
PROCESSO Nº 11132/2021

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2022

LOCAL: Rua Marques da Cruz, 61 – Centro – São Pedro da Aldeia – RJ

Edital de Chamamento Público nº 04/2022, para fins de credenciamento de entidades privadas prestadoras de serviços de assistência à saúde, interessadas em participar de forma complementar, do Sistema Único de Saúde do Município de São Pedro da Aldeia, RJ.

O Município de São Pedro da Aldeia, RJ, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, – **SESAU**, com base no Processo Administrativo nº 11132/2021, onde se aplica a inexigibilidade de licitação do presente procedimento, e com fundamento nos diplomas legais atinentes a este ato, torna público que estará recebendo, no período de 15 (quinze) dias, a contar da publicação deste ato, podendo ser prorrogado a critério da Secretaria Municipal de Saúde, documentação visando ao credenciamento de pessoas jurídicas especializadas na prestação de serviços na área de saúde da rede privada, que tenham interesse em prestar os serviços descritos neste Edital de Credenciamento, em âmbito regional, e no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, quando ausente o interesse ou a oferta regional, de forma complementar no Sistema Único de Saúde.

1. DO OBJETO

1.1. Constitui o objeto deste Edital o credenciamento de empresas especializadas nos serviços de assistência à saúde, interessadas em participar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde em São Pedro da Aldeia/RJ, com o objetivo de ofertar serviços voltados para realização de exames e procedimentos clínicos, a saber: **colonoscopia com material e endoscopia com sedação**, para atender aos munícipes, mediante os preços fixados na tabela SIS/SUS/SIGTAP e Tabela Diferenciada Municipalizada.

1.2. Os quantitativos relativos às consultas médicas e aos exames diagnósticos, descritos nos Anexos deste Chamamento Público, refletem o potencial da oferta de serviços que serão disponibilizados aos usuários do SUS, não gerando qualquer expectativa ao(s) credenciado(s), uma vez que a decisão quanto à utilização dos serviços de um credenciado, ou de outro, cabe ao usuário do SUS e não à Administração, ou seja, a escolha do particular (CREDENCIADO) não cabe à Administração: esta apenas procede ao CREDENCIAMENTO dos interessados.

2. DA INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO

2.1. Reunindo o prestador as condições de aptidão para contratar com a Administração Municipal, será providenciado o processo de Inexigibilidade de Licitação, de acordo com o art. 25 da Lei 8.666/93, com comunicação à Autoridade Superior, no prazo de 03 (três) dias.

2.2. Uma vez realizada a comunicação de que trata o item anterior, a Autoridade Superior deverá ratificar e fazer publicar a Inexigibilidade de Licitação na imprensa oficial, no prazo de 05 (cinco) dias, como condição para a eficácia dos atos, nos termos do art. 26, da Lei 8.666/93.

3. DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

3.1. Os serviços de saúde compreenderão a realização dos exames de **colonoscopia com material e endoscopia com sedação**, conforme especificado no **Anexo I - TERMO DE REFERENCIA**.

3.2. Nenhuma indenização será devida aos credenciados pelo fato de não ter sido atingido o quantitativo estimado na Tabela de Programação de Serviços constante do Termo de Referência.

3.3. Os serviços serão prestados por meio dos profissionais do **estabelecimento credenciado**;

3.4. O pagamento será realizado após prestação do serviço em até 30 dias contados a data final do período do adimplemento a que se referir, mediante a Nota Fiscal/Fatura que deverá ser apresentada pela contratada, atestada e revisada por 2 (dois) servidores da Secretaria Municipal de Saúde, responsável pelo recebimento.

3.5. A Secretaria Municipal de Saúde pagará mensalmente aos prestadores de serviços contratados, pelos serviços efetivamente prestados, em valores unitários constantes na Tabela SIGTAP, Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS em vigor na data da realização do evento e Tabela Municipal Diferenciada do Serviço de Saúde do SUS.

3.6. A credenciada será remunerada exclusivamente através dos valores estabelecidos nos indicativos do Termo de Referência, sendo vedada a cobrança de quaisquer sobretaxas; a retenção e/ou exigência de apresentação de qualquer documento (s) adicional (ais); aposição de assinatura em guia e/ou documento em branco ou de garantia de quaisquer espécies; cobrança de depósito e/ou caução de qualquer natureza.

3.7. É de responsabilidade exclusiva e integral do CREDENCIADO a utilização de pessoal para a execução do objeto deste Chamamento, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações, em nenhuma hipótese, poderão ser transferidos para o Município ou para o Ministério da Saúde;

3.8. Os demais direitos e obrigações das partes serão objetos do Termo de Credenciamento de Prestação de Serviços, na forma explicitada na Minuta, parte integrante do presente Chamamento Público;

4. DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO

4.1. Poderão participar do Credenciamento empresas especializadas nos serviços de assistência à saúde objeto deste Edital, interessadas em participar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde em São Pedro da Aldeia/RJ e, desde que atendidos os requisitos exigidos neste instrumento, bem como atendam as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório;

4.2. Esta convocação estende-se a todos os prestadores de serviços de saúde, de qualquer natureza, vinculados ou não ao Sistema Único de Saúde.

5. RESTRIÇÕES À PARTICIPAÇÃO

5.1. Não poderá ser credenciada empresa ou entidade nas seguintes condições:

- a) De propriedade de servidor ou funcionário público municipal, ou que tenham entre seus associados ou dirigentes, pessoa nesta condição;
- b) Que tenha sido declarada inidônea para contratar com entes públicos;
- c) Que tenha sido descredenciada punitivamente pela Secretaria Municipal de Saúde pelo prazo de duração do sancionamento;

6. DO PREÇO

6.1. A Secretaria Municipal de Saúde pagará mensalmente aos prestadores de serviços contratados, pelos serviços efetivamente prestados, em valores unitários constantes na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS em vigor na data da realização do evento. Os valores praticados serão atualizados, conforme reajuste da tabela do SUS.

6.2. O valor estimado anual para atendimento aos munícipes, conforme indicação abaixo:

	FORMA DE ORGANIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO TABELA DIFERENCIADA MUNICIPALIZADA
PROCEDIMENTO TABELA DIFERENCIADA MUNICIPALIZADA	<u>PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA POR ENDOSCOPIA</u>
	FORMA: APARELHO DIGESTIVO

02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA (COM MATERIAL)
02.09.01.003-7	ENDOSCOPIA COM SEDAÇÃO
VALOR TOTAL POR MÊS	VALOR TOTAL POR ANO
R\$ 24.067,35	R\$ 288.808,20

6.3. As despesas decorrentes do presente chamamento serão custeadas através do Programa de Trabalho: 10.302.056.2.260, Elemento de Despesa: 33.90.39.36.00, Fichas: 1090 e 1092.

7. DOS DOCUMENTOS E PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS AO CREDENCIAMENTO

7.1. Os interessados em se credenciar deverão protocolizar no Setor de Protocolo Geral da Prefeitura de São Pedro da Aldeia, à Rua Marques da Cruz, nº 61 – Centro – São Pedro da Aldeia, devendo entregar a documentação elencada no item 7.1.3:

7.1.1. SOLICITAÇÃO DO CREDENCIAMENTO

a) Solicitação de credenciamento, na forma do modelo fornecido no ANEXO II – SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO, devidamente preenchido com os dados do credenciante e ainda com os dados da presente chamada pública.

7.1.2. REPRESENTAÇÃO POR TERCEIROS

a) Instrumento procuratório ou modelo fornecido no ANEXO IX – MODELO DE PROCURAÇÃO, assinada por seu(s) representante(s) legal(is) na forma especificada no ato constitutivo **NO CASO EM QUE** a credenciante venha a ser representada no processo de solicitação de credenciamento por terceiro com a devida outorga de poderes expressos para o seu representante praticar os atos necessários ao presente credenciamento.

b) Carteira de identidade do representante ou procurador devidamente qualificado na forma do subitem anterior.

7.1.3. HABILITAÇÃO JURÍDICA

- 1) Xerox do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica;
- 2) Xerox do alvará de localização e funcionamento atualizado;
- 3) Certificado de inscrição e responsabilidade técnica nos conselhos regionais de fiscalização competente;
- 4) Vistoria da Secretaria Municipal de Saúde, após a entrega dos documentos, a fim de verificar as estruturas das empresas;

- 5) Declaração da Credenciada acerca da disponibilidade de atendimento, no que tange ao espaço físico e quantidade da demanda;
- 6) Boletim de Ocupação emitido pelo serviço de vigilância Sanitária Municipal ou equivalente nos casos de Credenciamento de Média Complexidade;
- 7) Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;
- 8) Responsável técnico pelo serviço: título de especialista ou residência na área do credenciamento pretendido e certificado de responsabilidade técnica no órgão competente;
- 9) Relação dos profissionais com a respectivo horário de trabalho;
- 10) Xerox do diploma de todos os profissionais envolvidos nas ações a serem executadas;
- 11) Xerox da carteira do Conselho Regional respectivo;
- 12) Comprovantes de especialização para profissionais médicos: títulos de especialista emitido pela sociedade médica reconhecida ou residência médica na área de atuação.

7.1.4. REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA

- a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ);
- b) Cópia do alvará de localização e funcionamento atualizado;
- c) Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual ou municipal, se houver, relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto da licitação. (Art. 29, II da Lei Federal 8666/93);
- d) Regularidade perante a Fazenda Federal: apresentação de Certidão Conjunta Negativa de Débitos relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, ou Certidão Conjunta Positiva com efeito negativo, expedida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), que abrange, inclusive, as contribuições sociais previstas nas alíneas a à d, do parágrafo único, do art. 11, da Lei nº 8.212, de 1991;
- e) Regularidade perante a Fazenda Estadual: apresentação da Certidão Negativa de Débitos, ou Certidão Positiva com efeito de Negativa, do Imposto sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual, Intermunicipal e de Comunicação - ICMS, expedida pela Secretaria de Estado de Fazenda, ou, se for o caso, certidão comprobatória de que o licitante, em razão do objeto social, está isento de inscrição estadual;

e.1 caso o licitante esteja estabelecido no Estado do Rio de Janeiro, a prova de regularidade com a Fazenda Estadual será feita por meio da apresentação da Certidão Negativa de Débitos, ou Certidão Positiva com efeito de Negativa, expedida pela Secretaria de Estado de Fazenda e Certidão Negativa de Débitos em Dívida Ativa, ou Certidão Positiva com efeito de Negativa, expedida pela Procuradoria Geral do Estado ou, se for o caso, certidão comprobatória de que o licitante, em razão do objeto social, está isento de inscrição estadual;

- f) Regularidade perante a Fazenda Municipal: apresentação da Certidão Negativa de Débitos, ou Certidão Positiva com efeito de Negativa, do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS, ou, se for o caso, certidão comprobatória de que o licitante, em razão do objeto social, está isento de inscrição municipal;
- g) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho por meio de Certidão Negativa de Débito Trabalhista ou por meio da Certidão Positiva de Débitos Trabalhistas com os mesmos efeitos da CNDT, quando verificada a existência de débitos garantidos por penhora suficiente, segundo o disposto no § 2º do art. 642-A, Título VII-A da CLT (alterada pela Lei Federal nº 12.440/11),
- h) Certidão de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS, demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei. (Art. 29, IV e V da Lei Federal 8666/93);

7.1.5. DECLARAÇÕES:

- a) Declaração formal do representante legal da licitante, de que a empresa cumpre a legislação, não praticando ilícitos trabalhistas em face de trabalhadores menores, em obediência a Lei nº 9.854/99, e proíbe o trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menor de 18 (dezoito) anos, e de qualquer trabalho a menor de 16 (dezesesseis) anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos; Ver modelo do ANEXO III
- b) Declaração que a empresa não possui servidor público em seu quadro, conforme ANEXO IV;
- c) Declaração de Inexistência de Impedimento de Licitar ou Contratar com a Administração; Ver modelo do ANEXO V

7.1.6. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA:

- a) Certificado de inscrição e responsabilidade técnica nos conselhos regionais de fiscalização competente;
- b) Boletim de Ocupação emitido pelo serviço de vigilância Sanitária Municipal ou equivalente nos casos de Credenciamento de Média Complexidade;
- c) Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;
- d) Responsável técnico pelo serviço: título de especialista ou residência na área do credenciamento pretendido e certificado de responsabilidade técnica no órgão competente;
- e) Relação dos profissionais com o respectivo horário de trabalho e indicação do CBO de cada categoria
- f) Cópia do diploma de todos os profissionais envolvidos nas ações a serem executadas;
- g) Cópia da carteira do Conselho Regional respectivo;
- h) Comprovantes de especialização para profissionais médicos: títulos de especialista emitido pela sociedade médica reconhecida ou residência médica na área de atuação.

- i) Declaração da Credenciada acerca da disponibilidade de atendimento, no que tange ao espaço físico e quantidade da demanda (ver modelo ANEXO VI);
- j) Relação dos serviços e quantitativos que se propõe a realizar, de acordo com os itens constantes dos Anexos deste Chamamento Público, ou seja, indicação do número do item e sua descrição, incluindo a codificação da Tabela SUS e/ou TABELA DIFERENCIADA MUNICIPALIZADA; (ver modelo ANEXO VII)
- k) Relação de equipamentos disponíveis, com descrição da capacidade de produção mensal dos serviços;

7.2. Os documentos constantes deste item poderão ser apresentados por original, fotocópia autenticada por Tabelião de Notas ou funcionário do Município, ou publicação em órgão da imprensa oficial.

7.3. Os documentos exigidos para o credenciamento deverão ser apresentados na ordem estabelecida no item 7.2 bem como no original ou em cópia reprográfica autenticada, na forma do art. 32 e seus parágrafos da Lei 8.666/93, e rubricados pelo representante legal do interessado.

7.4. As certidões valerão nos prazos que lhe são próprios; inexistindo esse prazo, reputar-se-ão válidas por 90 (noventa) dias, contados de sua expedição.

8. DA ANÁLISE DA DOCUMENTAÇÃO

8.1. A Secretaria Municipal de Administração, através da Comissão Especial de Credenciamento, após o recebimento da solicitação de credenciamento, terá o prazo de até 15 (quinze) dias para análise da documentação, podendo ser prorrogado por igual período desde que devidamente justificado pela Comissão Especial de Credenciamento.

8.2. É facultada Comissão Especial de Credenciamento e, em qualquer fase do procedimento de credenciamento, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou a complementar a instrução do processo.

8.3. A Comissão Especial de Credenciamento poderá realizar visitas técnicas nas instalações de todos os interessados, independentemente de prévio agendamento, para verificação da capacidade instalada e das reais condições de atendimento às necessidades da Secretaria Municipal de Saúde.

8.4. Não serão consideradas as propostas que não estiverem em consonância com as exigências deste edital.

8.5. Não será aceito fax ou protocolo de nenhum documento solicitado.

9. DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

9.1 OBRIGAÇÕES DA CREDENCIADA

- a) Não transferir a outrem, no todo ou em parte, a prestação dos serviços de que trata o presente chamamento;
- b) Assumir inteira responsabilidade pela prestação dos serviços, que deverão ser realizados com a observância de todas as normas técnicas e normativas legais aplicáveis;
- c) Fornecer e utilizar toda competente e indispensável mão-de-obra especializada, atendida todas as exigências legais pertinentes, tais como trabalhistas, sociais, tributárias, previdenciárias, fundiárias, normas técnicas e demais, por mais especiais que sejam e mesmo que aqui não mencionada;
- d) O credenciado não poderá solicitar qualquer tipo de exame ou procedimento, sem a prévia autorização da regulação municipal. Salvo, os casos implementados por protocolo criado pela Secretaria Municipal de Saúde;
- e) Exigir e somente prestar os serviços mediante a apresentação de documento de identidade do paciente e da Guia de Encaminhamento com carimbo e assinatura de servidor competente da Secretaria Municipal de Saúde autorizando a realização do procedimento;
- f) Responsabilizar-se única e exclusivamente, pelo pagamento de todos os encargos e demais despesas decorrentes da prestação dos serviços, tais como emolumentos prescritos e que digam respeito ao serviço; impostos; taxas; contribuições fiscais; previdenciárias; trabalhistas; fundiárias; enfim, por todas as que houver, por mais especiais que sejam e mesmo que não expressas no presente edital;
- g) Notificar à Administração Pública, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, caso tenha interesse em se descredenciar, sob pena de incidência de sanções administrativas previstas neste instrumento, independente das sanções civis na forma da Lei;
- h) Fornecer, quando solicitado, elementos necessários à avaliação dos serviços, bem como dados estatísticos e demonstrativos de custos;
- i) A credenciada deverá ser possuidora de médico quando necessário, que cumpra o CBO de cada categoria;

- j) A credenciada será remunerada exclusivamente através dos valores estabelecidos neste Termo de Referência, sendo vedada a cobrança de quaisquer sobretaxas; a retenção e/ou exigência de apresentação de qualquer documento (s) adicional (ais); aposição de assinatura em guia e/ou documento em branco ou de garantia de quaisquer espécies; cobrança de depósito e/ou caução de qualquer natureza;
- k) Manter, durante toda a execução do contrato, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no presente edital.

