃO DE TRANSFERRINA (IST)	R\$	11,86
NÃO SUS	DOSAGEM DA ATIVIDADE DO FATOR X	R\$	6,73
NÃO SUS	PSA LIVRE	R\$	17,28
NÃO SUS	IGE ESPECÍFICA ASPERGILLUS FUMIGATUS (M3)	R\$	9,74
NÃO SUS	IMUNOFIXAÇÃO DE PROTEÍNAS SÉRICAS	R\$	9,74
NÃO SUS	MICOLÓGICO DIRETO PARA FUNGOS	R\$	5,74
NÃO SUS	CULTURA DE SECREÇÃO URETRAL	R\$	5,92
NÃO SUS	CROPOCULTURA	R\$	5,92
NÃO SUS	ESPERMOCULTURA	R\$	5,92

RECURSOS HUMANOS - LABORATÓRIO				
QUANT.	DESCRIÇÃO	CARGA HORÁRIA	SALÁRIO	VALOR TOTAL COM ENCARGOS SOCIAIS, TRABALHISTAS, BENEFÍCIOS E EPI
1	BIOQUÍMICO OU BIOMÉDICO	40H/SEM	R\$ 3.333,33	R\$ 5.280,04
1	BIOQUÍMICO OU BIOMÉDICO (FERISTA)	12X60	R\$ 3.000,00	R\$ 5.083,24
18	COLHEDOR - AUXILIAR DE LABORATÓRIO	30H/SEM	R\$ 1.023,02	R\$ 40.870,68
3	COLHEDOR - AUXILIAR DE LABORATÓRIO	40H/SEM	R\$ 1.364,02	R\$ 8.285,85
19	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	40H/SEM	R\$ 1.364,02	R\$ 42.692,85
2	TRIAGISTA - AUXILIAR DE LABORATÓRIO	40H/SEM	R\$ 1.364,02	R\$ 5.523,90
1	TRIAGISTA - AUXILIAR DE LABORATÓRIO	30H/SEM	R\$ 1.023,02	R\$ 2.270,59
1	TÉCNICO LABORATÓRIO	12X36	R\$ 1.462,02	R\$ 2.674,31
TOTAL				R\$ 112.681,46
SERVIÇO LOGÍSTICO				
FORNECIMENTO DE ATÉ 02 (DOIS) VEÍCULOS FIORINO, PARA REALIZAÇÃO DE ROTAS ENTRE AS UNIDADES PARA O RECOLHIMENTO DAS AMOSTRAS BIOLÓGICAS (INCLUSO: CAIXA TÉRMICA PARA TRANSPORTE, TERMÔMETROS, SEGURO, APLICATIVOS DE LOCALIZAÇÃO, HIGIENIZAÇÃO, MANUTENÇÃO E COMBUSTÍVEL)			R\$	6.687,17
DISPONIBILIDADE DE ATÉ 2 MOTORISTAS CONDUTORES (SALÁRIO, REPOSIÇÃO EM CASO DE AUSÊNCIAS, ENCARGOS TRABALHISTAS, BENEFÍCIOS, UNIFORME E EPI'S)			R\$	7.436,11
FORNECIMENTO DE ATÉ 3 PLANTÕES DE 12 HORAS DE MOTOBOY (MOTOCICLISTA, CONDUTOR E COMBUSTÍVEL) PARA COBERTURAS EMERGENCIAIS FORA DOS HORÁRIOS E/OU COMPLEMENTO DE ROTAS			R\$	1.206,66
TOTAL			R\$	15.329,94
DESPESA ADMINISTRATIVA			R\$	23.077,14

GERENCIAMENTO DE VEÍCULOS PARA ATUAÇÃO EM PROGRAMA DE INTENSIFICAÇÃO E RESPOSTAS À PANDEMIA DE COVID-19			
Serviço		Valor ICISMEP	
Gerenciamento de Veículo de Passeio – 5 lugares		R\$	2.057,53
Gerenciamento de Veículo de Passeio – 7 lugares		R\$	3.315,38
Km Excedente		R\$	0,68

UNIDADES E SERVIÇOS NO MUNICÍPIO DE BARÃO DE COCAIS		
Gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde desenvolvidas nas unidades de estratégia saúde da família – ESF's com equipes de saúde bucal – ESB e na unidade de 24 horas do distrito de Cocais no município de Barão de Cocais.		
UNIDADES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA		
Observação: esta tabela foi parametrizada de acordo com os valores apurados pelo município de Barão de Cocais através do Termo de Colaboração N°007/2020 formalizado junto ao Instituto Social Mais Saúde e também através do Termo de Referência para Formalização de Dispensa de Chamamento Público, considerando o Instituto Social Mais Saúde como contratado pelo município, tomando por referência o ano de 2020, por se tratar de amostra mais recente.		
RECURSOS HUMANOS		
Descrição	Valor Mensal	
Analista de Tecnologia da Informação	R\$	206.724,55
Auxiliar de Serviços Gerais		
Enfermeiro Ferista		
Enfermeiro Imunização e Epidemiologia		
Enfermeiro NEP		
Enfermeiro plantonista 12/36 - Diurno		
Enfermeiro plantonista 12/36 - Noturno		
Enfermeiro Referência Técnica		
Farmacêutico		
Gerente (coordenadores)		
Nutricionista		
Recepcionista		
Técnicos de Enfermagem plantonista 12/36 - Diurno		
Técnicos de Enfermagem plantonista 12/36 - Noturno		
Vigia (não armado)		
TOTAL	R\$	206.724,55

SERVIÇOS MÉDICOS		
Descrição	Valor Mensal	
Prestação de Serviços Médicos (prestação de serviços médicos não efetivos nas ESF's)	R\$	145.341,99
TOTAL	R\$	145.341,99
INSUMOS E MATERIAIS DE CONSUMO		
Descrição	Valor Mensal	
Estimativa de material de escritório	R\$	7.000,00
Estimativa de material de limpeza e higienização	R\$	10.000,00
Estimativa de material de odontológico	R\$	6.842,11
Estimativa de material gráfico	R\$	9.947,37
Estimativa de material médico	R\$	23.000,00
Estimativa de medicamentos de urgência e emergência	R\$	23.126,27
Estimativa Gás de Cozinha	R\$	473,68
Estimativa Gêneros Alimentícios (água mineral, açúcar e pó de café)	R\$	4.473,68
TOTAL	R\$	84.863,11
INSUMOS E MATERIAIS DE CONSUMO		
Descrição	Valor Mensal	
Despesas Administrativas	R\$	49.437,96
Estimativa de material e serviços de informática	R\$	2.500,00
Estimativa de Sistema de Informação	R\$	16.000,00
Manutenção de Ar- condicionado (incluindo a reposição de peças)	R\$	8.594,30
Manutenção de Equipamentos Médicos e odontológicos (incluindo o fornecimento de peças)	R\$	11.052,63
Manutenção Predial (incluindo fornecimento de materiais, limpeza de caixa d'água e dedetização das unidades)	R\$	28.947,37
Média gasto mensal - telefonia e internet	R\$	4.000,00
TOTAL	R\$	120.532,26

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS		
Gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde desenvolvidas no CEM - Centro de Especialidades Médicas de Barão de Cocais.		
Estimativa de Recursos Humanos		
Descrição	Quantidade	Valor Mensal
Auxiliar de Serviços Gerais	2	R\$ 99.596,27
Coordenador	1	
Coordenador Geral	1	
Enfermeiro RT	1	
Farmacêutico	1	
Fisioterapeutas	2	
Fonoaudiólogo	1	
Nutricionista	1	
Psicólogo Infanto juvenil (equipe apoio)	2	
Recepcionistas	3	
Técnico de faturamento	1	
Técnicos administrativos	2	
Técnicos de Enfermagem	1	
Vigia (não armado)	1	
Recursos Humanos		R\$ 99.596,27

Estimativa de Serviços Médicos		
ESPECIALISTAS	Carga Horária	Valor total mensal
ANGIOLOGISTA	20h	R\$ 143.721,35
CARDIOLOGISTA	20h	
CIRURGIÃO GERAL	20h	
DERMATOLOGISTA	20h	
ENDOCRINOLOGISTA	20h	
GASTROENTEROLOGISTA	20h	
GINECOLOGISTA OBSTÉTRICO/ CIRURGIA GINECOLÓGICA	20h	
MEDICO REGULADOR E DE APOIO A TELEMEDICINA	20h	
MEDICO COORDENADOR	20h	
NEUROLOGISTA	20h	
OFTALMOLOGISTA	20h	
PEDIATRA	20h	
PSIQUIATRA INFANTO JUVENIL	20h	
Serviços Médicos		R\$ 143.721,35

Estimativa de Insumos		
Descrição	Valor total mensal	
Estimativa de água mineral e gás de cozinha	R\$	1.200,00
Estimativa de descartáveis	R\$	1.016,00
Estimativa de material de escritório	R\$	2.000,00
Estimativa de material de limpeza e higienização	R\$	4.000,00
Estimativa de material gráfico	R\$	2.705,95

Estimativa de material médico	R\$	18.650,00
Estimativa de medicamentos	R\$	8.200,00
Estimativa gêneros alimentícios	R\$	1.500,00
Subtotal Insumos e Materiais de Consumo	R\$	39.271,95

Estimativa de Demais Serviços mensais		
Descrição	Valor total mensal	
Carro administrativo e combustível	R\$	6.290,00
Despesas administrativas	R\$	27.680,23
Estimativa de água e luz	R\$	2.250,00
Estimativa de Aluguel	R\$	8.500,00
Estimativa de manutenção predial, incluindo limpeza de caixa d'agua, pintura, acessórios, fechadura, entre outros.	R\$	3.000,00
Estimativa de Monitoramento	R\$	1.000,00
Estimativa de Sistema de informação/ computadores/ impressora/ internet/manutenção	R\$	16.000,00
Estimativa de telefonia	R\$	1.250,00
Manutenção preventiva e corretiva de equipamentos médicos	R\$	2.771,32
Serviço de Controle de pragas	R\$	565,03
Total Demais Serviços Mensais	R\$	69.306,58

ESTIMATIVA DE CUSTO DE IMPLANTAÇÃO				
Estimativa Aquisição de Bens Fixos				
Descrição	Local	Quant.	Valor Unit.	
Armário para	Arquivo	2	R\$	1.849,82
Micro-ondas	Cozinha	1	R\$	699,93
Mesas	Escritório (em L com duas gavetas)	13	R\$	7.045,35
Cadeira Empilhável	Consultório	29	R\$	3.480,00
Cadeira	Giratória	14	R\$	4.339,58
TOTAL DO CUSTO DE IMPLANTAÇÃO			R\$	17.414,68

UNIDADE MÓVEL DE MAMOGRAFIA		
UNIDADE MÓVEL DE MAMOGRAFIA	R\$	56.039,71
FILME PARA MAMOGRAFIA - CAIXA COM 100 PELÍCULAS	R\$	397,89

UNIDADES E SERVIÇOS NO MUNICÍPIO DE RIO ACIMA		
GERENCIAMENTO E OPERACIONALIZAÇÃO DE SERVICOS LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS NO MUNICÍPIO DE RIO ACIMA/MG		
ESTIMATIVA DESPESAS FIXAS MENSAIS		
Despesa Administrativa	R\$	1.411,35
Valor Total Fixo /Mês	R\$	1.411,35

CODIGO SUS	PROCEDIMENTO	VALOR	
02.02.01.062-7	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$	1,95
02.02.01.002-3	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$	2,11
02.02.01.011-2	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$	2,11
02.02.01.012-0	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$	1,95
02.02.01.013-9	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	R\$	9,45
02.02.01.014-7	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$	3,87
02.02.01.018-0	DOSAGEM DE AMILASE	R\$	2,37
02.02.01.020-1	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$	2,11
02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CALCIO	R\$	1,95
02.02.01.022-8	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$	3,69
02.02.01.024-4	CATECOLAMINAS URINA 24 HORAS	R\$	50,88
02.02.01.024-4	CATECOLAMINAS SANGUE	R\$	45,34
02.02.01.026-0	DOSAGEM DE CLORETO	R\$	1,95
02.02.01.027-9	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$	3,69
02.02.01.028-7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$	3,69
02.02.01.029-5	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$	1,95
02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA	R\$	1,95
02.02.01.032-5	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$	3,87
02.02.01.033-3	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$	4,33
02.02.01.036-8	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA LDH	R\$	3,87
02.02.01.038-4	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$	16,37
02.02.01.039-2	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$	3,69
02.02.01.040-6	DOSAGEM DE FOLATO	R\$	16,44
02.02.01.042-2	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$	2,11
02.02.01.043-0	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$	2,11
02.02.01.044-9	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	R\$	2,11
02.02.01.046-5	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$	3,69
02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$	1,95
02.02.01.050-3	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$	8,26

02.02.01.055-4	DOSAGEM DE LIPASE	R\$	2,37
02.02.01.056-2	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$	2,11
02.02.01.057-0	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R\$	2,11
02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$	1,95
02.02.01.063-5	DOSAGEM DE SODIO	R\$	1,95
02.02.01.064-3	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$	2,11
02.02.01.065-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$	2,11
02.02.01.066-0	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$	4,33
02.02.01.067-8	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$	3,69
02.02.01.069-4	DOSAGEM DE UREIA	R\$	1,95
02.02.01.070-8	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$	16,01
02.02.01.076-7	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$	16,01
02.02.02.002-9	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$	2,87
02.02.02.003-7	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$	2,87
02.02.02.013-4	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$	6,06
02.02.02.014-2	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$	2,87
02.02.02.015-0	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	R\$	2,87
02.02.02.017-7	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$	6,81
02.02.02.020-7	DOSAGEM DE FATOR V	R\$	4,97
02.02.02.035-5	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$	5,69
02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$	4,32
02.02.02.049-5	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R\$	2,87
02.02.12.009-0	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$	2,87
02.02.02.055-0	DOSAGEM DE PROTEINA C FUNCIONAL	R\$	82,13
02.02.02.056-8	DOSAGEM DE PROTEINA S FUNCIONAL	R\$	64,28
02.02.03.002-4	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	R\$	15,75
02.02.03.006-7	DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$	9,12
02.02.03.101-2	DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE	R\$	2,98
02.02.03.009-1	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$	15,82
02.02.03.010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$	17,25
02.02.03.012-1	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$	14,42
02.02.03.013-0	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$	14,42
02.02.03.015-6	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$	16,14
02.02.03.016-4	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$	9,72
02.02.03.017-2	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)	R\$	16,80
02.02.03.018-0	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$	15,40
02.02.03.020-2	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$	2,98
02.02.01.072-4	IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$	4,65
02.02.03.025-3	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R\$	10,50
02.02.03.026-1	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$	10,50
02.02.03.027-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$	9,11
02.02.03.029-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$	57,04
02.02.03.004-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 HIV-2 (ELISA)	R\$	10,50
02.02.03.032-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$	18,02
02.02.03.033-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$	6,03
02.02.03.034-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$	18,02
02.02.03.035-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$	19,48
02.02.03.036-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$	19,48
02.02.03.047-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$	2,98
02.02.03.055-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$	16,32
02.02.03.056-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R\$	18,02
02.02.03.059-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	R\$	18,02
02.02.03.063-6	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$	19,48
02.02.03.064-4	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$	19,48
02.02.03.067-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$	19,48
02.02.03.074-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$	11,55
02.02.03.076-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$	17,82
02.02.03.077-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$	10,50
02.02.03.078-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	R\$	19,48
02.02.03.078-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$	19,48
02.02.03.081-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$	18,02
02.02.03.093-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA HERPES ZOSTER	R\$	18,02
02.02.03.083-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$	18,02
02.02.03.085-7	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$	12,20
02.02.03.087-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$	19,48
02.02.03.088-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$	9,72
02.02.03.089-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$	19,48
02.02.03.092-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$	18,02
02.02.03.093-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$	18,02
02.02.03.094-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$	18,02
02.02.03.096-2	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$	14,02
02.02.03.098-9	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$	19,48
02.02.03.100-4	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R\$	2,98
02.02.03.107-1	QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO HIV-1	R\$	18,90
02.02.03.111-0	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$	2,98
02.02.03.112-8	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$	10,50
02.02.03.118-7	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA TTG	R\$	19,48