9.2 DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO

- a) Providenciar os pagamentos das notas fiscais devidamente atestadas, nos prazos fixados;
- b) Notificar a Credenciada por escrito da ocorrência de eventuais imperfeições no curso do serviço, fixando prazo para a sua correção;
- c) Pagar à Credenciada o valor ajustado e no prazo previsto, na forma do contrato;
- d) Zelar para que durante toda a vigência do contrato sejam mantidas, em compatibilidade com as obrigações assumidas pela Credenciada, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;
- e) Aplicar, conforme o caso, as penalidades administrativas previstas pela Lei nº 8.666/93;
- f) A Administração não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela Contratada com terceiros, ainda que vinculados à execução do presente Credenciamento, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da Credenciada, de seus empregados, prepostos ou subordinados.

10. IMPUGNAÇÃO DO EDITAL

10.1. Qualquer cidadão poderá impugnar o presente edital, por irregularidades, devendo protocolar o pedido no endereço indicado no item 7.1 ou remeter ao e-mail compras@pmspa.rj.gov.br, devendo as Secretarias Municipais de Administração/Saúde julgar e responder à impugnação em até 03 (três) dias úteis.

11. DA ASSINATURA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO

11.1. Deferido o pedido de credenciamento a Credenciada será convocada para firmar o Termo de Credenciamento no prazo de até 03 (três) dias contados da data da convocação.

12. DO PRAZO

12.1. O prazo de vigência do credenciamento será de 12 (doze) meses, contados a partir da assinatura do Termo de Credenciamento.

12.2. O prazo de credenciamento poderá ser prorrogado, observando-se o limite previsto no art. 57, II da Lei 8.666/93, desde que haja interesse público e a proposta dos credenciados seja mais vantajosa para a credenciante.

13. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

13.1. Os pagamentos serão efetuados, obrigatoriamente, por meio de crédito em conta corrente do Banco a ser indicado, cujo número e agência deverão ser informados pelos credenciados até a assinatura do Termo de Credenciamento.

14. DAS PENALIDADES

14.1. Os credenciados inadimplentes estarão sujeitos às penalidades previstas no art. 87 da Lei nº 8.666/93, assegurado o contraditório e a prévia e ampla defesa.

15. DOS RECURSOS

15.1. O interessado que for inabilitado terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados a partir da publicação de ata circunstanciada no Portal da Transparência, para complementar a documentação, quando for o caso ou recorrer quanto a sua inabilitação, conforme estabelecido no art. 109, I, a, da Lei 8.666/93.

15.2. O recurso limitar-se-á a questões de habilitação, considerando, exclusivamente, a documentação apresentada no ato da inscrição.

15.3. O recurso será protocolado no endereço indicado no item 7.1 ou enviado ao e-mail compras@pmspa.rj.gov.br, devendo ser encaminhado a Comissão Especial de Credenciamento, para análise e decisão no prazo de 05 (cinco) dias úteis a contar de seu recebimento, podendo reconsiderar a decisão inicial conforme o caso ou remetê-lo à autoridade superior para decisão definitiva.

15.4. O resultado final do processo de credenciamento e contratação será divulgado no Portal da Prefeitura Municipal de São Pedro da Aldeia após o término da fase de recurso.

16. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1. O presente procedimento de credenciamento poderá ser revogado por razões de conveniência e interesse público decorrente de fato superveniente devidamente comprovada, ou anulada no todo ou em parte por ilegalidade, de ofício ou por provocação de terceiro, de

acordo com o art.229 da Lei Estadual nº 287/79, c/c o art. 49 da Lei nº 8.666/93, assegurado o direito de defesa sobre os motivos apresentados para a prática do ato de revogação ou anulação.

16.2. A Administração não se obriga a contratar os serviços globalmente quantificados neste Edital em sua totalidade com uma única empresa, podendo ordenar o início dos serviços imediatamente após a contratação;

16.3. O credenciamento/contratado passa a constar do rol de prestadores de serviços habilitados na especialidade objeto do edital, ficando o acionamento deste serviço dependente da busca espontânea do paciente, quando portador de requisição/encaminhamento autorizado pelos setores competentes da Gestão da Saúde.

16.4. Os interessados poderão obter maiores esclarecimentos ou dirimir suas dúvidas acerca do objeto deste instrumento convocatório ou interpretação de qualquer de seus dispositivos, por escrito, através do protocolo geral no endereço indicado no item 7.1 ou pelo email compras@pmspa.rj.gov.br.

16.5. É de inteira responsabilidade dos interessados acompanharem as informações e os resultados disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde ou divulgadas no Portal da Prefeitura Municipal de São Pedro da Aldeia.

17. RELAÇÃO DE ANEXOS

- I - TERMO DE REFERENCIA
- II - SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO
- III - MODELO DE DECLARAÇÃO DE MENOR
- IV - MODELO DE DECLARAÇÃO DE SERVIDOR
- V - MODELO DE IMPEDIMENTO DE LICITAR
- VI - MODELO DE DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE ATENDIMENTO
- VII - RELAÇÃO DE SERVIÇOS E QUANTITATIVOS
- VIII - RELAÇÃO DE EQUIPAMENTOS
- IX - MODELO DE PROCURAÇÃO
- X - MINUTA DE TERMO DE CREDENCIAMENTO
- XI - TABELA MUNICIPAL DIFERENCIADA DE SERVIÇOS DO SUS

São Pedro da Aldeia, RJ, em 12 de abril de 2022.

Elaborador (a)

ANEXO I

TERMO DE REFERÊNCIA

ANEXO II

SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

À Comissão Especial de Credenciamento,

Sr Presidente,

Tendo tomado conhecimento do edital de Chamamento Público nº xxx/xxx, originário do processo 11132/2021 e, ciente de seus termos e condições, apresento a seguir nossa identificação jurídica para ao fim requerer:

Razão Social:
CNPJ:
Endereço da sede ou filial a credenciar:
Telefone empresarial e/ou e-mail e/ou outros contatos
Informações Bancárias:
Banco: Agência: Conta Corrente:
Observações:

Prestadas as informações iniciais e em vista dos documentos ora juntados solicito o credenciamento

São Pedro da Aldeia, _____ de _____ de _____

(Assinatura)
Identificação da Razão Social
Identificação do Sócio Administrador ou Representante Constituído

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO DO INC. XXXIII DO ART. 7º
DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

(razão social da empresa proponente), inscrita no CNPJ nº _____, por intermédio de seu representante legal o (a) Sr. (a) _____, portador (a) da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, DECLARA, para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos. Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz ()

São Pedro da Aldeia, _____ de _____ de _____

(Assinatura)

Identificação da Razão Social Social

Identificação do Sócio Administrador ou Representante Constituído

ANEXO IV

**DECLARAÇÃO QUE A EMPRESA NÃO POSSUI
SERVIDOR PÚBLICO EM SEU QUADRO**

Declaro que a Empresa xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, participante da chamada pública _____, não possui em seu quadro societário servidor público da ativa, ou empregado de empresa pública ou de sociedade de economia mista desta municipalidade.

São Pedro da Aldeia, _____ de _____ de _____

(Assinatura)

Identificação da Razão Social Social

Identificação do Sócio Administrador ou Representante Constituído

ANEXO V

**DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE IMPEDIMENTO DE LICITAR
OU CONTRATAR COM A ADMINISTRAÇÃO**

(razão social da empresa proponente), inscrita no CNPJ nº _____, por intermédio de seu representante legal o (a) Sr. (a) _____, portador (a) da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, DECLARA, sob as penas da lei, que não está sujeita a qualquer impedimento legal para licitar ou contratar com a Administração, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

São Pedro da Aldeia, _____ de _____ de _____

(Assinatura)

Identificação da Razão Social Social

Identificação do Sócio Administrador ou Representante Constituído

ANEXO VI

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE ATENDIMENTO

(razão social da empresa proponente), inscrita no CNPJ nº _____, por intermédio de seu representante legal o (a) Sr. (a) _____, portador (a) da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, DECLARA Disponibilidade de atendimento no que tange a espaço físico de _____, e um quantitativo para atendimento de uma demanda de _____.

São Pedro da Aldeia, _____ de _____ de _____

(Assinatura)

Identificação da Razão Social Social

Identificação do Sócio Administrador ou Representante Constituído

ANEXO VII

RELAÇÃO DE SERVIÇOS E QUANTITATIVO

(razão social da empresa proponente), inscrita no CNPJ nº _____, por intermédio de seu representante legal o (a) Sr. (a) _____, portador (a) da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, DECLARA, QUE SE PROPOE A REALIZAR CONFORME INDICAÇÃO do número do item e sua descrição, incluindo a codificação da Tabela SUS e/ou TABELA DIFERENCIADA MUNICIPALIZADA DA SEGUINTE FORMA:

Tabela SUS SIGTAP

Cód. Procedimento	Descrição procedimento

Tabela municipal diferenciada dos serviços de saúde SUS

Cód. Procedimento	Descrição procedimento

São Pedro da Aldeia, _____ de _____ de _____

(Assinatura)

Identificação da Razão Social Social

Identificação do Sócio Administrador ou Representante Constituído

ANEXO VIII

RELAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DISPONÍVEIS

(razão social da empresa proponente), inscrita no CNPJ nº _____, por intermédio de seu representante legal o (a) Sr. (a) _____, portador (a) da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, DECLARA, DISPONIBILIDADE DOS SEGUINTE EQUIPAMENTOS PARA OS ATENDIMENTOS PROPOSTOS:

(LISTAR EQUIPAMENTOS E QUANTITATIVO)

São Pedro da Aldeia, _____ de _____ de _____

(Assinatura)

Identificação da Razão Social Social

Identificação do Sócio Administrador ou Representante Constituído

ANEXO IX

INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO

A Empresa....., sediada à Rua (Av., Al., etc.), cidade....., estado....., inscrita no CNPJ sob nº, por seu diretor (sócio gerente, proprietário), através do presente instrumento, constitui, para os fins de representação perante à chamada pública XXXXX/XXXX, realizado pelo Município de São Pedro da Aldeia, RJ, o(a) Sr. (a.), portador(a) da cédula de identidade (ou outro tipo de documento de identificação) RG nº, com amplos poderes de decisão, podendo, para tanto, prestar esclarecimentos, assinar contratos/termo de credenciamento, interpor e renunciar a recursos, receber notificações e intimações,... **(demais poderes considerados necessários)** e em nome desta empresa atuar para defender seus direitos.

Localidade, em..... dede 2020.

(Assinatura)
Identificação da Razão Social
Identificação do Sócio Administrador

OBSERVAÇÕES:

- a) Este documento apresenta sugestão de instrumento, devendo ser preenchido e assinado por seu **representante legal** e juntado ao processo de credenciamento se for o caso
- b) Em qualquer dos casos (este Anexo ou Procuração) deverá ser juntado documento que comprove o poder de delegação do outorgante.

ANEXO X

MINUTA DE TERMO DE CREDENCIAMENTO Nº XX/XXX

TERMO DE CREDENCIAMENTO, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE SÃO DE PEDRO DA ALDEIA, ATRAVÉS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DE OUTRO LADO xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, com fulcro nas Leis Federais nº. 8666/93, nº 8080/90 e 101/2000.

O **MUNICÍPIO DE SÃO PEDRO DA ALDEIA, RJ**, doravante designado simplesmente **MUNICÍPIO**, localizado na Rua Marques da Cruz, 61, Centro, inscrito no CNPJ nº. XX.XXX.XXX/XXXX-XX., neste ato neste ato representado pela Secretária Municipal de Saúde, **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, nomeada pela Portaria nº XXXX, de XX/XX/XX, portadora da C. I. nº XXXXXXXXXXXXX e CPF nº XXXXXXXX, residente à XXXXXXXXXXXXX, XXXXXXXXXXXXX, e de outro lado xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, doravante denominada simplesmente **CRENCIADO(A)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº xx.xxx.xxx/xxxx-xx, com sede na (endereço), neste ato representado por, **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, portador(a) da C. I. nº. xxxxxxxxxxxx, expedida pelo xxxxxxxx, inscrito no CPF sob o nº. xxxxxxxxxxxxxxxx, resolvem celebrar o presente **TERMO DE CREDENCIAMENTO**, tendo em vista o constante e decidido no Processo Administrativo nº 4760/2020, contendo as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL: O presente Termo fica vinculado à Lei Federal nº. 8.666/93, Lei nº 8080/90 e suas alterações, Lei Complementar Federal nº 101/00, bem como pelos preceitos de direito público e pelas Cláusulas deste Termo.

Parágrafo Único - A CRENCIADA declara conhecer todas as normas e concorda em sujeitar-se às estipulações, sistema de penalidades e demais regras dela constantes, ainda que não expressamente transcritas neste Instrumento.

CLÁUSULA SEGUNDA – OBJETO: Credenciamento de empresas especializadas nos serviços de assistência à saúde, interessadas em participar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde em São Pedro da Aldeia/RJ, com o objetivo de ofertar serviços voltados para realização de exames e procedimentos clínicos, a saber: **colonoscopia com material e endoscopia com sedação**, para atender aos munícipes, mediante os preços fixados na tabela SIS/SUS/SIGTAP e Tabela Diferenciada Municipalizada.

Parágrafo Primeiro – Os serviços contratados compreendem a utilização pelos usuários do SUS, da capacidade instalada da **CRENCIADA**, necessária para o atendimento do objeto deste Termo, concomitante com o termo de referência.

Parágrafo Segundo – Para o cumprimento do objeto deste Termo, a **CREDCIADA**, obriga-se a oferecer aos usuários os recursos necessários a seu atendimento, conforme proposto no Termo de Credenciamento, compreendendo, os serviços relacionados abaixo:

(LISTAGEM DOS SERVIÇOS CREDENCIADOS)

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO: Para atender o objeto deste Termo, a **CREDCIADA** obriga-se a observar as regras de admissão de pacientes estabelecidas abaixo:

Parágrafo Primeiro – O atendimento será feito por demanda referenciada. Os pacientes serão encaminhados para atendimento pelas Unidades Municipais de Saúde dos Municípios de São Pedro da Aldeia, através do formulário “Requisição de Exame” regularmente preenchido, assinado e carimbado pelo médico responsável pelo encaminhamento, conforme termo de referência.

Parágrafo Segundo – A **CREDCIADA** só poderá admitir o paciente mediante recebimento do formulário descrito no Parágrafo Primeiro, devidamente preenchido e autorizado.

Parágrafo Terceiro – Os procedimentos serão previamente autorizados pelo sistema regulador do **MUNICÍPIO**, conforme o caso.

CLÁUSULA QUARTA – OBRIGAÇÕES DAS PARTES:

Parágrafo Primeiro: A **CREDCIADA** obriga-se a:

- I - Não transferir a outrem, no todo ou em parte, a prestação dos serviços de que trata o presente chamamento;
- II - Assumir inteira responsabilidade pela prestação dos serviços, que deverão ser realizados com a observância de todas as normas técnicas e normativas legais aplicáveis;
- III - Fornecer e utilizar toda competente e indispensável mão-de-obra especializada, atendida todas as exigências legais pertinentes, tais como trabalhistas, sociais, tributárias, previdenciárias, fundiárias, normas técnicas e demais, por mais especiais que sejam e mesmo que aqui não mencionada;
- IV - O credenciado não poderá solicitar qualquer tipo de exame ou procedimento, sem a prévia autorização da regulação municipal. Salvo, os casos implementados por protocolo criado pela Secretaria Municipal de Saúde;

- V - Exigir e somente prestar os serviços mediante a apresentação de documento de identidade do paciente e da Guia de Encaminhamento com carimbo e assinatura de servidor competente da Secretaria Municipal de Saúde autorizando a realização do procedimento;
- VI - Responsabilizar-se única e exclusivamente, pelo pagamento de todos os encargos e demais despesas decorrentes da prestação dos serviços, tais como emolumentos prescritos e que digam respeito ao serviço; impostos; taxas; contribuições fiscais; previdenciárias; trabalhistas; fundiárias; enfim, por todas as que houver, por mais especiais que sejam e mesmo que não expressas no presente edital;
- VII - Notificar à Administração Pública, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, caso tenha interesse em se descredenciar, sob pena de incidência de sanções administrativas previstas neste instrumento, independente das sanções civis na forma da Lei;
- VIII - Fornecer, quando solicitado, elementos necessários à avaliação dos serviços, bem como dados estatísticos e demonstrativos de custos;
- IX - A credenciada deverá ser possuidora de médico quando necessário, que cumpra o CBO de cada categoria;
- X - A credenciada será remunerada exclusivamente através dos valores estabelecidos neste Termo de Referência, sendo vedada a cobrança de quaisquer sobretaxas; a retenção e/ou exigência de apresentação de qualquer documento (s) adicional (ais); aposição de assinatura em guia e/ou documento em branco ou de garantia de quaisquer espécies; cobrança de depósito e/ou caução de qualquer natureza;
- XI - Manter, durante toda a execução do contrato, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no presente edital.

Parágrafo Segundo: O **MUNICÍPIO** obriga-se a:

- I - Providenciar os pagamentos das notas fiscais devidamente atestadas, nos prazos fixados;
- II - Notificar a Credenciada por escrito da ocorrência de eventuais imperfeições no curso do serviço, fixando prazo para a sua correção;
- III - Pagar à Credenciada o valor ajustado e no prazo previsto, na forma do contrato;
- IV - Zelar para que durante toda a vigência do contrato sejam mantidas, em compatibilidade com as obrigações assumidas pela Credenciada, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;

- V - Aplicar, conforme o caso, as penalidades administrativas previstas pela Lei nº 8.666/93;
- VI - A Administração não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela Contratada com terceiros, ainda que vinculados à execução do presente Credenciamento, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da Credenciada, de seus empregados, prepostos ou subordinados.

CLÁUSULA QUINTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CREDENCIADA: A **CREDENCIADA** será responsável pela indenização de danos causados a usuários, aos órgãos do SUS e a terceiros, decorrentes de ação ou omissão voluntária; de negligência, imperícia ou imprudência, praticadas por seus empregados, profissionais ou prepostos, ficando-lhe assegurado o direito de regresso.

Parágrafo Único – A fiscalização e o acompanhamento da execução deste TERMO por órgãos do SUS não excluem nem reduzem a responsabilidade da **CREDENCIADA**.

CLÁUSULA SEXTA – DO PRAZO: O prazo de vigência do presente Termo será de xx (xxxxx) meses, contados da sua assinatura, podendo ser prorrogado por interesse do **MUNICÍPIO** e anuência da **CREDENCIADA**, por iguais e sucessivos períodos, até o limite sessenta meses (art. 57, II, da Lei nº. 8.666/93).

Parágrafo Primeiro – A continuação da prestação de serviços nos exercícios financeiros subsequentes ao presente, respeitado o prazo de vigência do Termo, ficará condicionada a aprovação das dotações próprias para as referidas despesas no orçamento do **MUNICÍPIO**.

Parágrafo Único – A revogação ficará condicionada a avaliação técnica da prestação dos serviços contratados, além das informações originadas de eventuais auditorias da Controladoria Geral do Município e da Secretaria Municipal de Saúde.

CLÁUSULA SÉTIMA – VALOR: A **CREDENCIADA** receberá, mensalmente, do **MUNICÍPIO** os recursos para a cobertura dos serviços contratados, efetivamente prestados, de acordo com os valores unitários de cada procedimento, previsto na Tabela de Procedimentos Ambulatoriais do SIA/SUS.

Parágrafo Primeiro – O TETO FINANCEIRO MENSAL reservado para atendimento dos serviços descritos na **CLÁUSULA SEGUNDA**, prestados pela **CREDENCIADA**, é de R\$ xxxxxxxxxxxx (extenso).

Parágrafo Segundo – Os serviços que vierem a ser contratados serão remunerados pelos valores unitários constantes na **Tabela de Procedimentos do SUS e TABELA DIFERENCIADA MUNICIPALIZADA** em vigor na data da realização do procedimento.

Parágrafo Terceiro – É expressamente vedado a **CRENCIADA** realizar qualquer espécie de cobrança por prestação de serviço em razão deste Termo.

Parágrafo Quarto – A **CRENCIADA** deverá afixar aviso, em local visível, de sua condição de entidade integrante do SUS e da gratuidade dos serviços prestados nesta condição.

Parágrafo Quinto – A **CRENCIADA** responsabilizar-se-á por qualquer cobrança indevida feita a usuário ou a seu representante, por profissional, empregado ou preposto, em razão de execução do objeto deste Termo.

CLÁUSULA OITAVA – FORMA E PRAZO DE PAGAMENTO: As despesas decorrentes do presente chamamento serão custeadas através do Programa de Trabalho: 10.302.056.2.260, Elemento de Despesa: 33.90.39.36.00, Fichas: 1090 e 1092.

Parágrafo Primeiro - O pagamento pelos serviços prestados pela **CRENCIADA** será efetuado mensalmente, tendo em conta o número de procedimentos efetivamente realizados por encaminhamento do MUNICÍPIO, tendo em vista o valor estabelecido no Teto Financeiro Mensal, descrito no parágrafo 1º da CLÁUSULA SÉTIMA.

Parágrafo Segundo – Para o pagamento, a **CRENCIADA** deverá apresentar a nota fiscal, acompanhada das “Requisições de Exame” a ser atestada pelo Setor de Contas Médicas e Diretoria de Controle, Regulação e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde.

Parágrafo Terceiro – Os documentos fiscais de cobrança deverão ser emitidos perante a Prefeitura Municipal de São Pedro da Aldeia - RJ, e endereçados à Secretaria Municipal de Saúde, mensalmente, no primeiro dia útil do segundo mês subsequente à prestação dos serviços. A não observância desse prazo isenta de responsabilidades a Prefeitura Municipal de São Pedro da Aldeia ao que diz o artigo 1º da Portaria 2.617, de 01/11/2013, do Ministério da Saúde.

CLÁUSULA NONA – CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO: A execução do presente Termo dar-se-á nas seguintes condições:

I – O credenciamento caracteriza a relação entre as partes, integrando a **CRENCIADA**, de forma complementar o Sistema Único de Saúde;

II – A **CRENCIADA** deverá manter, durante a vigência deste Termo as condições de habilitação exigidas para a sua celebração;

III – É de responsabilidade exclusiva e integral da **CRENCIADA** a utilização de pessoal para a execução dos respectivos procedimentos, incluídos encargos trabalhistas, previdenciários, sociais e fiscais resultantes de vínculo empregatício ou comercial. São, também, de inteira

responsabilidade da **CREDENCIADA**, eventuais indenizações por quaisquer modalidades de danos que venham a ser causados a terceiros na prestação dos serviços contratados;

IV – É vedado:

- a) o trabalho do credenciado em dependências ou setores próprios do **MUNICÍPIO**; (a conformar com a SESAU).
- b) não poderá fazer parte do quadro social ou de empregados da **CREDENCIADA**, sob pena de rescisão deste Termo, servidor público, contratado sob qualquer título; ocupante de cargo eletivo ou com registro oficial de candidatura a cargo no **MUNICÍPIO**;
- c) a transferência dos direitos e obrigações decorrentes desse Termo.

CLÁUSULA DÉCIMA – DA FISCALIZAÇÃO: A Fiscalização dos serviços decorrentes deste Credenciamento ficará a cargo da Secretaria Municipal de Saúde, por meio de avaliações periódicas, visitas, auditorias, treinamentos, comunicações escritas e outras atividades correlatas, sob responsabilidade da Diretoria de Controle, Regulação e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde, que é a área responsável pelo monitoramento da rede credenciada, devendo as intercorrências serem registradas em relatórios anexados a documentação do credenciado.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA FORÇA MAIOR: Os motivos de força maior que possam impedir a **CREDENCIADA** de cumprir o prazo e condições deste Termo de Credenciamento deverão ser alegados oportunamente, mediante requerimento protocolado. Não serão consideradas quaisquer alegações baseadas em greve ou em ocorrência não comunicada nem aceitas pela Fiscalização nas épocas oportunas. Os motivos de força maior poderão autorizar a suspensão da execução do Credenciamento.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA SUSPENSÃO DA EXECUÇÃO: É facultado ao **MUNICÍPIO** suspender a execução do Credenciamento e a contagem dos prazos diante de justificadas razões de interesse público.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA RESCISÃO ADMINISTRATIVA: A declaração de rescisão deste Credenciamento poderá se dar numa das seguintes hipóteses:

- a) pela ocorrência de seu termo final;
- b) por solicitação da **CREDENCIADA**, devendo ser manifestada a intenção, por escrito, à outra parte com antecedência de 90 dias;
- c) por acordo entre as partes;

d) reconhecimento dos direitos da Administração, em caso de rescisão administrativa prevista no art. 77 desta Lei;

e) unilateral, pelo **MUNICÍPIO**, no caso de descumprimento de condições estabelecidas no Termo de Credenciamento.

Parágrafo Único - Nos casos supracitados, a rescisão operará seus efeitos a partir da publicação do ato administrativo no Informativo São Pedro da Aldeia.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DO FORO: A **CRENCIADA** obriga-se por si e por seus sucessores ao fiel cumprimento de todas as cláusulas e condições do presente Termo, e elege o foro do Município de São Pedro da Aldeia, com expressa renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA INEXIGIBILIDADE: O presente TERMO é autorizado pelo Ato de Inexigibilidade exarado no Processo Administrativo nº xxxx pela autoridade superior em conformidade com o disposto no artigo 61 da Lei Federal nº 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DA PUBLICAÇÃO: O **MUNICÍPIO** obriga-se a promover a publicação, em extrato, do presente Credenciamento, dentro do prazo de 20 (vinte) dias contados da sua assinatura, no Informativo São Pedro da Aldeia.

E, por assim estarem justas e contratadas as partes assinam este instrumento por seus representantes em 05 (cinco) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo identificadas:

São Pedro da Aldeia, RJ, em xx de xxxxxxx de 202X.

MUNICÍPIO DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
XXXXXXXXXXXXX
Secretária Municipal de Saúde

CRENCIADO(A)
NOME DO REPRESENTANTE LEGAL
Representante Legal

TESTEMUNHAS:

1. _____;

2. _____.

ANEXO XI

TABELA MUNICIPAL DIFERENCIADA DE SERVIÇOS DO SUS



PMSPA / SESAU
PROC. Nº 11132/21
PAG 70

TERMO DE REFERÊNCIA

Proc N°	11132/21
Folha N	746
Rub	62

1 – OBJETO:

Credenciar EMPRESAS ESPECIALIZADAS NOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, interessadas em participar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde em São Pedro da Aldeia/RJ, com o objetivo de ofertar serviços de: Procedimento com Finalidade Diagnóstica, especificamente em ENDOSCOPIA e COLONOSCOPIA, para atender aos munícipes, mediante preços fixados na tabela SIS/SUS/SIGTAP e Tabela Diferenciada Municipalizada em anexo.

2 – JUSTIFICATIVA:

De início, justifica-se a necessidade de NOVO credenciamento para realização de exames e procedimentos clínicos, haja vista o **desinteresse** da empresa vencedora (CARMO E MACIEL – Termo de Credenciamento nº 09/2020) na execução dos serviços, vinculados ao Processo de **Chamamento Público nº 03/2020**, o que prejudicou o atendimento e ocasionou o aumento de nossa demanda reprimida à espera de atendimentos.

Salienta-se, que em 2019, o município de São Pedro da Aldeia possuía uma população estimada em 104.476 mil habitantes, dado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Com a sua localização estratégica e seu potencial logístico e natural, São Pedro da Aldeia tornou-se um município mais atraente a população turística. Como se não bastasse, de 2016 a 2020 ocorreu um crescimento populacional significativo tanto em números de habitantes quanto na implementação de empregos ao Município.

Os residentes no Município, hoje, podem contar com grande avanço no mercado de trabalho, não dependendo tanto de municípios vizinhos para garantia de suas rendas. A atividade turística e a pesca artesanal são as principais atividades econômicas, e o comércio já se expande diminuindo, assim, o grande número de desempregos informais como nos anos anteriores.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROC. N° 11132/21
FAG 71
11/11/21

Com o grande crescimento populacional surge a necessidade de serviços básicos na região, dentre os quais serviços vinculados a saúde.

Proc N° 11132/21
Folha N° 117
Rub 6

O Sistema Único de Saúde define como primordial o atendimento ao usuário de forma universalizada, integralizada e regionalizada, sendo todos conhecedores que as ações e serviços públicos de saúde deverão ser garantida a população, não cabendo, em nenhuma hipótese, a limitação da oferta de serviços de saúde.

O SUS é uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde que tem como premissa a descentralização com direção única em cada esfera de governo. É fácil constatar que, pelo princípio da descentralização, aos municípios compete à grande maioria das incumbências do SUS, com o apoio técnico e financeiro da União e dos Estados.

Assim sendo, cabe ao gestor municipal de saúde fazer o levantamento das disponibilidades físicas, financeiras e humanas da rede pública sob sua gestão, para garantir a universalidade e integralidade ao acesso da população própria e referenciada aos serviços de saúde, considerando a demanda existente, através de ações próprias ou utilizando-se da colaboração de terceiros, no cumprimento deste mandamento constitucional.

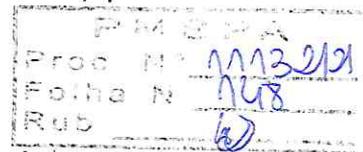
O município de São Pedro da aldeia, gestor pleno do SUS municipal, possui a responsabilidade territorial e regional da oferta e serviços de atenção básica de média e alta complexidade. Atualmente, o município vem enfrentando diversas dificuldades de acesso, principalmente em consultas, exames e procedimentos de maior complexidade.

A rede de atenção à saúde municipal está composta pelos segmentos a seguir: 15 estratégias de saúde da família, 10 unidades básicas de saúde tradicional, 01 centro de reabilitação e saúde, 01 centro de atenção psicossocial adulto e 01 infante juvenil, 01 farmácia básica, 01 programa de atendimento à saúde da mulher e criança (paimca), 01 residência terapêutica, 01 policlínica municipal, 01 pronto socorro municipal, 01 upa pediátrica sob gestão estadual, 01 departamento de doenças infectocontagiosa, 01 núcleo de violência intrafamiliar e 01 centro de especialidade odontológica. A ausência de uma rede hospitalar no município aumenta a



PMSPA / SESAU
PROC. Nº 11132/21
PAG 22
RUB 0

responsabilidade em atendimentos de prevenção e promoção a saúde, de forma eficaz e segura, com intuito de reduzir riscos e agravos a população sem prejuízo do cuidado, preservando a universalidade do sistema, a equidade, integralidade da atenção.



Atualmente, partes dos serviços de média e alta complexidade, bem como consultas especializadas, exames e procedimentos mais complexos, são realizados fora do Município, por meio da Programação Pactuada Integrada (PPI), onde há a necessidade de deslocamento do usuário para fora do município, gerando assim custos com deslocamentos, dificuldade de acesso para o usuário, aumento das complicações, além da demora pelo atendimento e desconforto ao usuário. Destaca-se a necessidade da oferta de alguns serviços necessários e prescritos, indisponíveis no rol da tabela sus, além da dificuldade de contratação pelos valores ofertados na própria tabela, causando a desassistência ao usuário, motivo este pelo qual ensejou para a pactuação de uma Tabela Municipal Diferenciada dos serviços de saúde do SUS, a qual foi devidamente aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde, por meio da Resolução nº 03/2020/CMS, conforme exposições de motivos constantes no processo administrativo nº 5313/2020.

Considerando à necessidade da Administração Pública, em cumprir a determinação da norma constitucional, em relação ao atendimento à saúde (art. 23, II e 196, ambos da CF/88).