02.02.03.121-7	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	R\$	14,02
02.02.03.126-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 (WESTERN-BLOT)	R\$	57,04
02.02.04.012-7	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$	1,74
02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$	1,74
02.02.05.001-7	ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$	3,89
02.02.05.002-5	CLEARANCE DE CREATININA	R\$	3,69
02.02.05.008-4	DOSAGEM DE CITRATO	R\$	2,11
02.02.05.009-2	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$	8,53
02.02.05.010-6	DOSAGEM DE OXALATO	R\$	3,87
02.02.05.011-4	DOSAGEM DE PROTEÍNAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$	2,15
02.02.05.019-0	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R\$	2,15
02.02.05.026-2	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R\$	2,15
02.02.06.001-2	DETERMINAÇÃO DE ÍNDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$	13,17
02.02.06.004-7	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$	10,72
02.02.06.008-0	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$	14,83
02.02.06.009-8	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$	12,49
02.02.06.011-0	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$	12,11
02.02.06.012-8	DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$	15,10
02.02.06.013-6	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$	10,36
02.02.06.014-4	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$	11,82
02.02.06.016-0	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$	10,66
02.02.06.017-9	DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$	12,13
02.02.06.018-7	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$	11,68
02.02.06.021-7	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$	8,25
02.02.06.022-5	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (GH)	R\$	10,73
02.02.06.023-3	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$	8,29
02.02.06.024-1	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$	9,42
02.02.06.025-0	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$	9,41
02.02.06.026-8	DOSAGEM DE INSULINA	R\$	10,68
02.02.06.027-6	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$	32,94
02.02.06.028-4	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$	16,12
02.02.06.029-2	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$	10,74
02.02.06.030-6	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$	10,66
02.02.06.031-4	DOSAGEM DE RENINA	R\$	13,85
02.02.06.032-2	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$	16,12
02.02.06.033-0	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (S - DHEA)	R\$	13,77
02.02.06.034-9	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$	10,96
02.02.06.035-7	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$	13,77
02.02.03.062-8	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$	18,02
02.02.06.037-3	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$	12,18
02.02.06.038-1	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$	13,17
02.02.06.039-0	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$	9,15
02.02.06.044-6	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	R\$	12,62
02.02.07.005-0	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$	16,44
02.02.07.011-5	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	R\$	10,50
02.02.07.015-8	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$	18,41
02.02.07.019-0	DOSAGEM DE COBRE	R\$	3,69
02.02.07.025-5	DOSAGEM DE LITIO	R\$	2,37
02.02.07.035-2	DOSAGEM DE ZINCO	R\$	16,44
02.02.08.007-2	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$	2,95
02.02.08.008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$	5,90
02.02.12.002-3	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$	1,44
02.02.12.008-2	PESQUISA DE FATOR RH INCLUI D FRACO	R\$	1,44
02.02.03.075-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG e IGM ANTILEISHMANIAS	R\$	10,50
02.02.03.080-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$	18,02
02.02.03.077-6	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI POR IMUNOFLOURESCENCIA	R\$	19,13
02.02.09.036-1	TESTE MOLECULAR PARA A DETECÇÃO DO COMPLEXO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS IGG	R\$	10,50
02.02.09.036-1	TESTE MOLECULAR PARA A DETECÇÃO DO COMPLEXO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS IGM	R\$	9,72
02.02.12.009-0	COOMBS INDIRETO	R\$	2,87
02.02.01.015-5	ALFA-1 ANTI-TRIPSINA (SORO)	R\$	4,12
02.02.02.057-6	ANTICOAGULANTE LUPICO	R\$	25,04
02.02.01.025-2	CERULOPLASMINA	R\$	4,12
02.02.07.020-4	DIGOXINA	R\$	10,04
02.02.02.029-0	FIBRINOGENIO	R\$	5,15
02.02.03.091-1	HAV IGM (HEPATITE A)	R\$	20,77
02.02.03.058-0	MUSCULO LISO, ANTICORPOS	R\$	19,22
02.02.06.036-5	TIREOGLOBULINA SERICA	R\$	17,19
02.02.08.023-4	TREPONEMA IGM	R\$	7,56
02.02.02.018-5	FATOR II DA COAGULAÇÃO	R\$	5,95
02.02.02.019-3	FATOR IX DA COAGULAÇÃO	R\$	8,52
02.02.02.021-5	FATOR VII DA COAGULAÇÃO	R\$	9,06
02.02.02.022-3	FATOR X DA COAGULAÇÃO	R\$	10,20
02.02.02.026-6	FATOR XI DA COAGULAÇÃO	R\$	10,20
02.02.02.027-4	FATOR XII DA COAGULAÇÃO	R\$	11,77
02.02.02.028-2	FATOR XIII DA COAGULAÇÃO	R\$	7,46
02.02.02.055-0	PROTEINA C - FUNCIONAL	R\$	75,00
02.02.02.054-1	COOMBS DIRETO	R\$	3,06

02.02.01.049-0	HAPTOGLOBINA	R\$	4,12
NÃO SUS	ANTICORPOS ANTIGLIADINA (GLUTEN) IGG	R\$	33,34
NÃO SUS	ANTIGENO HLA B27 ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO B27	R\$	82,75
NÃO SUS	ANTINEUTROFILOS ANCA C	R\$	46,30
NÃO SUS	CAXUMBA IGM	R\$	40,36
NÃO SUS	COMPLEMENTO CH 100	R\$	14,95
NÃO SUS	FENOBARBITAL	R\$	13,13
NÃO SUS	FRUTOSAMINAS	R\$	10,89
NÃO SUS	MARCADORES TUMORAIS (CA 15-3)	R\$	31,93
NÃO SUS	MARCADORES TUMORAIS (CA 19.9)	R\$	32,82
NÃO SUS	MONOTESTE	R\$	11,41
NÃO SUS	PROTEINA DE BENCE JONES	R\$	3,78
NÃO SUS	PSA ULTRA SENSÍVEL	R\$	22,78
NÃO SUS	TRAB –ANTICORPO ANTI-RECEPTOR DE TSH	R\$	40,31
NÃO SUS	VITAMINA E	R\$	54,51
NÃO SUS	ÍNDICE DE SATURAÇÃO DA TRANSFERRINA	R\$	26,37
NÃO SUS	INSULINA POS PRANDIAL GLICEMIA APOS SOBRECARGA C DEXTROSOL	R\$	17,56
NÃO SUS	RELAÇÃO ALBUMINA/CREATININA	R\$	8,37
NÃO SUS	RELAÇÃO PROTEÍNA/CREATININA URINÁRIA	R\$	8,37
NÃO SUS	IGF BP3 PROTEÍNA LOGADORA DOS FATORES DE CRESCIMENTO INSULIN LIKE	R\$	18,21
NÃO SUS	ANTI ENDOMISIO IGA	R\$	78,76
NÃO SUS	ANTI ENDOMISIO IGG	R\$	78,76
NÃO SUS	ANTI ENDOMISIO IGM	R\$	78,76
NÃO SUS	ANTI GAD	R\$	159,87
NÃO SUS	CAXUMBA IGG	R\$	35,44
NÃO SUS	VITAMINA A	R\$	2,98
NÃO SUS	ANTI TRANSGLUTAMINASE TECIDUAL - IGG	R\$	101,90
NÃO SUS	DOSAGEM DE CA 72-4	R\$	66,00
NÃO SUS	ANTI CCP	R\$	23,29
NÃO SUS	CHLAMYDIA TRACHOMATIS (IGG) ELISA	R\$	22,52
NÃO SUS	CHLAMYDIA TRACHOMATIS (IGM) ELISA	R\$	24,97
NÃO SUS	ERITROPOETINA	R\$	96,99
NÃO SUS	LKM1 - ANTICORPOS	R\$	9,61
NÃO SUS	ANTI IA2	R\$	151,00
NÃO SUS	DENGUE - TESTE RÁPIDO ANTIGENO NS1	R\$	47,06
NÃO SUS	ANTI PARVOVIRUS B19 IGG	R\$	127,98
NÃO SUS	ANTI PARVOVÍRUS B19 IGM	R\$	124,69
NÃO SUS	CALPROTECTINA FECAL	R\$	166,85