Ademais, tendo em vista a necessidade de ampliação das ações e serviços de saúde a nível municipal e regional.

Diante destes fatos, é imprescindível a contratação de pessoas jurídica de direito público e privado com ou sem fins lucrativos para a manutenção e execução de serviços, garantindo as ofertas e ampliação de serviços de saúde, assim como o possível atendimento a região de saúde, de acordo com a Programação pactuada integrada, fortalecendo a regionalização do sistema na região da baixada litorânea.



PMSPA / SESAU
PROC. Nº 11132/21
PAG 13
P13

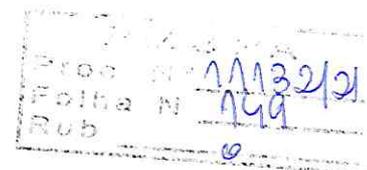
3 – RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS:

Os recursos necessários à realização do certame correrão por conta das seguintes dotações orçamentárias:

Programa de Trabalho: 10.302.056.2.260

Elemento de Despesa: 33.90.39.36.00

Ficha: 1090 e 1092



4 – DOS PRAZOS, DA CONTRATAÇÃO, DAS CONDIÇÕES E DA EXECUÇÃO DO OBJETO DO CREDENCIAMENTO:

A Secretaria Municipal de Administração, através da Comissão Especial de Credenciamento, após o recebimento da solicitação de credenciamento, terá o prazo de até 15 (quinze) dias para análise da documentação, podendo ser prorrogado por igual período, desde que devidamente justificado pela Comissão de Credenciamento.

Deferido o pedido de credenciamento, a Credenciada será convocada para firmar o Termo de Credenciamento no prazo de até 03 (três) dias contados da data da convocação;

O prazo do contrato será de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado dentro dos limites da Lei Federal nº 8.666/93;

A vigência do Termo de Credenciamento será de até 12 (doze) meses, a contar de sua assinatura, podendo ser prorrogado mediante aceite expreso das partes, não havendo disposição em contrário pelos signatários, por iguais e sucessivos períodos, respeitando o limite legal de 60 (sessenta) meses;

A modalidade da Contratação deverá ficar aberta pelo período de 15 (quinze) dias corridos, podendo ser prorrogado a critério da Secretaria Municipal de Saúde;



PMSPA / SESAU
PROC. Nº 11132/21
PAG 44
113 0

O credenciamento configurará uma relação contratual de prestação de serviços em saúde. Sendo que a vigência deste instrumento representará uma necessidade transitória da Rede Municipal de Saúde;

PROC. Nº 11132/21
FOLIO Nº 150
RUB 0

A rescisão contratual poderá ocorrer a qualquer momento, pela Administração em atendimento ao interesse público, sem prejuízo dos serviços prestados pela empresa credenciada;

Para a prestação de serviço, o paciente deverá ser encaminhado pelo médico durante uma consulta, sendo elaborada uma **Guia de Encaminhamento**, indicando o exame a ser realizado. Após adquirir a referida Guia, o paciente deverá apresentá-la na secretaria de saúde para que a **Central de Regulação** insira a solicitação do exame no sistema, e após a inserção, o **Médico ou Enfermeiro Regulador faz a autorização**. Em seguida, o paciente é agendado e comunicado através de contato telefônico pela Central de Regulação, sobre o local, horário, e a Clínica que realizará o exame. O mesmo deverá apresentar a Guia **devidamente autorizada** na Clínica, no momento da realização do exame.

A Credenciada deverá realizar o serviço na data determinada pelo sistema de regulação municipal;

Os exames deverão ser realizados **preferencialmente** no município de São Pedro da Aldeia ou, em local de fácil acesso aos pacientes;

Os resultados dos exames deverão ser entregues diretamente ao usuário em no máximo 10 (dez) dias úteis contados da data de realização dos mesmos, **SALVO** os casos de reconhecida complexidade, o prestador do serviço deverá comunicar ao fiscal do contrato, os motivos, para sua aceitação;

A administração pública reserva-se no direito de, a qualquer tempo, paralisar ou suspender a execução dos serviços, mediante pagamento único e exclusivo daqueles já executados e devidamente atestados pelo departamento competente;



PMSPA / SESAU
PROC. Nº 11132/21
FAG 15

A Administração pública publicará periodicamente a relação das empresas credenciadas em todas as unidades de Saúde do Município.

Proc. Nº 11132/21
Folha Nº 151
Pub

5 – PAGAMENTO:

O pagamento será realizado após prestação do serviço em até 30 dias contados da data final do período do adimplemento a que se referir, mediante a Nota Fiscal/Fatura que deverá ser apresentada pela contratada, atestada e revisada por 2 (dois) servidores da Secretaria Municipal de Saúde, responsável pelo recebimento.

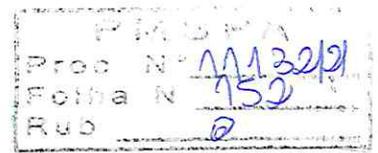
A Secretaria Municipal de Saúde pagará mensalmente aos prestadores de serviços contratados, pelos serviços efetivamente prestados, em valores unitários constantes na Tabela SIGTAP, Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS em vigor na data da realização do evento e Tabela Municipal Diferenciada do Serviço de Saúde do SUS.

6 – RESPONSÁVEL PELA FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO E AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS:

Após a análise da documentação apresentada pela credenciada, é facultada a contratante, através da Comissão Especial de Credenciamento, o agendamento por email ou telefone, para a realização da VISITA TÉCNICA, afim de analisar e avaliar o espaço físico e estrutural da credenciada, bem como o nível do atendimento que será prestado.

A Secretaria Municipal de Saúde, designará servidores responsáveis à fiscalização do serviço prestado através da Comissão Especial de Credenciamento, que acompanhará a execução dos serviços credenciados por meio de visitas, auditorias, avaliações periódicas e outras atividades correlatas, sob responsabilidade dos fiscais e gerente de contrato, devendo qualquer intercorrência, ser registrada em relatórios anexados à documentação do credenciado.

Caberá ao gerente e fiscais do contrato estabelecer prazos e desenvolver instrumentos para a avaliação qualitativa dos serviços credenciados, assim como da satisfação dos usuários dos



serviços, utilizando para tal, a mesma base metodológica do Programa Nacional de Avaliação de Saúde – PNASS – do Ministério da Saúde.

PMSPA / SESAU
PROC. N° 11132121
FAG 76
@

7 – DESCRIÇÃO DOS ITENS:

Contratação de serviço de saúde para atender aos nossos Municípios, conforme tabela diferenciada municipalizada abaixo:

FORMA DE ORGANIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO TABELA DIFERENCIADA MUNICIPALIZADA	
PROCEDIMENTO	<u>SUBGRUPO 03 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA</u>
	FORMA: APARELHO DIGESTIVO
02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)
S/ COD SUS	COLONOSCOPIA COM POLIPECTOMIA
S/ COD SUS	SEDAÇÃO PARA COLONOSCOPIA
S/ COD SUS	RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL
S/ COD SUS	SEDAÇÃO PARA RETOSSIGMOIDOSCOPIA
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA
S/ COD SUS	POLIPECTOMIA DE ESÔFAGO, ESTÔMAGO E DUODENO
S/ COD SUS	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM PESQUISA DE H. PYLORI
S/ COD SUS	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA) DIAGNOSTICA, COM RETIRADA DE MATERIAL PARA EXAME HISTOPATOLÓGICO E TESTE DE URÉASE
S/ COD SUS	SEDAÇÃO PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA
VALOR TOTAL POR MÊS	
VALOR TOTAL POR ANO	
R\$ 31.400,54	R\$ 376.806,48

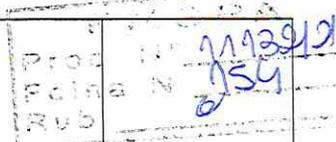


Proc. N° 1132/20
Folha N° 153
PMSPA / SESAO
PPOC. N° 1132/21
706 77
0

7.1. DA TÉCNICA QUANTITATIVA:

De acordo com os levantamentos do sistema municipal de regulação, das PPI's existentes, das demandas reprimidas e do orçamento fixado, para as ações de média e alta complexidade, dos faturamentos realizados pelos prestadores hoje contratualizados, foi utilizada a seguinte técnica quantitativa, com base nos valores estabelecidos na tabela diferenciada municipalizada:

ITEM	EXAMES / PROCEDIMENTOS	CODIGOS	VALOR UNITÁRIO (R\$)	QTD. (MENSAL)	VALOR MENSAL (R\$)	VALOR ANUAL (R\$)
1	COLONOSCOPIA	02.09.01.002-9	704,22	02	1.408,44	16.901,28
1.1	COLONOSCOPIA COM POLIPECTOMIA	S/ COD SUS	1.880,00	11	20.680,00	248.160,00
1.2	SEDAÇÃO PARA COLONOSCOPIA	S/ COD SUS	200,00	13	2.600,00	31.200,00
1.3	RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL	S/ COD SUS	120,00	02	240,00	2.880,00
1.4	SEDAÇÃO PARA RETOSSIGMOIDOSCOPIA	S/ COD SUS	150,00	02	300,00	3.600,00
2	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	02.09.01.003-3	196,05	02	392,10	4.705,20
2.1	POLIPECTOMIA DE ESÔFAGO, ESTÔMAGO E DUODENO	S/ COD SUS	450,00	04	1.800,00	21.600,00
2.2	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM PESQUISA DE H. PYLORI	S/ COD SUS	150,00	09	1.350,00	16.200,00
2.3	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA) DIAGNOSTICA,	S/ COD SUS	530,00	01	530,00	6.360,00



	COM RETIRADA DE MATERIAL PARA EXAME HISTOPATOLÓGICO E TESTE DE URÉASE					
2.4	SEDAÇÃO PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	S/ COD SUS	150,00	14	2.100,00	25.200,00
VALOR TOTAL ESTIMADO					R\$ 31.400,54	R\$ 376.806,48

OBS: Cumpre registrar, que os itens 1 e 2 referem-se ao exame básico (puro e simples), sendo os demais com procedimentos especializados, classificados sob ordem numérica, os quais estão dentro da necessidade desta Secretaria.

8. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

A fim de garantir a qualidade e comprometimento dos eventuais prestadores, sugerimos que seja exigida a documentação mínima a seguir:

- 1) Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica;
- 2) Cópia do alvará de localização e funcionamento atualizado;
- 3) Certificado de inscrição e responsabilidade técnica nos conselhos regionais de fiscalização competente;
- 4) Vistoria da Secretaria Municipal de Saúde, após a entrega dos documentos, a fim de verificar as instalações físicas das empresas;
- 5) Declaração da Credenciada acerca da disponibilidade de atendimento, no que tange ao espaço físico e quantidade da demanda;



PMSPA / SESAU
PROC. Nº 11132/21
FAG 79
Rub 0

- 6) Boletim de Ocupação emitido pelo serviço de vigilância Sanitária Municipal ou equivalente nos casos de Credenciamento de Média Complexidade;
- 7) Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;
- 8) Responsável técnico pelo serviço: título de especialista ou residência na área do credenciamento pretendido e certificado de responsabilidade técnica no órgão competente;
- 9) Relação dos profissionais com o respectivo horário de trabalho;
- 10) Cópia do diploma de todos os profissionais envolvidos nas ações a serem executadas;
- 11) Cópia da carteira do respectivo Conselho Regional;
- 12) Comprovantes de especialização para profissionais médicos: títulos de especialista emitido pela sociedade médica reconhecida ou residência médica na área de atuação.

Proc. Nº 11132/21
Folha N 155
Rub 0

9 – OBRIGAÇÕES DA CREDENCIADA

9.1 Não transferir a outrem, no todo ou em parte, a prestação dos serviços de que trata o presente chamamento;

9.2 Assumir inteira responsabilidade pela prestação dos serviços, que deverão ser realizados com a observância de todas as normas técnicas e normativas legais aplicáveis;

9.3 Fornecer e utilizar toda competente e indispensável mão-de-obra especializada, atendida todas as exigências legais pertinentes, tais como trabalhistas, sociais, tributárias,



PMSPA / SESAU
PROC. N° 11132/12
PAG 80

previdenciárias, fundiárias, normas técnicas e demais, por mais especiais que sejam e mesmo que aqui não mencionada;

PMSPA
Proc N° 11132/12
Folha N 156
Rub

9.4 O credenciado não poderá solicitar qualquer tipo de exame ou procedimento, sem a prévia autorização da regulação municipal. Salvo, os casos implementados por protocolo criado pela Secretaria Municipal de Saúde;

9.5 Exigir e somente prestar os serviços mediante a apresentação de documento de identidade do paciente e da Guia de Encaminhamento com carimbo e assinatura de servidor competente da Secretaria Municipal de Saúde autorizando a realização do procedimento;

9.6 Responsabilizar-se única e exclusivamente, pelo pagamento de todos os encargos e demais despesas decorrentes da prestação dos serviços, tais como emolumentos prescritos e que digam respeito ao serviço; impostos; taxas; contribuições fiscais; previdenciárias; trabalhistas; fundiárias; enfim, por todas as que houver, por mais especiais que sejam e mesmo que não expressas no presente edital;

9.7 Notificar à Administração Pública, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, caso tenha interesse em se descredenciar, sob pena de incidência de sanções administrativas previstas neste instrumento, independente das sanções civis na forma da Lei;

9.8 Fornecer, quando solicitado, elementos necessários à avaliação dos serviços, bem como dados estatísticos e demonstrativos de custos;

9.9 A credenciada deverá ser possuidora de médico quando necessário, que cumpra o CBO de cada categoria;

9.10 A credenciada será remunerada exclusivamente através dos valores estabelecidos neste Termo de Referência, sendo vedada a cobrança de quaisquer sobretaxas; a retenção e/ou exigência de apresentação de qualquer documento (s) adicional (ais); aposição de assinatura em guia e/ou documento em branco ou de garantia de quaisquer espécies; cobrança de depósito e/ou caução de qualquer natureza;

9.11 Manter, durante toda a execução do contrato, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no presente edital.



Proc. Nº	M139/21
Folha nº	154
Rub	10

10 – OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

10.1 Supervisionar, monitorar e fiscalizar o cumprimento das obrigações fixadas para a CREDENCIADA, e para os seus profissionais, registrando as ocorrências e eventuais deficiências relacionadas com a execução, sob os aspectos quantitativos e qualitativos, comunicando, FORMALMENTE, à CREDENCIADA quaisquer fatos que exijam medidas correlativas;

10.2 Aferir a qualidade do atendimento prestado pela CREDENCIADA, solicitando as providências cabíveis à regularização do serviço prestado;

10.3 Informar à CREDENCIADA, por escrito, as razões que motivarem eventual rejeição dos serviços credenciados;

10.4 Prestar as informações e os esclarecimentos que venham a ser solicitados pelo preposto da CREDENCIADA;

10.5 Dirimir as dúvidas do prestador do serviço sobre o objeto do credenciamento, no tocante às divergências ou inovações na política administrativa e assistencial do Sistema de Saúde do Município de São Pedro da Aldeia, notificando-o, por escrito, a respeito de irregularidades detectadas na execução dos serviços;

10.6 Realizar auditorias e perícias nos procedimentos, obedecendo aos princípios estabelecidos no Código de Ética da categoria;

10.7 Repassar aos usuários as orientações necessárias para a realização de exames e informações recebidas do prestador dos serviços referentes aos dias, horários e endereços de atendimento;

10.8 Avaliar metas, indicadores dos serviços prestados quadrimestralmente, através do Departamento de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria, seu cumprimento de cotas mensais. Readequar as metas pactuadas, os recursos financeiros a serem repassados, apurar denúncias, adotar providências administrativas para cumprimento das obrigações contratuais, deflagrar



PROPOSTA Nº 11132121
FOLHA Nº 82
RUBRICA

processo administrativo para descredenciamento em caso de descumprimento das obrigações contratuais;

Proc. Nº	11132121
Folha Nº	82
Rub	2

10.9 Acompanhar, controlar, regular, fiscalizar, avaliar e auditar a execução das ações e serviços credenciados, através do Departamento de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria (DRCAA);

10.10 Efetuar o pagamento à CREDENCIADA, de acordo com as condições estabelecidas no Contrato e respectivos Anexos;

10.11 Adotar as providências necessárias, no âmbito de sua atuação, para a aprovação de regulamentos, instruções, ordens de serviços, determinações ou autorizações para permitir a plena realização dos serviços objeto deste Termo de Referência.