UNIDADES E SERVIÇOS NO MUNICÍPIO DE NOVA LIMA

GERENCIAMENTO DOS SERVIÇOS LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS NO MUNICÍPIO DE NOVA LIMA /MG

ESTIMATIVA DESPESAS FIXAS - MENSAL

RECURSOS HUMANOS

QUANTIDADE	CARGO	SALARIO	VALOR TOTAL COM ENCARGOS SOCIAIS, TRABALHISTAS, BENEFÍCIOS E EPI
1	ANALISTA DE LABORATORIO - 44 HORAS SEMANAIS - SEGUNDA A SEXTA	R\$ 3.660,80	R\$ 7.374,99
2	ANALISTA DE LABORATORIO - 12/36 DIURNO	R\$ 3.660,80	R\$ 14.493,56
2	ANALISTA DE LABORATORIO - 12/36 NOTURNO	R\$ 3.660,80	R\$ 16.436,39
2	TECNICO DE LABORATORIO - 12/36 DIURNO	R\$ 2.341,26	R\$ 10.681,30
2	TECNICO DE LABORATORIO - 12/36 NOTURNO	R\$ 2.341,26	R\$ 11.923,83
2	TECNICO DE LABORATORIO / COLHEDOR FERISTA	R\$ 2.341,26	R\$ 11.923,83
5	COLHEDOR - 44 HORAS	R\$ 2.100,00	R\$ 25.571,27
1	COLHEDOR - 12/36 DIURNO	R\$ 2.100,00	R\$ 4.986,04
2	COLHEDOR - 12/36 NOTURNO	R\$ 2.100,00	R\$ 11.086,58
9	AUXILIAR ADMINISTRATIVO - 44 HORAS	R\$ 1.800,00	R\$ 33.811,28
TOTAL MENSAL		R\$	148.289,09

SERVICO DE LOGISTICA

DESCRICA0

Fornecimento de até 02 (dois) Veículos Fiorino, para realização de rotas entre as Unidades para o recolhimento das amostras biológicas (incluso: caixa termica para transporte, termômetros, seguro, aplicativos de localização, higienização, manutenção e combustivel).

R\$

10.250,00

Disponibilidade de até 2 motoristas condutores (salário, reposição em caso de ausencias encargos trabalhistas, beneficios, uniforme e EPI's)		R\$	9.240,00
Fornecimento de até 3 plantões de 12horas de motoboy (motociclista, condutor ecombustivel) para coberturas emergenciais fora dos horários e/ou complemento de rotas. Valor excedente por plantão R\$ 313,43		R\$	940,28
TOTAL MENSAL		R\$	20.430,28
DESPESA ADMINISTRATIVA			
DESPESAS ADMINISTRATIVAS		R\$	39.751,96
TOTAL MENSAL		R\$	39.751,96
ESTIMATIVA DESPESAS VARIAVEL - MENSAL			
LABORATÓRIO			
PROCEDIMENTOS SUS/SIGTAP			
CODIGO SUS	PROCEDIMENTO	VALOR UNITARIO	
02.02.01.002-3	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$	2,01
02.02.01.004-0	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$	3,63
02.02.01.011-2	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$	2,01
02.02.01.012-0	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$	1,85
02.02.01.013-9	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	R\$	9,00
02.02.01.014-7	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$	3,68
02.02.01.018-0	DOSAGEM DE AMILASE	R\$	2,25
02.02.01.020-1	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$	2,01
02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CALCIO	R\$	1,85
02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CALCIO AMOSTRA ISOLADA	R\$	1,85
02.02.01.022-8	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$	3,51
02.02.01.024-4	CATECOLAMINAS URINA 24 HORAS	R\$	50,88
02.02.01.026-0	DOSAGEM DE CLORETO	R\$	1,85
02.02.01.027-9	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$	3,51
02.02.01.028-7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$	3,51
02.02.01.029-5	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$	1,85
02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA	R\$	1,85
02.02.01.032-5	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$	3,68
02.02.01.033-3	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$	4,12
02.02.01.036-8	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$	3,68
02.02.01.038-4	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$	15,59
02.02.01.039-2	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$	3,51
02.02.01.040-6	DOSAGEM DE FOLATO	R\$	15,65
02.02.01.042-2	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$	2,01
02.02.01.043-0	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$	1,85
02.02.01.046-5	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$	3,51
02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$	1,85
02.02.01.050-3	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$	7,86
02.02.01.055-4	DOSAGEM DE LIPASE	R\$	2,25
02.02.01.056-2	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$	2,01
02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$	1,85
02.02.01.062-7	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$	1,85
02.02.01.063-5	DOSAGEM DE SODIO	R\$	1,85
02.02.01.064-3	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$	2,01
02.02.01.065-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$	2,01
02.02.01.066-0	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$	4,12
02.02.01.067-8	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$	3,51
02.02.01.069-4	DOSAGEM DE UREIA	R\$	1,85
02.02.01.070-8	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$	15,24
02.02.01.072-4	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$	4,42
02.02.01.076-7	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$	15,24
02.02.02.002-9	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$	2,73
02.02.02.003-7	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$	2,73
02.02.02.013-4	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$	5,77
02.02.02.014-2	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$	2,73
02.02.02.017-7	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$	6,48
02.02.02.035-5	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$	5,41
02.02.02.036-3	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$	2,73
02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$	4,11
02.02.02.039-8	LEUCOGRAMA	R\$	2,73
02.02.02.044-4	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$	2,73
02.02.02.049-5	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R\$	2,73
02.02.02.054-1	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$	2,73

02.02.02.055-0	DOSAGEM DE PROTEINA C FUNCIONAL	R\$	75,00
02.02.02.056-8	DOSAGEM DE PROTEINA S FUNCIONAL	R\$	125,00
02.02.02.057-6	PESQUISA DE ANTICOAGULANTE LUPICO	R\$	110,00
02.02.03.002-4	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	R\$	15,00
02.02.03.004-0	DETECÇÃO DE ÁCIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$	65,00
02.02.03.006-7	DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$	9,25
02.02.03.008-3	DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA	R\$	9,25
02.02.03.009-1	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$	15,06
02.02.03.010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$	16,42
02.02.03.012-1	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$	17,16
02.02.03.013-0	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$	17,16
02.02.03.015-6	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$	17,16
02.02.03.016-4	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$	9,25
02.02.03.017-2	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)	R\$	27,22
02.02.03.018-0	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$	17,16
02.02.03.025-3	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R\$	10,00
02.02.03.027-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$	8,67
02.02.03.031-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 HTLV-2	R\$	18,55
02.02.03.032-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$	17,16
02.02.03.033-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$	5,74
02.02.03.034-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$	17,16
02.02.03.035-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$	18,55
02.02.03.036-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$	18,55
02.02.03.045-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R\$	10,00
02.02.03.046-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	R\$	9,70
02.02.03.047-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTISTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$	2,83
02.02.03.048-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	R\$	10,00
02.02.03.053-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R\$	4,10
02.02.03.056-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R\$	17,16
02.02.03.057-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R\$	17,16
02.02.03.058-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R\$	17,16
02.02.03.059-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	R\$	17,16
02.02.03.060-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	R\$	17,16
02.02.03.062-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$	17,16
02.02.03.063-6	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$	18,55
02.02.03.067-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$	18,55
02.02.03.074-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$	11,00
02.02.03.075-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R\$	9,25
02.02.03.076-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$	16,97
02.02.03.077-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$	9,25
02.02.03.078-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R\$	18,55
02.02.03.078-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R\$	18,55
02.02.03.080-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$	18,55
02.02.03.081-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$	17,16
02.02.03.083-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$	17,16
02.02.03.085-7	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$	11,61
02.02.03.087-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$	18,55
02.02.03.091-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV- IGG)	R\$	18,55
02.02.03.092-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$	17,16
02.02.03.094-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$	17,16
02.02.03.096-2	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$	13,35
02.02.03.097-0	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$	18,55
02.02.03.098-9	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$	18,55
02.02.03.101-2	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$	4,10
02.02.03.104-7	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$	10,00
02.02.03.107-1	QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO HIV-1	R\$	18,00
02.02.03.109-8	TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$	4,10
02.02.03.111-0	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$	2,83
02.02.03.112-8	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$	10,00
02.02.03.113-6	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$	10,00
02.02.03.118-7	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE RECOMBINANTE HUMANO IGA	R\$	18,55
02.02.03.120-9	DOSAGEM DE TROPONINA	R\$	9,00
02.02.03.121-7	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	R\$	13,35
02.02.04.002-0	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R\$	3,04
02.02.04.009-7	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R\$	1,65
02.02.04.012-7	PARASITOLÓGICO DE FEZES 1 AMOSTRA	R\$	1,65
02.02.04.012-7	PARASITOLÓGICO DE FEZES 2 AMOSTRA	R\$	1,65
02.02.04.012-7	PARASITOLÓGICO DE FEZES 3 AMOSTRA	R\$	1,65
02.02.04.012-7	PARASITOLÓGICO DE FEZES (MIF)	R\$	1,65
02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$	1,65
02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES 1 AMOSTRA	R\$	1,65
02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES 2 AMOSTRA	R\$	1,65
02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES 3 AMOSTRA	R\$	1,65
02.02.05.001-7	ANALISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$	3,70
02.02.05.002-5	CLEARANCE DE CREATININA	R\$	3,51
02.02.05.004-1	CLEARANCE DE UREIA	R\$	3,51
02.02.05.008-4	DOSAGEM DE CITRATO	R\$	2,01