11 – DAS CONDIÇÕES GERAIS

A Administração terá direito a vistoriar as instalações, aparelhos e locais de prestação dos serviços das credenciadas a qualquer tempo, sem a necessidade de prévia comunicação.

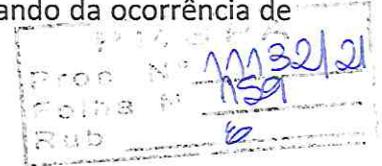
A credenciada deverá estar estabelecida dentro do território do Município, caso haja mais de uma credenciada estabelecida dentro do território do Município será respeitado o seguinte critério: 1) Capacidade de atendimento; 2) Divisão do Teto de cada especialidade por partes iguais. CASO NÃO HAJA NENHUMA EMPRESA CREDENCIADA DENTRO DO TERRITÓRIO, SERÁ PERMITIDO O CREDENCIAMENTO COM EMPRESA EM UM RAIOS MÁXIMO DE 50 (CINQUENTA) QUILOMETROS da sede da Secretaria Municipal de Saúde, conforme diretriz da Portaria MS/GM nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, com os mesmos critérios acima.

Na hipótese de existirem duas ou mais empresas interessadas em credenciarem-se para os mesmos serviços, porém uma estabelecendo o preço na tabela SUS/SIGTAP e outra na Tabela Municipal Diferenciada, dar-se-á preferência ao credenciamento pelo menor preço aplicável desde que respeitado a condição do parágrafo anterior (territorialidade), sopesando-se ainda, os custos que o Município tem com deslocamentos dos pacientes.



PMSPA / SESAU
PROC. Nº 11132/21
PAG 83

Sem prejuízo das sanções estabelecidas neste Termo de Referência, a Administração a qualquer tempo poderá rescindir o contrato por decisão fundamentada, quando da ocorrência de fato superveniente ou circunstância desabonadora da credenciada.



A Secretaria Municipal de Saúde poderá, a seu critério, criar, modificar, suspender, anular ou extinguir quaisquer tipos de procedimentos objeto deste edital, sem que disto decorra qualquer direito aos participantes, observado o disposto no parágrafo único do art. 59, da Lei nº 8.666/93.

As omissões deste Termo de Referência serão supridas pelo instrumento contratual, Leis Federais nº 8.080/90 e 8.666/93, e suas alterações, Manual de Orientações para Contratação de Serviços no SUS, com as demais normas do Sistema Único de Saúde, princípios norteadores da Administração Pública e pelos princípios de Direito Público.

São Pedro da Aldeia, 02 de fevereiro de 2022.

RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO:

MARIÂNGELA PEIXOTO PEDROSO BORGES

Matr. 38.270

LUIZ GUILHERME DE OLIVEIRA MARTINS BARRETO

Matr. 38.468

APROVADO POR:

MARIA MÁRCIA SAMPAIO FONTES

Secretária Municipal de Saúde

Matr. 37.877



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Prefeitura Municipal de São Pedro da Aldeia
Conselho Municipal de Saúde
São Pedro da Aldeia



RESOLUÇÃO

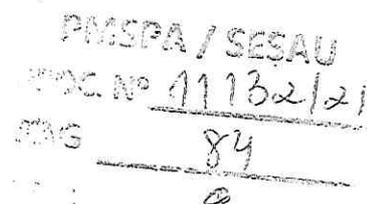
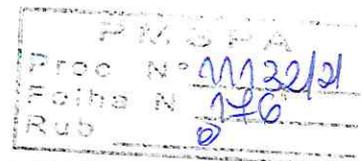
RESOLUÇÃO Nº 010 DE 29 DE DEZEMBRO DE 2021

APROVANDO
TABELA DIFERENCIADA PARA A CONTRATAÇÃO REFERENTE
INCLUSÃO DE EXAMES APARELHO DIGESTIVO

O Plenário do Conselho Municipal de Saúde de São Pedro da Aldeia, em sua Reunião ordinária realizada no dia 29 dezembro de 2021, às 14h30min, na sala do Conselho Municipal de Saúde de São Pedro da Aldeia, no uso de suas competências regimentais e atribuições legais conferidas pela Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, pela Lei Federal nº 8.142 de 24 de dezembro de 1990, pela Lei Orgânica do Município de São Pedro de Aldeia de 05 de outubro de 1989. **Aprova** por todos os conselheiros presentes, conforme constante na ata de reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde de São Pedro da Aldeia.

Solicito que seja dado publicidade a presente resolução, do Conselho Municipal de Saúde, para que surta seus efeitos legais.


Jose Roberto A. Oliveira
Presidente do Conselho Municipal de Saúde
São Pedro da Aldeia





ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Prefeitura Municipal de São Pedro da Aldeia
Conselho Municipal de Saúde
São Pedro da Aldeia



PMSPA / SESAU

DOC. Nº 11132/21

TAG 85

RESOLUÇÃO

**RESOLUÇÃO Nº 010 DE 29 DE DEZEMBRO DE 2021
REFERENTE A TABELA DIFERENCIADA
INCLUSÃO DE EXAMES APARELHO DIGESTIVO**

O Plenário do Conselho Municipal de Saúde de São Pedro da Aldeia, em sua Reunião ordinária realizada no dia 29 de dezembro de 2021, às 14h30min, na sala do Conselho Municipal de Saúde de São Pedro da Aldeia, no uso de suas competências regimentais e atribuições legais conferidas pela Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, pela Lei Federal nº 8.142 de 24 de dezembro de 1990, pela Lei Orgânica do Município de São Pedro de Aldeia de 05 de outubro de 1989.

Resolve:

Considerando a Lei Orgânica do Município de São Pedro de Aldeia. Que sem prejuízo das funções do poder Legislativo, são competências de Conselho Municipal de Saúde: Atuar na formulação e controle da execução da política de saúde.

O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PEDRO DA ALDEIA

Resolve:

Aprovar TABELA DIFERENCIADA PARA A INCLUSÃO DE EXAMES DO APARELHO DIGESTIVO COM AS SEGUINTE NORMAS E PROCEDIMENTOS

- Autorizar a inclusão de exames do Aparelho Digestivo.
- Fica determinado que a inclusão dos exames do Aparelho Digestivo, não altera o valor do teto estabelecido para empresa prestadora de serviços.
- Os procedimentos autorizados encontram-se descritos na planilha em anexo.
SUB GRUPO 03

José Roberto A. oliveira
Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Rua Marques da Cruz, Nº 122
Centro – São Pedro da Aldeia – RJ
Tel. (22) 99933-3043
conselho.municipalspa@gmail.com

PMSPA
Proc. N.º 1132/21
Folha N.º 148
Rub. 10



TABELA MUNICIPAL DIFERENCIADA DE SERVIÇO DE SAÚDE DO SUS



SUB-GRUPO 03 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA

FORMA: APARELHO DIGESTIVO

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED.		PREST. (SANTA MARIA)	PREST. (RADIO MED)	PREST. (AVMED)	PREST. (CLINAD)	PREST. (RIGHI - SAÚDE EM FOCO)	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)								
02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	RS 112,88	RS 112,66	RS 1.350,00	-	-	-	-	RS 650,00	RS 2.112,69	RS 704,22
	COLONOSCOPIA COM RETIRADA DE MATERIAL PARA EXAME HISTOPATOLÓGICO	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	RS 1.650,00	-	RS 1.650,00	RS 1.650,00
	COLONOSCOPIA COM RETOSSIGNIFICADO SCÓPIA	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	RS 720,00	-	-	RS 720,00	RS 720,00
	COLONOSCOPIA COM POLIPECTOMIA	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	RS 1.880,00	-	RS 1.880,00	RS 1.880,00
	SEDUÇÃO PARA COLONOSCOPIA	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	RS 200,00	-	-	RS 200,00	RS 200,00
	POLIPECTOMIA DE ESÓFAGO, ESTÔMAGO E DUODENO	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	RS 450,00	-	-	RS 450,00	RS 450,00
	POLIPECTOMIA DE COLON	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	RS 600,00	-	-	RS 600,00	RS 600,00
	POLIPECTOMIA DE RETO	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	RS 450,00	-	-	RS 450,00	RS 450,00
	RETOSÍMIOIDOSCÓPIA FLEXÍVEL	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	RS 120,00	-	-	RS 120,00	RS 120,00
	RETOSÍMIOIDOSCÓPIA RÍGIDA	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	RS 150,00	-	-	RS 150,00	RS 150,00
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	AMB./HOSP.	MÉDIA	RS 48,16	RS 48,16	RS 550,00	RS 300,00	RS 320,00	-	-	RS 240,00	RS 588,16	RS 108,05

PMSPA / SESAU
Proc. N.º 1132/21
86

		AMB./HOSP.	MÉDIA								R\$ 150,00		R\$ 150,00	R\$ 600,00	R\$ 600,00	R\$ 150,00	R\$ 150,00	R\$ 160,00
	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM PESQUISA DE H. PYLORI		MÉDIA								R\$ 150,00							
	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (ESOFAGOGASTRODODENOSCOPIA) DIAGNOSTICA, COM RETIRADA DE PÓLIPO DE TUBO DIGESTIVO	AMB./HOSP.	MÉDIA											R\$ 600,00	R\$ 600,00			
	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (ESOFAGOGASTRODODENOSCOPIA) DIAGNOSTICA, COM RETIRADA DE MATERIAL PARA EXAME HISTOPATOLÓGICO E TESTE DE URÉASE	AMB./HOSP.	MÉDIA											R\$ 530,00	R\$ 530,00			
	SEDAÇÃO PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	AMB./HOSP.	MÉDIA								R\$ 150,00					R\$ 150,00		R\$ 160,00

1 Os procedimentos que tem preço da tabela SIGTAP + Prestador + Tabela AMB, foi retirado 1(um) valor da Tabela SIGTAP + o menor valor do Prestador + o menor valor da tabela AMB para fazer a Média
2 Os procedimentos que somente tem o valor de prestador, a média foi feita com o valor do prestador com menor preço
3 Os procedimentos que só tem preço da Tabela AMB e Prestador, a média foi feita com o valor do menor prestador e com o valor da AMB
4 Os procedimentos que só tem o valor da tabela SIGTAP e tabela AMB, a média foi feita com o preço de ambos
5 Os procedimentos referentes às consultas médicas, terão sobre o valor das consultas a incidência de 5% de taxa de administração.

PMSPA / SESAU
VOC. N° 11132/21
PAG 87
@

M132/21
180
6



TABELA MUNICIPAL DIFERENCIADA DE SERVIÇO DE SAÚDE DO SUS

SUB-GRUPO 01 - DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOLOGIA

FORMA DE ORGANIZAÇÃO: 01 EXAMES CITOLOGICOS

CODIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		PREST. (SHILFT)	PREST. (LUNAS)	PREST. (R\$)	PREST. (R\$) MED	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)							
02.03.01.001-8	EXAME CITOLOGICO CERVICOVAGINAL MICROFLORA	AMB.	MÉDIA	R\$ 0,07	-	R\$ 30,00	-	-	-	R\$ 30,00	R\$ 30,00	R\$ 30,00
02.03.01.002-7	EXAME CITOLOGICO HERMANA, SERRADO (MINIOLOXIA) EXERCITO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,65	R\$ 10,65	R\$ 126,00	R\$ 51,75	-	-	R\$ 140,00	R\$ 202,40	R\$ 67,47
02.03.01.003-5	EXAME DE CERVOU VAGINAL	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,65	R\$ 10,65	R\$ 115,00	R\$ 52,50	-	-	R\$ 70,00	R\$ 131,16	R\$ 44,38
02.03.01.004-3	EXAME CITOLOGICO DE MAMA DETERMINAÇÃO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIS (PBR EXAME)	AMB.	MÉDIA	R\$ 55,54	-	R\$ 120,00	R\$ 85,52	-	-	R\$ 220,00	R\$ 310,89	R\$ 113,82
02.03.02.002-2	EXAME ANATOMO PATOLOGICO DO COLO UTERINO	AMB.	MÉDIA	R\$ 42,21	R\$ 42,21	R\$ 120,00	R\$ 85,52	-	-	R\$ 220,00	R\$ 348,73	R\$ 116,24
02.03.02.003-0	EXAME ANATOMO PATOLOGICO BY CONGELAMENTO / PARAFINA EXCETO COLO UTERINO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 24,00	R\$ 24,00	R\$ 120,00	R\$ 85,52	-	-	R\$ 317,00	R\$ 426,52	R\$ 142,17
02.03.02.004-6	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 45,83	-	R\$ 120,00	R\$ 86,52	-	-	R\$ 220,00	R\$ 351,33	R\$ 117,12
02.03.02.007-3	EXAME CITOLOGICO DE MAMA - PEG. CIRURGICA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 42,21	-	R\$ 120,00	R\$ 85,52	-	-	R\$ 220,00	R\$ 348,73	R\$ 116,24
02.03.02.008-1	EXAME ANATOMO PATOLOGICO DO COL. UTERINO BIOPSIA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 24,00	-	R\$ 120,00	R\$ 85,52	-	-	R\$ 220,00	R\$ 329,52	R\$ 109,54
SI COD SUS	HISTOPATOLOGIA DE BIÓPSIAS GERAIS	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 120,00	R\$ 85,52	-	-	R\$ 220,00	R\$ 305,52	R\$ 102,78
SI COD SUS	BIOPSIA DE TIREÓIDE GUADA POR ULTRASSOM	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 120,00	R\$ 85,52	-	-	R\$ 320,00	R\$ 320,00	R\$ 106,00
SI COD SUS	BIOPSIA DE MAMA BIATERAL GUADA POR ULTRASSOM	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	R\$ 550,00	R\$ 550,00	R\$ 180,00
SI COD SUS	BIOPSIA DE MAMA UNILATERAL GUADA POR ULTRASSOM	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	R\$ 320,00	R\$ 320,00	R\$ 106,00
02.01.01.41-0	BIOPSIA DE PROSTATA GUADA POR ULTRASSOM	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 92,38	-	-	-	-	-	R\$ 450,00	R\$ 542,38	R\$ 171,19
SI COD SUS	REVISÃO DE LAMINAS	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 275,00	-	-	-	R\$ 140,00	R\$ 415,00	R\$ 138,00

1 Os procedimentos que tem preço da tabela SIGTAP + Presid. + Tabela AMB. (valor de Presid. + o menor valor do Presid. + o valor da tabela AMB para fazer a Média)

2 Os procedimentos que somam tem o valor de presid. a tabela AMB. (valor de Presid. + o menor valor do Presid. + o valor da tabela AMB para fazer a Média)

3 Os procedimentos que não tem preço da Tabela AMB o Presid. a tabela AMB. (valor de Presid. + o menor valor do Presid. + o valor da tabela AMB para fazer a Média)

4 Os procedimentos que não tem o valor da Tabela SIGTAP e Tabela AMB. a média foi feita com o menor valor do Presid. e com o preço da Amb.

5 Os procedimentos referentes às consultas médicas, tendo sobre o valor das consultas a incidência de 5% de taxa de administração.

PROC. Nº 11132/21
 89
 @

11/02/21
 181
 @



TABELA MUNICIPAL DIFERENCIADA DE SERVIÇO DE SAÚDE DO SUS

SUB-GRUPO 02 - DIAGNÓSTICO PORIMUNO-HISTOQUÍMICA

FORMA: DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		PREST. (SHIRLEY)	PREST. (Lilíelagos)	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)					
02.03.02.004-9	IMUNOHISTOQUÍMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS	AMB.	MÉDIA	R\$ 92,00	R\$ 92,00	R\$ 910,00	R\$ 524,99	R\$ 500,00	R\$ 1.116,99	R\$ 372,33
S/COD SUS	IMUNOHISTOQUÍMICA DE MAMA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 92,00	R\$ 92,00	R\$ 910,00	R\$ 579,99	R\$ 500,00	R\$ 671,99	R\$ 224,00
S/COD SUS	IMUNOHISTOQUÍMICA DE PRÓSTATA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 92,00	R\$ 92,00	R\$ 910,00	R\$ 519,20	R\$ 500,00	R\$ 1.111,20	R\$ 370,40

- 1 Os procedimento que tem preço da tabela SIGTAP + Prestador + Tabela AMB, foi retirado 1(um) valor da Tabela SIGTAP + o menor valor do Prestador + o Valor da tabela AMB para fazer a Média
- 2 OS procedimentos que somente tem o valor de prestador, a média foi feita com o valor do prestador com menor preço
- 3 OS procedimentos que só tem preço da Tabela AMB e Prestador, a média foi feita com o valor do menor prestador e com o valor da AMB
- 4 OS procedimento que só tem o valor da tabela SIGTAP e tabela AMB, a média foi feita com o preço de ambos
- 5 OS procedimentos referentes às consultas médicas, terão sobre o valor das consultas a incidência de 5% de taxa de administração.

Handwritten marks and scribbles at the bottom of the page.

PIA SPA
Proc N° 11132/21
Volta N° 782
20

PMSPA / SESAU
Nº 11132/21
90
20



TABELA MUNICIPAL DIFERENCIADA DE SERVIÇO DE SAÚDE DO SUS

SUB-GRUPO 03 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA

FORMA: APARELHO DIGESTIVO

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		PREST. (SANTA MARIA)	PREST. (RADIO MED)	PREST. (ANMED)	PREST. (CLINAD)	PREST. (RIGI-SAÚDE EM FOCO)	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)								
02.09.01.002.9	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 12,86	R\$ 112,66	R\$ 1.350,00	-	-	-	-	R\$ 650,00	R\$ 2.112,66	R\$ 704,22
	COLONOSCOPIA DIAGNÓSTICA COM RETIRADA DE MATERIAL PARA EXAME HISTOPATOLÓGICO	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	R\$ 1.650,00	-	R\$ 1.650,00	R\$ 1.650,00
	COLONOSCOPIA COM RETOSSIGNIFICADOSCÓPIA	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 720,00	R\$ 720,00
	COLONOSCOPIA COM POLIPECTOMIA	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	R\$ 1.890,00	-	R\$ 1.890,00	R\$ 1.890,00
	SEDÇÃO PARA COLONOSCOPIA POLIPECTOMIA DE ESTOMAGO, ESTOMAGO E DUODENO	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 200,00	R\$ 200,00
	POLIPECTOMIA DE DUODENO	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 450,00	R\$ 450,00
	POLIPECTOMIA DE COLON	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 600,00	R\$ 600,00
	POLIPECTOMIA DE RETO	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 450,00	R\$ 450,00
	RETOSMOIÓSCOPIA	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 120,00	R\$ 120,00
	SEDÇÃO PARA ALEXYEL RETOSSIGNIFICADOSCÓPIA	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 150,00	R\$ 150,00
	ESCFAGOGASTRODUDENOSCOPIA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 48,16	R\$ 46,16	R\$ 590,00	R\$ 300,00	R\$ 320,00	-	-	R\$ 240,00	R\$ 598,16	R\$ 196,05
02.09.01.003.7	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM PESQUISA DE H. PYLORI	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 150,00	R\$ 150,00

CE

CE

Proc. Nº 11132/21
 Folha Nº 483
 0

1	OS procedimentos que tem preço da tabela SIGTAP + Prestador + Tabela AMB, foi retido 1(um) valor da Tabela SIGTAP + o menor valor do Prestador + 0 Valor da tabela AMB para fazer a Média	ENDOSCÓPIA DIGESTIVA ALTA (ESOFAGOGASTRODUDENOSCÓPIA) DIAGNÓSTICA, COM RETIRADA DE MATERIAL PARA EXAME HISTOPATOLÓGICO E TESTE DE UREÁSE	AMB/HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	R\$ 150,00	-	R\$ 150,00	-	R\$ 600,00	R\$ 600,00	R\$ 600,00
2	OS procedimentos que somente tem o valor de prestador, a média foi feita com o valor do prestador com menor preço	ENDOSCÓPIA DIGESTIVA ALTA (ESOFAGOGASTRODUDENOSCÓPIA) DIAGNÓSTICA, COM RETIRADA DE MATERIAL PARA EXAME HISTOPATOLÓGICO E TESTE DE UREÁSE	AMB/HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	R\$ 150,00	-	R\$ 150,00	-	R\$ 630,00	R\$ 630,00	R\$ 630,00
3	OS procedimentos que estão em preço da Tabela AMB e Prestador, a média foi feita com o valor do menor prestador e com o valor da AMB	ENDOSCÓPIA DIGESTIVA ALTA (ESOFAGOGASTRODUDENOSCÓPIA) DIAGNÓSTICA, COM RETIRADA DE MATERIAL PARA EXAME HISTOPATOLÓGICO E TESTE DE UREÁSE	AMB/HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	R\$ 150,00	-	R\$ 150,00	-	R\$ 600,00	R\$ 600,00	R\$ 600,00
4	OS procedimentos que estão em o valor da tabela SIGTAP e tabela AMB, a média foi feita com o preço de ambos	ENDOSCÓPIA DIGESTIVA ALTA (ESOFAGOGASTRODUDENOSCÓPIA) DIAGNÓSTICA, COM RETIRADA DE MATERIAL PARA EXAME HISTOPATOLÓGICO E TESTE DE UREÁSE	AMB/HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	R\$ 150,00	-	R\$ 150,00	-	R\$ 600,00	R\$ 600,00	R\$ 600,00
5	OS procedimentos referentes às consultas médicas, terão sobre o valor das consultas a incidência de 5% de taxa de administração.	ENDOSCÓPIA DIGESTIVA ALTA (ESOFAGOGASTRODUDENOSCÓPIA) DIAGNÓSTICA, COM RETIRADA DE MATERIAL PARA EXAME HISTOPATOLÓGICO E TESTE DE UREÁSE	AMB/HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	R\$ 150,00	-	R\$ 150,00	-	R\$ 600,00	R\$ 600,00	R\$ 600,00

11322
184

USPA / SESAU
11732/21
92

TABELA MUNICIPAL DIFERENCIADA DE SERVIÇO DE SAÚDE DO SUS

SUB-GRUPO 04 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA POR IMAGEM

FORMAS EXAMES RADIOLOGICOS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		PREST. (DIA LIMA)	PREST. (RADIO MED)	PREST. (AVIED)	PREST. (OPTALMOCLINICA)	PREST. (S K IMAGENS)	PREST. (ILACOS)	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)
02.04.06.002-6	DENSITOMETRIA OSSEA QUADRER SEGMENTO RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HRTZ)	AMB/HOSP.	MEDIA	R\$ 55,10	-	-	-	-	-	-	R\$ 125,00	R\$ 60,00	R\$ 241,10	R\$ 80,37
02.04.01.003-9	RADIOGRAFIA DE ARCADEA ZIGOMATICO-MALAR (AP + OBLIQUAS)	AMB/HOSP.	MEDIA	R\$ 8,38	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	R\$ 17,73	R\$ 91,11	R\$ 30,37
02.04.01.004-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPOROMANDIBULAR BILATERAL	AMB/HOSP.	MEDIA	R\$ 8,98	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	R\$ 16,93	R\$ 88,99	R\$ 29,63
02.04.01.005-5	RADIOGRAFIA DE CAVUM LATERAL + HRTZ	AMB/HOSP.	MEDIA	R\$ 8,38	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	R\$ 17,60	R\$ 80,98	R\$ 30,33
02.04.01.006-3	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIQUA/RETTO N + HRTZ)	AMB/HOSP.	MEDIA	R\$ 8,88	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	R\$ 15,40	R\$ 87,28	R\$ 29,09
02.04.01.007-1	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIQUA/RETTO N + HRTZ)	AMB/HOSP.	MEDIA	R\$ 8,15	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	R\$ 17,60	R\$ 91,75	R\$ 30,68
02.04.01.008-0	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	AMB/HOSP.	MEDIA	R\$ 7,52	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	R\$ 15,40	R\$ 87,92	R\$ 29,31



PMSPA
 Nº 1132/21
 185
 93
 93

02.04.01.010-1	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 9,03	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	R\$ 26,40	R\$ 100,43	R\$ 33,48
02.04.01.011-0	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLICUA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 7,20	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	R\$ 15,40	R\$ 87,50	R\$ 29,20
02.04.01.012-9	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 8,38	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	R\$ 17,60	R\$ 90,88	R\$ 30,33
02.04.01.014-4	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 7,32	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	R\$ 15,40	R\$ 87,72	R\$ 29,24
02.04.01.015-2	RADIOGRAFIA DE SELA TURSIKA (PA + LATERAL + BRETTON)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 8,33	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	R\$ 15,40	R\$ 88,73	R\$ 29,58
02.04.02.004-2	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TOI FLEXÃO)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 8,19	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	R\$ 17,60	R\$ 90,79	R\$ 30,26
02.04.02.003-4	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + OBLICUA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 8,19	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	-	R\$ 73,19	R\$ 35,60
02.04.02.005-0	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL/DINA MICA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,29	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	R\$ 17,60	R\$ 93,15	R\$ 31,05
02.04.02.008-9	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,96	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	R\$ 17,60	R\$ 93,56	R\$ 31,19
02.04.02.007-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (CI OBLICUA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 14,80	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	R\$ 17,60	R\$ 97,60	R\$ 32,50
02.04.02.008-5	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL/DINA MICA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 16,88	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	R\$ 20,62	R\$ 102,60	R\$ 34,17
02.04.02.009-3	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 9,16	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	R\$ 17,60	R\$ 91,76	R\$ 30,59

(C)

(C)

1132/21
186
0

PRISPA / SESAU
OC Nº 1132/21

94

02.04.02.010-7	RADIOGRAFIA DE COLUMA TORACO-LOMBAR	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 9,73	-	-	R\$ 86,00	R\$ 70,00	-	-	-	-	-	-	R\$ 74,73	R\$ 37,37
02.04.02.011-6	RADIOGRAFIA DE COLUMA TORACO-DINAMICA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 15,58	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	-	-	-	R\$ 98,79	R\$ 32,83
02.04.02.012-3	RADIOGRAFIA DE RESGÃO SACRO-COCCIGEA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 15,58	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	-	-	-	R\$ 98,18	R\$ 32,73
02.04.03.007-2	RADIOGRAFIA DE COSTEIAS (POR HEMITORAX)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 8,37	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	-	-	-	R\$ 88,77	R\$ 29,59
02.04.03.008-8	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 7,98	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	-	-	-	R\$ 88,38	R\$ 29,46
02.04.03.012-9	RADIOGRAFIA DE TORAX (APIC-LORBOFTICA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 5,56	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	-	-	-	R\$ 87,34	R\$ 28,11
02.04.03.013-7	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRAÇÃO + EXPIRAÇÃO + LATERAL)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 14,32	-	-	R\$ 66,00	R\$ 70,00	-	-	-	-	-	-	R\$ 79,32	R\$ 39,68
02.04.03.014-5	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 12,02	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	-	-	-	R\$ 77,02	R\$ 38,61
02.04.03.015-3	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + PERIL)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 9,50	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	-	-	-	R\$ 85,72	R\$ 28,57
02.04.03.017-0	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 8,98	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	-	-	-	R\$ 82,00	R\$ 27,33
02.04.04.001-9	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 6,42	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	-	-	-	R\$ 84,82	R\$ 28,21
02.04.04.003-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 7,40	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	-	-	-	R\$ 87,80	R\$ 29,27
02.04.04.004-3	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 7,40	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	-	-	-	R\$ 72,40	R\$ 36,20
02.04.04.005-1	RADIOGRAFIA DE BRAÇO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 7,77	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	-	-	-	R\$ 89,17	R\$ 29,39
02.04.04.006-0	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 7,40	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	-	-	-	R\$ 87,80	R\$ 29,27
02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 7,40	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	-	-	-	R\$ 85,80	R\$ 28,63

FMSPA
 Proc N° 1132121
 Folha N° 187
 RUB 6

FMSPA / SESAU
 N° 1132121
 95
 @

02.04.04.008-3	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO RADIOGRAFIA DE MÃO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 6,62	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	-	-	R\$ 13,20	R\$ 70,82	R\$ 35,31
02.04.04.008-4	RADIOGRAFIA DE MÃO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 6,30	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	-	-	R\$ 13,20	R\$ 84,50	R\$ 28,17
02.04.04.010-8	RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO (P/ DETERMINAÇÃO DE IDADE OSSEEA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 6,00	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	-	-	R\$ 13,20	R\$ 64,20	R\$ 28,07
02.04.04.011-8	RADIOGRAFIA DE ESCAPULOMBR O (TRES POSICOES)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 7,98	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	-	-	R\$ 15,40	R\$ 88,38	R\$ 29,46
02.04.04.012-4	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + ORBITA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 8,91	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	-	-	R\$ 13,20	R\$ 85,11	R\$ 28,87
02.04.05.011-1	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,73	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	-	-	R\$ 18,77	R\$ 94,50	R\$ 31,50
02.04.05.012-0	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINHO DE 3 INCIDENCIAS)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 15,30	-	-	R\$ 65,00	R\$ 79,00	-	-	-	-	-	R\$ 27,40	R\$ 107,70	R\$ 35,90
02.04.05.013-8	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 7,17	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	-	-	R\$ 17,60	R\$ 89,77	R\$ 29,92
02.04.05.008-0	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 7,77	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	-	-	R\$ 15,40	R\$ 88,17	R\$ 29,39
02.04.05.008-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 6,50	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	-	-	R\$ 13,20	R\$ 64,70	R\$ 28,23
02.04.06.008-5	RADIOGRAFIA DE BACIA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 7,77	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	-	-	R\$ 13,20	R\$ 85,07	R\$ 28,86
02.04.08.010-9	RADIOGRAFIA DE CALCANEU	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 8,50	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	-	-	R\$ 13,20	R\$ 84,70	R\$ 28,23
02.04.08.011-7	RADIOGRAFIA DE COXA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 8,94	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	-	-	R\$ 15,40	R\$ 89,34	R\$ 29,78
02.04.08.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 6,78	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	-	-	R\$ 15,20	R\$ 86,98	R\$ 28,88
02.04.08.013-3	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 7,16	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	-	-	R\$ 13,20	R\$ 85,38	R\$ 28,45

PMSPA
 Proc. N.º 113212
 Folha N.º 188
 Rub. 0

PMSPA / SESAU

Proc. N.º 113212

96

02.04.03.014-1	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 INDICENDAS)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 8,28	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	R\$ 16,90	R\$ 91,19	R\$ 30,40
02.04.03.015-0	RADIOGRAFIA DE PÉ / DEBOS DO PÉ	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 6,78	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	R\$ 13,20	R\$ 84,98	R\$ 29,33
02.04.03.016-9	RADIOGRAFIA DE BERRA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 8,94	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	R\$ 13,20	R\$ 87,14	R\$ 29,05
02.04.01.018-0	RADIOGRAFIA OCULUSAL	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,51	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	R\$ 11,05	R\$ 79,59	R\$ 26,62
02.04.01.017-9	RADIOGRAFIA PANDORFICA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 9,03	-	-	R\$ 65,00	R\$ 80,00	-	-	R\$ 15,40	R\$ 89,43	R\$ 29,81
02.04.01.021-7	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL (BITA WING)	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	R\$ 65,00	R\$ 80,00	-	-	-	R\$ 65,00	R\$ 65,00
02.04.03.017-6	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 9,29	-	-	R\$ 450,00	R\$ 500,00	-	-	R\$ 22,46	R\$ 481,76	R\$ 160,58
02.04.03.018-9	RADIOGRAFIA UROGRAFIA VENSOSA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 57,40	-	-	R\$ 900,00	R\$ 930,00	-	-	R\$ 70,74	R\$ 1.028,14	R\$ 342,71
02.04.03.017-0	URETROCISTOGR ARIA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 82,11	-	-	R\$ 1.200,00	R\$ 1.290,00	-	-	R\$ 79,72	R\$ 1.331,83	R\$ 443,94
02.04.03.016-2	RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUBLO CONTRASTE (ENTEROCLESE)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 48,09	-	-	R\$ 900,00	R\$ 920,00	-	-	R\$ 67,28	R\$ 1.015,37	R\$ 338,48
02.04.03.008-0	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 19,24	-	-	R\$ 500,00	R\$ 520,00	-	-	R\$ 31,11	R\$ 550,35	R\$ 183,45
02.04.03.005-8	RADIOGRAFIA DE CONDUÇÃO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLIQUA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 14,32	-	-	R\$ 400,00	R\$ 420,00	-	-	R\$ 24,49	R\$ 438,81	R\$ 148,27
02.04.03.013-1	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL - TELESPONDIOLOGRAFIA (P/ ESCOLIOSE)	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	R\$ 450,00	R\$ 500,00	-	-	R\$ 65,00	R\$ 616,00	R\$ 289,00