02.02.05.010-6	DOSAGEM DE OXALATO	R\$	3,68
02.02.05.011-4	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$	2,04
02.02.05.019-0	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R\$	2,04
02.02.05.030-0	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R\$	4,44
02.02.06.004-7	DOSAGEM DE 17 ALFA HIDROXIPROGESTERONA	R\$	10,20
02.02.06.008-0	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$	14,12
02.02.06.009-8	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$	11,89
02.02.06.011-0	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$	11,53
02.02.06.013-6	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$	9,86
02.02.06.014-4	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$	11,25
02.02.06.016-0	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$	10,15
02.02.06.018-7	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$	11,12
02.02.06.021-7	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$	7,85
02.02.06.022-5	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$	10,21
02.02.06.023-3	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$	7,89
02.02.06.024-1	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$	8,97
02.02.06.025-0	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE TSH	R\$	8,96
02.02.06.026-8	DOSAGEM DE INSULINA	R\$	10,17
02.02.06.027-6	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$	43,13
02.02.06.028-4	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$	15,35
02.02.06.029-2	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$	10,22
02.02.06.030-6	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$	10,15
02.02.06.031-4	DOSAGEM DE RENINA	R\$	13,19
02.02.06.032-2	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$	15,35
02.02.06.033-0	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$	13,11
02.02.06.034-9	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$	10,43
02.02.06.035-7	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$	13,11
02.02.06.037-3	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$	8,76
02.02.06.038-1	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$	11,60
02.02.06.039-0	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$	8,71
02.02.07.002-6	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	R\$	2,23
02.02.07.005-0	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$	15,65
02.02.07.015-8	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$	17,53
02.02.07.017-4	DOSAGEM DE CHUMBO	R\$	8,83
02.02.07.025-5	DOSAGEM DE LITIO	R\$	2,25
02.02.07.026-3	DOSAGEM DE MERCURIO	R\$	2,04
02.02.07.035-2	DOSAGEM DE ZINCO	R\$	15,65
02.02.08.004-8	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$	4,20
02.02.08.005-6	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	R\$	4,20
02.02.08.006-4	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	R\$	4,20
02.02.08.007-2	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$	2,80
02.02.08.011-0	CULTURA DE BARR	R\$	5,63
02.02.08.015-3	HEMOCULTURA	R\$	11,49
02.02.08.019-6	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$	4,33
02.02.09.036-1	TESTE MOLECULAR PARA A DETECAO DO COMPLEXO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS PPD TUBERCULINA	R\$	17,62
02.02.10.003-0	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$	160,00
02.02.10.023-5	PESQUISA DE MUTAÇÃO DO GENE DA PROTROMBINA	R\$	180,00
02.02.11.008-7	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$	13,20
02.02.12.002-3	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$	1,37
02.02.12.009-0	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$	2,73
LABORATÓRIO			
PROCEDIMENTOS FORA DA TABELA SUS			
CODIGO SUS	PROCEDIMENTO	VALOR UNITARIO	
NÃO SUS	TESTE RÁPIDO DE ANTÍGENO COVID-19	R\$	157,41
NÃO SUS	ANTINEUTROFILOS ANCA C	R\$	42,16
NÃO SUS	ANTICENTROMERO	R\$	27,00
NÃO SUS	ANTIGENO HLA B27 ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO B27	R\$	41,05
NÃO SUS	MARCADORES TUMORAIS (CA 15-3)	R\$	51,86
NÃO SUS	COMPLEMENTO CH 100	R\$	24,72
NÃO SUS	IGF BP3 PROTEINA LOGADORA DOS FATORES DE CRESCIMENTO INSULIN LIKE	R\$	59,81
NÃO SUS	GLICEMIA APOS SOBRECARGA C DEXTROSOL	R\$	13,47
NÃO SUS	VITAMINA A	R\$	44,23
NÃO SUS	CITRATO URINARIO URINA 24 HORAS	R\$	2,12
NÃO SUS	ANTI ENDOMISIO IGM	R\$	71,65
NÃO SUS	ANTI ENDOMISIO IGA	R\$	57,95
NÃO SUS	ANTI ENDOMISIO IGG	R\$	60,44
NÃO SUS	OXALATO URINA 24 HORAS	R\$	3,87
NÃO SUS	FENOBARBITAL	R\$	37,03
NÃO SUS	MICROALBUMINURIA URINA 24HORAS	R\$	26,14
NÃO SUS	ANTICORPOS ANTIGLIADINA (GLUTEN) IGG	R\$	30,16
NÃO SUS	ANTICORPOS ANTIGLIADINA (GLUTEN) IGM	R\$	33,38
NÃO SUS	MARCADORES TUMORAIS CA 19.9	R\$	53,21
NÃO SUS	CALCIO URINARIO 24 HORAS	R\$	14,86