CE

CE

PMSPA
Proc. Nº 11132/21
Vol. Nº 189
2022

PMSPA / SESAU

POC Nº 11132/21
97
Ⓢ

FORMA: ULTRASSONOGRAFIAS DO SISTEMA CIRCULATÓRIO (QUALQUER REGIÃO ANATÔMICA)

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		PREST. C (DIVA LINHA)	PREST. E (RÁDIO MED)	PREST. F (AVI MED)	PREST. G (OFALMOC LINICA)	PREST. I (S K IMAGENS)	PREST. J (ULTRAS)	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)									
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (CAROTIDAS E VERTEBRAS)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 39,60	R\$ 39,60	R\$ 300,00	R\$ 210,00	R\$ 220,00	-	-	-	R\$ 380,00	R\$ 629,60	R\$ 209,67
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (MEMBROS SUPERIORES)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 39,60	R\$ 39,60	R\$ 300,00	R\$ 180,00	R\$ 200,00	-	-	-	R\$ 250,00	R\$ 479,60	R\$ 189,67
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (MEMBROS INFERIORES)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 39,60	R\$ 39,60	R\$ 300,00	R\$ 180,00	R\$ 200,00	-	-	-	R\$ 250,00	R\$ 479,60	R\$ 189,67
02.05.01.003-2	ECCOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 39,94	R\$ 39,94	R\$ 170,00	R\$ 160,00	R\$ 170,00	-	-	-	R\$ 220,00	R\$ 419,94	R\$ 139,98
02.05.01.002-4	ECCOCARDIOGRAFIA TRANSESOFGICA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 165,00	R\$ 165,00	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 165,00	R\$ 165,00
S/ COD SUS	ECCOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA PEDIATRICO	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	R\$ 200,00	R\$ 230,00	-	-	-	-	R\$ 200,00	R\$ 200,00



PMSPA
 Proc. N° 1132/21
 Folha N 98
 Rub 10

PMSPA / SESAU
 Proc. N° 1132/21
 98

FORMA: DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		PREST. C (DVA LIMA)	PREST. E (RADIO MED)	PREST. F (AVMED)	PREST. G (OPTALMOG LINICA)	PREST. I (S K IMAGENS)	PREST. J (ILACOS)	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
				VLS. AMB (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)									
02.06.01.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ CONTRASTE	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 88,76	R\$ 88,76	-	R\$ 350,00	R\$ 380,00	-	-	-	-	R\$ 438,76	R\$ 219,38
02.06.01.002-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ CONTRASTE	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 101,10	R\$ 101,10	-	R\$ 350,00	R\$ 380,00	-	-	-	-	R\$ 451,10	R\$ 225,55
02.06.01.003-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA C/ CONTRASTE	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 88,76	R\$ 88,76	-	R\$ 350,00	R\$ 380,00	-	-	-	-	R\$ 438,76	R\$ 219,38
S/COD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO C/CONTRASTE	AMB/HOSP.	MÉDIA	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 380,00	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 350,00
S/COD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE OBRUTA C/CONTRASTE	AMB/HOSP.	MÉDIA	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 380,00	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 350,00
S/COD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COCIXA C/CONTRASTE	AMB/HOSP.	MÉDIA	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 380,00	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 350,00
S/COD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX C/CONTRASTE	AMB/HOSP.	MÉDIA	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 380,00	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 350,00
S/COD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA ABDOME SUPERIOR C/CONTRASTE	AMB/HOSP.	MÉDIA	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 380,00	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 350,00



PMSPA
 Proc N° 11132/21
 Folha N° 99
 RUB 62

PMSPA / SESAU
 Proc N° 11132/21
 99
 0

SI COD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA ABDOME TOTAL	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	R\$ 630,00	R\$ 650,00	-	-	-	-	-	-	R\$ 630,00	R\$ 630,00
SI COD SUS	C/CONTRASTE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA VAS URINARIAS	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	R\$ 530,00	R\$ 550,00	-	-	-	-	-	-	R\$ 530,00	R\$ 530,00
SI COD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PEVE	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 360,00	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 350,00
SI COD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEIOS DA FACE	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 360,00	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 350,00
SI COD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ATM	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 360,00	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 350,00
SI COD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA FARINGE/LARING EPIESCOCO	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 360,00	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 350,00
SI COD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MASTÓIDE/OUVIDO	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 360,00	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 350,00
SI COD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SELA TORCICA	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 360,00	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 350,00
SI COD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ARTICULAÇÃO (OMBROS, COTOVELOS, PUNHOS)	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 360,00	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 350,00

PMSPA
 Proc N° 1132/21
 Moins N° 193
 Rub 10

PMSPA / SESAU
 Proc N° 1132/21
 101
 0

02.06.02.014.9	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATIA (VIA TRANSREctal)	AMB/HOSP.	MEDIA	R\$ 24,20	R\$ 24,20	-	R\$ 260,00	R\$ 265,00	-	-	-	-	R\$ 150,00	R\$ 434,20	R\$ 144,73
02.03.02.012.7	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	AMB/HOSP.	MEDIA	R\$ 24,20	R\$ 24,20	-	R\$ 80,00	R\$ 100,00	-	-	-	-	R\$ 90,00	R\$ 204,20	R\$ 89,07
02.05.02.013.5	ULTRASSONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	AMB/HOSP.	MEDIA	R\$ 24,20	R\$ 24,20	-	R\$ 110,00	R\$ 115,00	-	-	-	-	R\$ 55,00	R\$ 189,20	R\$ 83,07
02.05.02.014.3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	AMB/HOSP.	MEDIA	R\$ 24,20	R\$ 24,20	-	R\$ 110,00	R\$ 115,00	-	-	-	-	R\$ 70,00	R\$ 204,20	R\$ 88,07
02.05.02.015.0	ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	AMB/HOSP.	MEDIA	R\$ 24,20	R\$ 24,20	-	R\$ 80,00	R\$ 100,00	-	-	-	-	R\$ 65,00	R\$ 189,20	R\$ 56,40
02.05.02.015.6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	AMB/HOSP.	MEDIA	R\$ 24,20	R\$ 24,20	-	R\$ 110,00	R\$ 115,00	-	-	-	-	R\$ 100,00	R\$ 210,00	R\$ 105,00
02.05.02.015.8	ULTRASSONOGRAFIA GLANDULAS SALIVARES	AMB/HOSP.	MEDIA	-	-	-	R\$ 150,00	R\$ 180,00	-	-	-	-	R\$ 80,00	R\$ 240,00	R\$ 120,00
02.05.02.015.9	ULTRASSONOGRAFIA MORFOLOGICA	AMB/HOSP.	MEDIA	-	-	-	R\$ 190,00	R\$ 200,00	-	-	-	-	R\$ 203,00	R\$ 313,00	R\$ 166,50
02.05.02.016.0	ULTRASSONOGRAFIA MUSCULO ESQUELETICO	AMB/HOSP.	MEDIA	-	-	-	R\$ 110,00	R\$ 115,00	-	-	-	-	R\$ 110,00	R\$ 110,00	R\$ 110,00
02.05.02.016.1	ULTRASSONOGRAFIA PAREDE ABDOMINAL	AMB/HOSP.	MEDIA	-	-	-	R\$ 80,00	R\$ 100,00	-	-	-	-	R\$ 90,00	R\$ 90,00	R\$ 80,00
02.05.02.016.2	ULTRASSONOGRAFIA PAROTIDAS SUBMANDIBULARES	AMB/HOSP.	MEDIA	-	-	-	R\$ 110,00	R\$ 115,00	-	-	-	-	R\$ 110,00	R\$ 110,00	R\$ 110,00
02.05.02.016.3	ULTRASSONOGRAFIA PARTES MOLES	AMB/HOSP.	MEDIA	-	-	-	R\$ 80,00	R\$ 100,00	-	-	-	-	R\$ 90,00	R\$ 180,00	R\$ 90,00
02.05.02.016.4	ULTRASSONOGRAFIA PENIS / FARMACO DE INDUCAO	AMB/HOSP.	MEDIA	-	-	-	R\$ 140,00	R\$ 145,00	-	-	-	-	R\$ 90,00	R\$ 230,00	R\$ 116,00
02.05.02.016.5	ULTRASSONOGRAFIA REGAO INGINAL	AMB/HOSP.	MEDIA	-	-	-	R\$ 90,00	R\$ 100,00	-	-	-	-	R\$ 90,00	R\$ 90,00	R\$ 80,00
02.05.02.016.6	ULTRASSONOGRAFIA DE REGAO CERVICAL	AMB/HOSP.	MEDIA	-	-	-	R\$ 110,00	R\$ 115,00	-	-	-	-	R\$ 110,00	R\$ 110,00	R\$ 110,00

PMSPA
 Tipo N.º
 Matr. N.º
 R.º
 1132/21
 194
 6

PMSPA / SESAU
 Doc. N° 1132/21
 102
 @

S/COD SUS	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED	PREST. C (DIVA LINA)	PREST. E (RADIO MED)	PREST. F (AVIMED)	PREST. G (OFTALMOCLINICA)	PREST. I (S K IMAGENS)	PREST. J (ULTRAS)	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
S/COD SUS	ULTRASSONOGRAFIA TRANSLUCENCIA LINCAL	AMB/HOSP.	MEDIA	-	-	R\$ 110,00	R\$ 115,00	-	-	-	R\$ 192,00	R\$ 302,00	R\$ 181,00
S/COD SUS	ULTRASSONOGRAFIA VAS BILARES	AMB/HOSP.	MEDIA	-	-	R\$ 90,00	R\$ 100,00	-	-	-	-	R\$ 90,00	R\$ 90,00

FORMA: DIAGNOSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER - DOS DEMAIS SISTEMAS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		PREST. C (DIVA LINA)	PREST. E (RADIO MED)	PREST. F (AVIMED)	PREST. G (OFTALMOCLINICA)	PREST. I (S K IMAGENS)	PREST. J (ULTRAS)	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)									
02.05.02.01E-1	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/DOPPLER COLORIDO E PULSAO	AMB/HOSP.	MEDIA	R\$ 24,20	R\$ 24,20	-	R\$ 180,00	R\$ 200,00	-	-	-	R\$ 125,00	R\$ 389,20	R\$ 113,07
S/COD SUS	ULTRASSONOGRAFIA ABDOMEN C/ DOPPLER HEPATICO OU RENAL	AMB/HOSP.	MEDIA	-	-	-	R\$ 230,00	R\$ 235,00	-	-	-	-	R\$ 230,00	R\$ 230,00
S/COD SUS	ULTRASSONOGRAFIA AORTICA LINCAL C/ DOPPLER	AMB/HOSP.	MEDIA	-	-	-	R\$ 250,00	R\$ 255,00	-	-	-	R\$ 250,00	R\$ 500,00	R\$ 250,00
S/COD SUS	ULTRASSONOGRAFIA AORTICA REVAS C/ DOPPLER	AMB/HOSP.	MEDIA	-	-	-	R\$ 250,00	R\$ 250,00	-	-	-	R\$ 250,00	R\$ 500,00	R\$ 250,00
S/COD SUS	ULTRASSONOGRAFIA ARTICULACOES C/ DOPPLER	AMB/HOSP.	MEDIA	-	-	-	R\$ 190,00	R\$ 120,00	-	-	-	-	R\$ 120,00	R\$ 120,00
S/COD SUS	ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA C/ DOPPLER	AMB/HOSP.	MEDIA	-	-	-	R\$ 190,00	R\$ 200,00	-	-	-	-	R\$ 190,00	R\$ 190,00
S/COD SUS	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL C/ DOPPLER	AMB/HOSP.	MEDIA	-	-	-	R\$ 190,00	R\$ 200,00	-	-	-	-	R\$ 190,00	R\$ 190,00

Proc nº 11132/21
Boleto nº 103
Rub

PMSPA / SESAU
Proc. Nº 11132/21
103

S/COD SUS	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED (R\$)	VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)	PREST. C (DIA LINA) (R\$)	PREST. E (RADIO MED) (R\$)	PREST. F (AVIMED) (R\$)	PREST. G (OPTALMOC LINICA) (R\$)	PREST. I (S K IMAGENS) (R\$)	PREST. J (LAGOS) (R\$)	TABELA AMB (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)	VALOR APLICADO (R\$)
02.07.01.003.4	ULTRASSONOGRAFIA TIREOIDE/ DOPPLER	AMB/HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	R\$ 190,00	R\$ 200,00	-	-	-	-	R\$ 190,00	R\$ 190,00
	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL/ C/ DOPPLER	AMB/HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	R\$ 190,00	R\$ 200,00	-	-	-	-	R\$ 190,00	R\$ 190,00
	ULTRASSONOGRAFIA VENOSO CERVICAL/ C/ DOPPLER	AMB/HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	R\$ 180,00	R\$ 195,00	-	-	-	-	R\$ 180,00	R\$ 185,00

FORMA: REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA EM ODONTOLOGIA

S/COD SUS	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED (R\$)	VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)	PREST. C (DIA LINA) (R\$)	PREST. E (RADIO MED) (R\$)	PREST. F (AVIMED) (R\$)	PREST. G (OPTALMOC LINICA) (R\$)	PREST. I (S K IMAGENS) (R\$)	PREST. J (LAGOS) (R\$)	TABELA AMB (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)	VALOR APLICADO (R\$)
02.04.01.017.9	RADIOGRAFIA PANORAMICA	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 9,03	-	-	-	-	-	-	R\$ 70,00	-	R\$ 36,00	R\$ 116,03	R\$ 39,34

FORMA: REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA POR RESSONANCIA NUCLEAR MAGNETICA C/ CONTRASTE

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		VLS. (R\$)	PREST. C (DIA LINA) (R\$)	PREST. E (RADIO MED) (R\$)	PREST. F (AVIMED) (R\$)	PREST. G (OPTALMOC LINICA) (R\$)	PREST. I (S K IMAGENS) (R\$)	PREST. J (LAGOS) (R\$)	TABELA AMB (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)	VALOR APLICADO (R\$)	
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)											
	RESSONANCIA NUCLEAR MAGNETICA ATM C/ CONTRASTE	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 286,75	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 588,80	R\$ 150,00	R\$ 1.017,35	R\$ 339,12
02.07.01.003.4	RESSONANCIA NUCLEAR MAGNETICA COLUNA CERVICAL/ PESCO CO C/ CONTRASTE	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 286,75	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 588,80	R\$ 150,00	R\$ 1.017,35	R\$ 339,12

(E)

(E)

PMSPA
 Doc. N° 1132/21
 103
 996
 200

PMSPA / SESAU

DOC. N° 1132/21

PAG

103

@

02.07.01.004.8	RESSONANCIA NUCLEAR MAGNETICA COLUNA LOMBO SACRA C/IS CONTRASTE	AMB./HOSP.	MEDIA	R\$ 288,75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 688,60	R\$ 160,00	R\$ 1.017,35	R\$ 339,12
02.07.01.004.6	RESSONANCIA NUCLEAR MAGNETICA COLUNA TORACICA C/IS CONTRASTE	AMB./HOSP.	MEDIA	R\$ 288,75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 688,60	R\$ 160,00	R\$ 1.017,35	R\$ 339,12
02.07.01.004.4	RESSONANCIA NUCLEAR MAGNETICA CRANIO C/IS CONTRASTE	AMB./HOSP.	MEDIA	R\$ 288,75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 688,60	R\$ 160,00	R\$ 1.017,35	R\$ 339,12
02.07.01.007.2	RESSONANCIA NUCLEAR MAGNETICA SEJA TURCICA C/IS CONTRASTE	AMB./HOSP.	MEDIA	R\$ 288,75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 588,60	R\$ 160,00	R\$ 1.017,35	R\$ 339,12
02.07.02.004.9	RESSONANCIA NUCLEAR MAGNETICA CORCAO C/IS CONTRASTE	AMB./HOSP.	MEDIA	R\$ 288,75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 588,60	R\$ 200,00	R\$ 1.057,35	R\$ 362,45
02.07.02.002.7	RESSONANCIA NUCLEAR MAGNETICA MEMBR C/IS SUPERIOR C/IS CONTRASTE	AMB./HOSP.	MEDIA	R\$ 288,75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 588,60	R\$ 160,00	R\$ 1.017,35	R\$ 339,12
02.07.02.003.5	RESSONANCIA NUCLEAR MAGNETICA TORAX C/IS CONTRASTE	AMB./HOSP.	MEDIA	R\$ 288,75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 688,60	R\$ 160,00	R\$ 1.017,35	R\$ 339,12
02.07.03.001.4	RESSONANCIA NUCLEAR MAGNETICA ABDOMEN SUPERIOR C/IS CONTRASTE	AMB./HOSP.	MEDIA	R\$ 288,75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 688,60	R\$ 160,00	R\$ 1.017,35	R\$ 339,12
02.07.03.002.2	RESSONANCIA NUCLEAR MAGNETICA BACIA/PELVIS/ABD OMEN INFERIOR C/IS CONTRASTE	AMB./HOSP.	MEDIA	R\$ 288,75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 688,60	R\$ 160,00	R\$ 1.017,35	R\$ 339,12

Proc N° 1132/21
 Poina N° 193
 Rub

PMSPA / SESAU
 Proc. N° 1132/21
 104

02.07.03.0004.0	RESSONANCIA NUCLEAR MAGNETICA MEMBRO INFERIOR O/S CONTRASTE	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 288,75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 589,60	R\$ 160,00	R\$ 1.017,35	R\$ 339,12	
02.07.03.0004.9	RESSONANCIA NUCLEAR MAGNETICA VIAS BILABERICOANG IO O/S CONTRASTE	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 288,75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 589,60	R\$ 160,00	R\$ 1.017,35	R\$ 339,12	
1	Os procedimentos que tem preço da tabela SIGTAP + Prestador + Tabela AMB, foi realizado (tem) valor da Tabela SIGTAP + o menor valor do Prestador + o Valor da tabela AMB para fazer a Média																		
2	Os procedimentos que somente tem o valor de prestador, a média foi feita com o valor do prestador com menor preço																		
3	Os procedimentos que só tem preço da Tabela AMB e Prestador, a média foi feita com o valor do menor prestador e com o valor da AMB																		
4	Os procedimentos que só tem o valor da Tabela SIGTAP e Tabela AMB, a média foi feita com o preço de ambos																		
6	Os procedimentos referentes às consultas médicas, terão sobre o valor das consultas a incidência de 5% de taxa de administração.																		