NÃO SUS	CREATININA AMOSTRA ISOLADA	R\$	15,31
NÃO SUS	CREATININA URINARIA 24 HORAS	R\$	1,95
NÃO SUS	ACETILCOLINESTERASE ERITROCITARIA	R\$	13,47
NÃO SUS	DOSAGEM DE FRUTOSAMINA	R\$	16,84
NÃO SUS	TRAB - ANTICORPO ANTI RECEPTOR DE TSH	R\$	53,46
NÃO SUS	FOSFORO EM AMOSTRA ALEATORIA	R\$	1,95
NÃO SUS	FOSFORO URINARIO	R\$	1,95
NÃO SUS	MAGNESIO URINARIO 24 HORAS	R\$	2,12
NÃO SUS	MICROALBUMINURIA	R\$	23,14
NÃO SUS	MICROALBUMINURIA AMOSTRA ISOLADA	R\$	23,14
NÃO SUS	MONOTESTE	R\$	20,47
NÃO SUS	POTASSIO URINARIO 24 HORAS	R\$	9,18
NÃO SUS	PROTEINURIA URINA 24 HORAS	R\$	2,15
NÃO SUS	SODIO URINARIO 24 HORAS	R\$	1,95
NÃO SUS	TESTE DE SENSIBILIDADE AOS ANTIBIOTICOS 1	R\$	18,73
NÃO SUS	TESTE DE TOLERANCIA A LACTOSE	R\$	46,86
NÃO SUS	UROCULTURA	R\$	28,18
NÃO SUS	RELACAO CALCIO / CREATININA	R\$	13,56
NÃO SUS	UREIA URINARIO	R\$	9,18
NÃO SUS	TESTE RAPIDO PARA DENGUE IGG	R\$	30,77
NÃO SUS	TESTE RAPIDO PARA DENGUE IGM	R\$	29,39
NÃO SUS	ALBUMINA	R\$	11,34
NÃO SUS	GLICOSE POS CAFE DA MANHA	R\$	1,95
NÃO SUS	GLICEMIA POS PRANDIAL	R\$	28,08
NÃO SUS	RELACAO PROTEINAS / CREATININA	R\$	21,82
NÃO SUS	CHIKUNGUNYA IGG	R\$	136,84
NÃO SUS	CHIKUNGUNYA IGM	R\$	136,84
ESTIMATIVA DESPESAS EM PARCELA UNICA - PAGAMENTO 1º MÊS			
IMPLANTAÇÃO E INTEGRAÇÃO DE SOFTWARE			
Disponibilização e integração do software de gestão dos exames laboratoriais com o software de atendimento assistencial utilizado pelo município, nas Unidades de Saúde, visando gerar agilidade e maior resolutividade na entrega dos exames laboratoriais para os profissionais de saúde. Treinamento e suporte técnico.		R\$	38.421,05
VALOR DA PARCELA UNICA		R\$	38.421,05
CUSTOS PARA ADAPTAÇÕES NAS ESTRUTURAS NOS POSTOS DE COLETA E PROCESSAMENTO DOS EXAMES			
UNIDADE		VALOR DA ADAPTACAO	
Unidade Jose de Almeida		R\$	9.988,92
Unidade Cascalho		R\$	32.614,58
Unidade Bom Retiro		R\$	20.985,23
UBS Água Limpa		R\$	17.003,14
VALOR DA PARCELA UNICA		R\$	80.591,87
UNIDADES E SERVIÇOS NO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO DO PARÁ			
Operacionalização e execução das ações e serviços de saúde desenvolvidas nas unidades de estratégia saúde da família – ESF's e unidade de Pronto Atendimento no município de São Gonçalo do Pará.			
UNIDADES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA			
RECURSOS HUMANOS			
QUANTIDADE	CARGO	SALARIO	VALOR TOTAL COM ENCARGOS SOCIAIS, TRABALHISTAS, BENEFICIOS E EPI
1	Coordenador Administrativo	R\$ 3.300,00	R\$ 5.173,05
1	Educador Físico	R\$ 2.800,00	R\$ 4.464,78
1	Fonoaudióloga	R\$ 3.099,99	R\$ 4.889,73
SUB TOTAL ESTIMADO - ATENÇÃO PRIMÁRIA		R\$	14.527,56
PRONTO ATENDIMENTO			
RECURSOS HUMANOS			
2	Enfermeiro	R\$ 4.750,00	R\$ 15.440,99
2	Enfermeiro	R\$ 4.750,00	R\$ 17.159,77
2	Supervisor Administrativo	R\$ 3.020,00	R\$ 9.552,84

SUB TOTAL ESTIMADO - PRONTO ATENDIMENTO		R\$	42.153,60
TOTAL		R\$	56.681,16
SERVIÇOS MÉDICOS			
Descrição	Valor Mensal		
Prestação de Serviços Médicos (prestação de serviços médicos não efetivos nas ESF e cobertura de férias dos profissionais efetivos das ESF)	R\$	80.000,00	
TOTAL	R\$	80.000,00	
DEMAIS SERVIÇOS			
Descrição	Valor Mensal		
Locação de sistema informatizado em nuvem para gerenciamento, controle e faturamento de serviços de Saúde	R\$	8.421,05	
Consultoria realizada in loco por profissional com expertise no gerenciamento de atenção primária e secundária	R\$	3.684,21	
Manutenção Predial (Pequenos reparos, incluindo fornecimento de materiais e mão de obra (quando necessário), até o limite financeiro previsto e monitoramento das unidades)	R\$	11.937,90	
Manutenção de Equipamentos Médicos (incluindo os materiais odontológicos e o fornecimento de peças até o limite financeiro estabelecido)	R\$	5.578,95	
Estimativa de despesas com telefonia	R\$	716,32	
Estimativa mensal de materiais de escritório, gráfica e comunicação visual	R\$	5.052,63	
Estimativa de gêneros alimentícios	R\$	1.000,00	
Estimativa mensal de materiais de limpeza e higienização	R\$	7.192,98	
Estimativa mensal de materiais médicos hospitalares e medicamentos	R\$	14.123,69	
Despesa Administrativa	R\$	12.722,02	
TOTAL	R\$	70.429,75	
ESTIMATIVA DESPESAS EM PARCELA UNICA - PAGAMENTO 1º MÊS			
DESCRIÇÃO	QUANT.	VALOR TOTAL	
Especificação mínima: que esteja em linha de produção pelo fabricante. Computador portátil (Notebook) com processador que possua no mínimo 4 núcleos, 8 threads e frequência de 2.4 GHz; Unidade de Armazenamento SSD 240 GB interface PCIe NVMeM.2, memória RAM de 8 GB, em 2 módulos idênticos de 4 GB cada, do tipo SDRAM DDR4 3000 MHz ou superior, tela LCD de 14 ou 15 polegadas widescreen, Anti reflexo, suportar resolução FULL HD (1920 x 1080 pixels), retro iluminada por LED, o teclado deverá conter todos os caracteres da língua portuguesa, inclusive ç e acentos, nas mesmas posições do teclado padrão ABNT2, mouse touchpad com 2 botões integrados, mouse óptico com conexão USB e botão de rolagem (scroll), interfaces de rede 10/100/1000 conector rj-45 fêmea e WIFI padrão IEEE 802.11 b/g/n/ac, Bluetooth mínimo 4.0 Sistema operacional Windows 10 pro (64 bits), bateria recarregável do tipo íon de lítio com no mínimo 4 células, fonte externa automática compatível com o item, possuir interfaces USB 2.0 e 3.0, 1 HDMI ou display port e 1 VGA, leitor de cartão, webcam FULL HD (1080 p). Deverá vir acompanhado de maleta do tipo acolchoada para transporte e acondicionamento do equipamento. O equipamento deverá ser novo, sem uso, reforma ou recondicionamento.	10	R\$	59.360,00
Especificação mínima: que esteja em linha de produção pelo fabricante. No-Break com potência nominal mínima de 1,2 kVA. Potência real mínima de 600 W. Tensão entrada de 115/127/220 V (em corrente alternada) com comutação automática. Tensão de saída 110/ ou 220 V (a ser definida pelo solicitante). Alarme audiovisual. Bateria interna selada. Autonomia a plena carga de, no mínimo, 15 minutos considerando consumo de 240 W. Possuir, no mínimo, seis tomadas de saída padrão brasileiro. O produto deverá ser novo, sem uso, reforma ou recondicionamento.	6	R\$	5.916,00
TOTAL	R\$	65.276,00	

SERVIÇOS DE MONITORAMENTO DOS INDICADORES DE SAÚDE E SERVIÇOS DE ORGANIZAÇÃO, ESTRUTURAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DAS ROTINAS DE FUNCIONAMENTO DAS SECRETARIAS DE SAÚDE				
Item	Descrição	Unidade	Valor Prestador	Valor ICISMEP
1	Monitoramento dos Indicadores de Saúde - Municípios com população estimada até 10.000 habitantes.	Mensal	R\$ 1.300,00	R\$1.340,21