Protocolo N° 11132/21
 198
 105



TABELA MUNICIPAL DIFERENCIADA DE SERVIÇO DE SAÚDE DO SUS

SUB-GRUPO 05- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA EM CARDIOLOGIA

FORMA: MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM CARDIOLOGIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		PREST. (DIVA LIMIA)	PREST. (RADIO MED)	PREST. (AMMED)	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)						
02.11.02.006-0	TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMÉTRICO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 30,00	-	R\$ 190,00	-	-	R\$ 258,00	R\$ 478,00	R\$ 159,33
02.11.02.004-4	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 30,00	-	R\$ 180,00	R\$ 150,00	R\$ 170,00	R\$ 350,00	R\$ 560,00	R\$ 186,67
02.11.02.005-2	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (MAPA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,07	-	R\$ 180,00	R\$ 150,00	R\$ 170,00	R\$ 350,00	R\$ 510,07	R\$ 170,02

- 1 Os procedimentos que tem preço da tabela SIGTAP + Prestador + Tabela AMB, foi retirado (um) valor da Tabela SIGTAP + o menor valor do Prestador + o Valor da tabela AMB para fazer a Média
- 2 OS procedimentos que somente tem o valor de prestador, a média foi feita com o valor do prestador com menor preço
- 3 OS procedimentos que só tem preço da Tabela AMB e Prestador, a média foi feita com o valor do menor prestador e com o valor da AMB
- 4 OS procedimentos que só tem o valor da tabela SIGTAP e tabela Amb, a média foi feita com o preço de ambos
- 5 OS procedimentos referentes às consultas médicas, terão sobre o valor das consultas a incidência de 5% de taxa de administração.

PMSPA
Proc. N° 11932/21
Folha N° 106



TABELA MUNICIPAL DIFERENCIADA DE SERVIÇO DE SAÚDE DO SUS



SUB-GRUPO 06- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA EM NEUROLOGIA

FORMA: MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM NEUROLOGIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		PREST. (RADIO MED)	PREST. (AVMED)	TABELA AMIB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)					
02.11.05.003-2	ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 25,00	-	R\$ 600,00	R\$ 620,00	-	R\$ 625,00	R\$ 312,50
02.11.06.006-9	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 25,00	-	R\$ 250,00	R\$ 265,00	-	R\$ 275,00	R\$ 137,50
02.11.05.004-0	ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTÍMULO (EEG)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 25,00	-	R\$ 200,00	R\$ 210,00	R\$ 140,00	R\$ 365,00	R\$ 121,67

PIAO SA
 Proc. nº 11132/21
 Folha N 200
 Rub

PMSPA / SESAU
 PROC. Nº 11132/21
 107

S/COD SUS	ELETROENCEFALOGRAMA SEM SONO INDUZIDO (CONVENCIONAL)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 27,00	-	R\$ 200,00	R\$ 210,00	R\$ 120,00	R\$ 320,00	R\$ 160,00
02.11.05.008-3	ELETROENCEFALOGRAMA SEM SONO INDUZIDO (CONVENCIONAL)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 27,00	-	R\$ 200,00	R\$ 210,00	R\$ 120,00	R\$ 320,00	R\$ 160,00
1	Os procedimentos que tem preço da tabela SIGTAP + Prestador + Tabela AMB, foi rellado 1(um) valor da Tabela SIGTAP + o menor valor do Prestador + o Valor da tabela AMB para fazer a Média									
2	OS procedimentos que somente tem o valor de prestador, a média foi feita com o valor do prestador com menor preço									
3	OS procedimentos que só tem preço da Tabela AMB e Prestador, a média foi feita com o valor do menor prestador e com o valor da AMB									
4	OS procedimentos que só tem o valor da tabela SIGTAP e tabela Amb, a média foi feito com o preço de ambos									
5	OS procedimentos referentes as consultas médicas, terão sobre o valor das consultas a incidência de 5% de taxa de administração.									

Proc. N.º 1132/21
 Folha N.º 201
 Rub



PMSPA / SESAU
 CC Nº 1132/21
 108
 2

**TABELA MUNICIPAL
 DIFERENCIADA DE SERVIÇO DE
 SAÚDE DO SUS**



SUB-GRUPO 07 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA EM NEUROLOGIA

FORMA: Métodos Diagnósticos em Neurologia

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)			
02.11.08.006-5	ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 6,36	-	R\$ 67,00	R\$ 73,36	R\$ 36,68
1	Os procedimento que tem preço da tabela SIGTAP + Prestador + Tabela AMB, foi retirado 1(um) valor da Tabela SIGTAP + o menor valor do Prestador + o Valor da tabela AMB para fazer a Média							
2	OS procedimentos que somente tem o valor de prestador, a média foi feita com o valor do prestador com menor preço							
3	Os procedimento que só tem preço da Tabela AMB e Prestador , a média foi feita com o valor do menor prestador e com o valor da AMB							
4	OS procedimento que só tem o valor da tabela SIGTAP e tabela Amb, a média foi feito com o preço de ambos							
5	OS procedimentos referentes às consultas médicas, terão sobre o valor das consultas a incidência de 5% de taxa de administração.							

Proc N° 1132/21
 Folha N 202
 Rub



MSPA / SESAU
 PROC N° 1132/21
 109

TABELA MUNICIPAL DIFERENCIADA DE
 SERVIÇO DE SAÚDE DO SUS



SUB-GRUPO 08- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE TRATAMENTO CIRURGICO DO APARELHO DA VISAO

FORMA: CIRURGIAS DO APARELHO DE VISAO, AMBULATORIAS COM OU SEM ANESTESIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		PREST. (OFIATMOCLINICA)	PREST. (ASS. OFIATM. DA ZONA OESTE)	PROCESSO LICITADO NA SESAU	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)						
04.05.06.036-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 200,65	-	R\$ 440,00	R\$ 400,00	-	R\$ 400,00	R\$ 1.309,65	R\$ 436,52
04.05.03.013-4	VITRECTOMIA ANTERIOR	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 391,08	R\$ 391,08	R\$ 770,00	R\$ 765,00	-	R\$ 700,00	R\$ 1.846,08	R\$ 615,38
04.05.03.014-2	VITRECTOMIA POSTERIOR	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	R\$ 1.893,63	R\$ 3.890,00	R\$ 3.765,00	-	-	R\$ 5.628,63	R\$ 2.814,32
04.05.03.007-0	RETINOPEXIA C/ INTROLEXAO ESCLERAL	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 1.074,86	R\$ 1.074,86	R\$ 2.175,00	R\$ 2.150,00	-	R\$ 1.500,00	R\$ 4.724,86	R\$ 1.574,95
04.05.03.022-3	REMOÇÃO DE OLEO DE SILICONE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 468,60	-	R\$ 980,00	R\$ 940,00	-	R\$ 970,00	R\$ 2.378,60	R\$ 792,87
04.05.03.016-9	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSAO DE PERFLUOROCARBON O E ENDOLASER	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	R\$ 2.821,17	R\$ 5.990,00	R\$ 5.890,00	-	-	R\$ 8.811,17	R\$ 4.405,69
04.05.03.017-7	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSAO DE PERFLUOROCARBON O OLEO DE SILICONE/ENDOLA SER	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	R\$ 3.283,41	R\$ 6.700,00	R\$ 6.595,00	-	-	R\$ 9.878,41	R\$ 4.998,21
04.05.03.005-3	INIECAO INTRA-VITREO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 82,28	-	R\$ 1.285,00	R\$ 1.295,00	R\$ 1.300,00	-	R\$ 2.677,28	R\$ 892,43

PIASPA
 Proc. Nº 1132/21
 Folha Nº 203
 Rub. 110

PIASPA / SESAU
 OC Nº 1132/21
 110

02.11.08.028-3	TOMOGRAFIA DE COERENCIA OPTICA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 48,00	-	R\$ 179,50	R\$ 179,00	R\$ 104,00	-	R\$ 411,00	R\$ 197,00
04.05.05.004-6	CICLOORIOCCOAGU LACAO / DIATERMIA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 587,51	R\$ 587,51	R\$ 1.250,50	R\$ 1.198,00	-	-	R\$ 1.785,51	R\$ 892,76
04.05.05.032-1	TRABECULECTOMIA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 898,35	R\$ 898,35	R\$ 1.950,00	R\$ 1.800,00	-	-	R\$ 2.698,35	R\$ 1.349,18
04.05.05.013-5	IMPLANTE DE PROTESE ANTI-GLAUCOMATOSA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 0,00	R\$ 873,61	R\$ 1.900,00	R\$ 1.900,00	-	-	R\$ 2.773,61	R\$ 1.386,81

FORMA: DISPENSAÇÃO DE ORTESES E PROTÊSES E MATERIAS ESPECIAS EM CARATER HOSPITALAR

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		PREST. G (OFTALMOCLINICA)	PREST. H (ASS. OFTALM. DA ZONA DESTE)	PROCESSO LICITADO NA SESAU	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)						
07.02.07.005-0	TUBO DE DRENAGEM PARA GLAUCOMA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 0,00	R\$ 800,00	R\$ 1.800,00	R\$ 1.700,00	-	-	R\$ 2.500,00	R\$ 1.250,00

- 1 Os procedimento que tem preço da tabela SIGTAP + Prestador + Tabela AMB. foi retirado 1(um) valor da Tabela SIGTAP + o menor valor do Prestador + o Valor da tabela AMB para fazer a Média
- 2 OS procedimentos que somente tem o valor de prestador, a média foi feita com o valor do prestador com menor preço
- 3 OS procedimentos que só tem preço da Tabela AMB e Prestador, a média foi feita com o valor do menor prestador e com o valor da AMB
- 4 OS procedimento que só tem o valor da tabela SIGTAP e tabela AMB, a média foi feito com o preço de ambos
- 5 OS procedimentos referentes às consultas médicas, laudo sobre o valor das consultas a incidência de 5% de taxa de administração.

Proc N° 1132/21
 Folha N° 204
 Sub



PMSPA / SESAU

POC. N° 1132/21

111

TABELA MUNICIPAL DIFERENCIADA DE SERVIÇO DE SAÚDE DO SUS



DIAGNÓSTICOS OFTALMOLÓGICOS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		ORGANIZ. AMB 921/CH 0,60	CBHPM 2017	SUL AMERICA	PARTICULAR	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)						
02.11.06.026-9	TONOMETRIA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,37	-	R\$ 15,00	R\$ 45,17	R\$ 12,80	R\$ 90,00	R\$ 31,17	R\$ 10,39
02.11.06.010-0	FUNDOSCOPIA BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,37	-	R\$ 18,00	R\$ 45,17	R\$ 9,20	R\$ 90,00	R\$ 30,57	R\$ 10,19
02.11.06.002-0	TESTE DE VISÃO DE CORES	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 12,34	-	Sem relacão AMB	Não se aplica	R\$ 15,94	R\$ 120,00	R\$ 27,68	R\$ 13,84
02.11.06.022-4	CERATOMETRIA BIOMETRIA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,37	-	Sem relacão AMB	R\$ 42,80	R\$ 67,80	R\$ 300,00	R\$ 46,17	R\$ 23,09
02.11.06.005-4	ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,37	-	R\$ 75,00	R\$ 160,00	R\$ -	R\$ 80,00	R\$ 168,37	R\$ 62,79
02.11.06.001-1	MAPEAMENTO DE RETINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 24,24	-	R\$ 120,00	R\$ 120,47	R\$ 66,39	R\$ 250,00	R\$ 210,63	R\$ 70,21
02.11.06.012-7	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR/ORBITA (MONOCULAR)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 24,24	-	R\$ 48,00	R\$ 77,16	R\$ 23,17	R\$ 300,00	R\$ 95,41	R\$ 31,80
02.06.02.008-9	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR/ORBITA (MONOCULAR) ESPECULAR DE CORNEA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 24,20	-	R\$ 111,00	R\$ 167,87	R\$ 60,91	R\$ 300,00	R\$ 198,11	R\$ 66,37
02.11.06.014-3	POTENCIA DE ACUIDADE VISUAL	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 24,24	-	R\$ 210,00	R\$ 180,33	R\$ 127,75	R\$ 300,00	R\$ 361,99	R\$ 120,66
02.11.06.015-1	QUIRURGIAS DE PRESSÃO OCULAR (MÍNIMO 3 MEDIDAS)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,37	-	R\$ 30,00	R\$ 42,80	R\$ 44,90	R\$ 180,00	R\$ 76,17	R\$ 26,39
02.11.06.008-2	QUIRURGIAS DE PRESSÃO OCULAR (MÍNIMO 3 MEDIDAS)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,11	-	R\$ 90,00	R\$ 110,28	R\$ 55,34	R\$ 300,00	R\$ 155,45	R\$ 51,82

PM SPA
 1700 N.º 1132/2
 205
 03

PM SPA / SESAU
 C.C. Nº 1132/2
 112
 @

02.11.06.020-8	FESTE DE PROVOCAÇÃO DE GLAUCOMA	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 6,74	-	Sem relação AMB	R\$ 37,03	R\$ 27,89	R\$ 180,00	R\$ 34,63	R\$ 17,32
02.11.06.011-9	GAMPIMETRIA	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 6,74	-	R\$ 48,00	R\$ 42,41	R\$ 28,65	R\$ 200,00	R\$ 83,29	R\$ 27,76
02.11.06.003-8	COMPUTADORIZADO A OU MANUAL COM GRAFICO	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 40,00	-	R\$ 48,00	R\$ 55,76	R\$ 41,61	R\$ 200,00	R\$ 129,61	R\$ 43,20
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 14,81	-	R\$ 90,00	R\$ 80,90	R\$ 66,39	R\$ 300,00	R\$ 171,20	R\$ 67,07
02.11.06.002-0	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CORNEIA	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 24,24	-	R\$ 75,00	R\$ 150,99	R\$ 77,46	R\$ 300,00	R\$ 176,70	R\$ 68,90
02.11.06.018-6	RETINOGRRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 84,00	-	R\$ 36,00	R