2	Monitoramento Indicadores de Saúde - Municípios com população estimada entre 10.001 a 30.000 habitantes.	Mensal	R\$ 2.600,00	R\$2.680,41
3	Monitoramento Indicadores de Saúde - Municípios com população estimada entre 30.001 a 70.000 habitantes.	Mensal	R\$ 6.500,00	R\$6.701,03
4	Monitoramento Indicadores de Saúde - Municípios com população estimada entre 70.001 a 110.000 habitantes.	Mensal	R\$ 11.700,00	R\$12.061,86
5	Monitoramento Indicadores de Saúde - Municípios com população estimada entre 110.001 a 200.000 habitantes.	Mensal	R\$ 19.500,00	R\$20.103,09
6	Monitoramento Indicadores de Saúde - Municípios com população estimada entre 200.001 a 500.000 habitantes.	Mensal	R\$ 29.900,00	R\$30.824,74
7	Monitoramento Indicadores de Saúde - Municípios com população estimada entre 500.001 a 1.000.000 habitantes.	Mensal	R\$ 87.500,00	R\$90.206,19
8	Organização, estruturação e acompanhamento das rotinas de funcionamento das secretarias de saúde - Municípios com população estimada até 10.000 habitantes.	Mensal	R\$ 1.900,00	R\$1.958,76
9	Organização, estruturação e acompanhamento das rotinas de funcionamento das secretarias de saúde - Municípios com população estimada entre 10.001 a 30.000 habitantes.	Mensal	R\$ 3.800,00	R\$3.917,53
10	Organização, estruturação e acompanhamento das rotinas de funcionamento das secretarias de saúde - Municípios com população estimada entre 30.001 a 70.000 habitantes.	Mensal	R\$ 9.500,00	R\$9.793,81
11	Organização, estruturação e acompanhamento das rotinas de funcionamento das secretarias de saúde - Municípios com população estimada entre 70.001 a 110.000 habitantes.	Mensal	R\$ 17.100,00	R\$17.628,87
12	Organização, estruturação e acompanhamento das rotinas de funcionamento das secretarias de saúde - Municípios com população estimada entre 110.001 a 200.000 habitantes.	Mensal	R\$ 33.250,00	R\$34.278,35
13	Organização, estruturação e acompanhamento das rotinas de funcionamento das secretarias de saúde - Municípios com população estimada entre 200.001 a 500.000 habitantes.	Mensal	R\$ 43.700,00	R\$45.051,55
14	Organização, estruturação e acompanhamento das rotinas de funcionamento das secretarias de saúde - Municípios com população estimada entre 500.001 a 1.000.000 habitantes.	Mensal	R\$ 128.030,83	R\$131.990,55

SERVIÇOS DE TELEMEDICINA NA ATENÇÃO BÁSICA					
TREINAMENTO E IMPLANTAÇÃO					
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO			VALOR UNITÁRIO (POR ESF)		
Treinamento e implantação			R\$ 674,16		
MANUTENÇÃO E DISPONIBILIZAÇÃO DA PLATAFORMA					
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO				VALOR MENSAL (POR MUNICIPIO)	
Manutenção e disponibilização da plataforma informatizada para utilização em Desktop e APP, composta por Base de Conhecimento (inteligência artificial), Prescrição digital, Interação via chat, Envio de vídeos/imagens, Ambiente em nuvem e LGPD.				R\$ 5.056,18	
TELEORIENTAÇÕES E TELECONSULTAS					
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	FREQUÊNCIA E VALOR MENSAL (POR ESF)				
	1X SEMANA	2X SEMANA	3X SEMANA	1X CADA 15 DIAS	1X CADA 30 DIAS
	8 HORAS DIÁRIAS				
Tele orientações na especialidade de Neurologia , com disponibilidade de agendamento de tele consultas mediante necessidade clínica/técnica, para Equipe de Saúde da Família	R\$ 1.348,31	R\$ 2.696,63	R\$ 4.044,94	R\$ 1.460,67	R\$ 1.685,39
Tele orientações na especialidade de Cardiologia com disponibilidade de agendamento de tele consultas mediante necessidade clínica/técnica, para Equipe de Saúde da Família	R\$ 1.348,31	R\$ 2.696,63	R\$ 4.044,94	R\$ 1.460,67	R\$ 1.685,39
Tele orientações na especialidade de Urologia com disponibilidade de agendamento de tele consultas mediante necessidade clínica/técnica, para Equipe de Saúde da Família	R\$ 1.348,31	R\$ 2.696,63	R\$ 4.044,94	R\$ 1.460,67	R\$ 1.685,39
Tele orientações na especialidade de Reumatologia com disponibilidade de agendamento de tele consultas mediante necessidade clínica/técnica, para Equipe de Saúde da Família	R\$ 1.348,31	R\$ 2.696,63	R\$ 4.044,94	R\$ 1.460,67	R\$ 1.685,39
Tele orientações na especialidade de Dermatologia com disponibilidade de agendamento de tele consultas mediante necessidade clínica/técnica, para Equipe de Saúde da Família	R\$ 1.348,31	R\$ 2.696,63	R\$ 4.044,94	R\$ 1.460,67	R\$ 1.685,39

Tele orientações na especialidade de Ortopedia com disponibilidade de agendamento de tele consultas mediante necessidade clínica/técnica, para Equipe de Saúde da Família	R\$ 1.348,31	R\$ 2.696,63	R\$ 4.044,94	R\$ 1.460,67	R\$ 1.685,39
Tele orientações na especialidade de Cirurgia Vascular com disponibilidade de agendamento de tele consultas mediante necessidade clínica/técnica, para Equipe de Saúde da Família	R\$ 1.348,31	R\$ 2.696,63	R\$ 4.044,94	R\$ 1.460,67	R\$ 1.685,39

SERVIÇOS DE TELEMEDICINA NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	
TREINAMENTO E IMPLANTAÇÃO	
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	VALOR UNITÁRIO (POR UNIDADE)
Treinamento e implantação	R\$ 674,16

MANUTENÇÃO E DISPONIBILIZAÇÃO DA PLATAFORMA	
Descrição do Serviço	Valor Mensal (por município)
Manutenção e disponibilização da plataforma informatizada para utilização em Desktop e APP, composta por Base de Conhecimento (inteligência artificial), Prescrição digital, Interação via chat, Envio de vídeos/imagens, Ambiente em nuvem e LGPD, considerando emergência o atendimento em até 30 minutos e urgência o atendimento em até 90 minutos.	R\$ 5.056,18

TELEORIENTAÇÕES E TELECONSULTAS		
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	FREQUÊNCIA E VALOR MENSAL (24 HORAS/DIA X 7 DIAS/SEMANA)	
	DE 1 A 300 CONSULTAS/MÊS	DE 301 A 500 CONSULTAS/MÊS
Tele orientações e Tele consultas de urgência e emergência na especialidade de Neurologia	R\$ 33.707,87	R\$ 44.943,82
Tele orientações e Tele consultas de urgência e emergência na especialidade de Cardiologia	R\$ 33.707,87	R\$ 44.943,82

UNIDADES E SERVIÇOS NO MUNICÍPIO DE PARÁ DE MINAS			
Gerenciamento e a operacionalização da Unidade Básica de Saúde Seringueiras, com locação de estrutura modular adaptada para Estratégia de Saúde da Família -ESF.			
UNIDADES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA			
RECURSOS HUMANOS			
QUANTIDADE	CARGO	SALARIO	VALOR TOTAL COM ENCARGOS SOCIAIS, TRABALHISTAS, BENEFÍCIOS E EPI
2	Recepcionistas	R\$ 1.931,43	R\$ 7.524,97
1	Auxiliar de limpeza	R\$ 1.232,20	R\$ 3.288,32
2	Vigia - Diurno	R\$ 1.369,62	R\$ 5.735,53
2	Vigia - Noturno	R\$ 1.369,62	R\$ 6.264,16
TOTAL MENSAL		R\$	22.812,98
SERVIÇOS MÉDICOS			
DESCRIÇÃO		VALOR MENSAL	
Médico de Saúde da Família (PJ) - 40H/SEM		R\$	17.500,00
TOTAL MENSAL		R\$	17.500,00
DEMAIS SERVIÇOS			
DESCRIÇÃO		VALOR MENSAL	
Estimativa mensal de materiais de escritório e comunicação visual		R\$	875,80
Estimativa de gêneros alimentícios		R\$	412,00
Estimativa mensal de materiais de limpeza e higienização		R\$	1.824,00
Estimativa mensal de materiais médicos hospitalares e medicamentos		R\$	3.947,56
Despesa Administrativa		R\$	5.597,88
TOTAL MENSAL		R\$	12.657,24
ESTIMATIVA DE DESPESAS EM PARCELA ÚNICA			
DESCRIÇÃO			VALOR TOTAL
Mobilização e Instalação da Estrutura (Transporte e Montagem da estrutura)			R\$ 38.800,00
Desinstalação e Desmobilização da Estrutura (Transporte e Desmontagem da estrutura)			R\$ 38.800,00
Placa de identificação da Unidade de Saúde			R\$ 6.032,00

TOTAL		R\$	83.632,00
LOCAÇÃO DE ESTRUTURA MODULAR			
DESCRIÇÃO		VALOR TOTAL MENSAL	
CONTAINER Container adaptado para ambulatório/ acabamento medindo: Área: 94,63 m², Pé Direito: 2,41m, Escala: 1:75, com 04 aparelhos de ar condicionado instalado ACJ 18000BTUs, 01 unidade de Cortina de Ar Springer 220v 120 cm (São 07 contêineres de 6,06 x 2,44). - Teto em EPS+EUCAPLAC, telha trap em eps e pvc, com telha termo acústica 50mm - Parede em chapa galvanizada sem pintura chapa galvanizada + eps + pvc painel termo acústico 50mm. - Piso- revestimento em manta vinilica revestimento em plurigoma compensado naval sem revestimento compensado naval pintado cinza chapa xadrez c/ pintura epóxi cinza. - Esquadrias janelas - vitro de chapa máxima-ar vitro correr, policarb. Veneziana fixa em chapa. - Portas- porta simples e porta dupla. - Pontos com luminária compacta em led, interruptor simples, ponto telefone tomada de baixa, tomada média e tomada alta tensão. Quadro elétrico e ponto hidráulico.		R\$	10.570,68
TOTAL MENSAL		R\$	10.570,68

SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DE LICITAÇÕES - SUPEL
Palácio Rio Madeira - Ed. Rio Pacaás Novos, 2º Andar
Porto Velho, Rondônia.

ANEXO II DO EDITAL

MINUTA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO

I – PARTES

A **Secretaria de Estado da Saúde – SESA**, inscrita no CNPJ/MF nº 04.287.520/0001-88, com sede na Avenida Farquar, 2.986 – Complexo do Palácio Rio Madeiras (Prédio Rio Machado), Bairro Pedrinhas - Porto Velho/RO, neste ato representada pelo Secretário de Estado da Saúde, **XXX**, portador do CPF/MF nº **XXX**, na forma prescrita no art. 41, IV. da Lei Complementar nº 965 de 20 de dezembro de 2017, daqui por diante denominada **CREDENCIANTE** e

de outro,, pessoa jurídica, inscrita no CNPJ/MF sob nº., brasileiro (a) residente na cidade de, Estado do, à Rua/Av...., nº., CEP....., Fone e-mail....., doravante denominada **CREDENCIADA**.

II – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

Este Termo de Credenciamento é celebrado em conformidade com o edital de **CREDENCIAMENTO/CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 106/2021**, instaurado pela **CREDENCIANTE**, homologado em ____/____/____ e será regido em conformidade com a Lei Nacional nº. 8.666/93, além das disposições previstas no Edital e seus anexos, integrantes entre si, para todos os efeitos legais.

CLÁUSULA 1.^a – DO OBJETO

1.1. Contratação de credenciados que atuem na prestação de serviços de exames e procedimentos na área de diagnose por imagem e medicina nuclear inseridas nos subgrupos de diagnósticos por **ressonância magnética e por medicina nuclear in vivo** constantes da Tabela SIA/SUS, com seus respectivos laudos, de forma contínua, para atender as necessidades dos usuários das Regiões de Saúde: **Madeira Mamoré e Região do Café**.

1.2. Este instrumento contratual guarda inteira conformidade com os termos do respectivo Edital de Credenciamento e seus Anexos, como se aqui estivessem integralmente transcritos, vinculando-se em todos os seus termos.

1.3. Havendo conflito entre este Termo de Credenciamento e o Edital, prevalecerá o último.

CLÁUSULA 2.^a – DO PREÇO

2.1. O valor unitário do plantão, conforme tabela informada no item 7.1. do Termo de Referência de Credenciamento/Chamamento Público nº. 96/2021, é de mensal R\$, totalizando a quantia anual de R\$

CLÁUSULA 3.^a – CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO

3.1. A execução será realizado nos termos do item 4. do termo de referência.

SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DE LICITAÇÕES - SUPEL
Palácio Rio Madeira - Ed. Rio Pacaás Novos, 2º Andar
Porto Velho, Rondônia.

CLÁUSULA 4.^a – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

4.1 O contrato terá um prazo de vigência de **12 (doze) meses** a partir da data da última assinatura contratual, podendo ser prorrogado até o limite previsto no inciso II do art. 57 da Lei 8.666/93, de acordo com a necessidade e justificativa da CONTRATANTE, e acordo entre as partes.

CLÁUSULA 5.^a - DO PAGAMENTO

5.1. O pagamento será realizado nos termos do item 5 do termo de referência.

CLÁUSULA 6.^a – REAJUSTE DO CONTRATO

6.1 O reajuste será realizado nos termos do item 13 do termo de referência.

CLÁUSULA 7.^a - DAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIANTE

7.1. As obrigações da Credenciante serão as dispostas no item 9.2 do termo de referência, sem prejuízo de outras que se fizerem necessárias no decorrer da execução dos serviços.

CLÁUSULA 8.^a - DAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIADA

8.1. As obrigações da Credenciada serão as dispostas no item 9.1 do termo de referência, sem prejuízo de outras que se fizerem necessárias no decorrer da execução dos serviços.

CLÁUSULA 9.^a – DA CESSÃO, DA SUBCONTRATAÇÃO E TRANSFERÊNCIA DO CONTRATO

9.1. A cessão, da subcontratação e transferência do contrato, nos termos dispostos no item 14 do termo de referência.

CLÁUSULA 10.^a – DAS SANÇÕES

10.1. A não prestação, ou prestação falha dos serviços objeto deste Credenciamento, sujeitará o credenciado às sanções previstas no item 8 do termo de referência, sem prejuízo de outras medidas judiciais e administrativas cabíveis.

CLÁUSULA 11 – DOS CASOS DE DESCRENCIAMENTO

11.1. O descredenciamento poderá ser realizado nas hipóteses previstas no item 12.10 do termo de referência.

CLÁUSULA 12 – DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

12.1 Este instrumento contratual rege-se pelas disposições expressas na Lei Federal nº. 8.666/93, e, ainda, pelos preceitos de direito público, aplicando-se supletivamente, os princípios da teoria geral dos Termo de Credenciamento e as disposições de direito privado.

SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DE LICITAÇÕES - SUPEL
Palácio Rio Madeira - Ed. Rio Pacaás Novos, 2º Andar
Porto Velho, Rondônia.

CLÁUSULA 13 – DAS CONDIÇÕES DE HABILITAÇÃO E QUALIFICAÇÃO

13.1 A CREDENCIADA deverá manter durante a execução do Termo de Credenciamento, em compatibilidade com as obrigações assumidas, as condições de habilitação e qualificação exigidas no credenciamento.

CLÁUSULA 14 – DA PUBLICAÇÃO

14.1 A Credenciante publicará o presente instrumento, por extrato, no Diário Oficial do Estado, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura.

CLÁUSULA 15 – DOS CASOS OMISSOS

15.1 Este instrumento é firmado em caráter de não exclusividade, sendo que os casos omissos serão resolvidos pela Credenciante, no âmbito das respectivas competências, a qual decidirá com base na legislação vigente.

CLÁUSULA 16 – DA ELEIÇÃO DE FORO

16.1 Fica eleito o foro da Comarca de Porto Velho, Estado de Rondônia, como o competente para dirimir todas as questões decorrentes da execução desse instrumento, renunciando as partes a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

E, por se acharem de acordo, os representantes legais das partes assinam o presente, em três vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Porto Velho/RO, de de 20..... .

CREDENCIANTE

CREDENCIADA

Testemunha

RG:

CPF:

Testemunha

RG:

CPF: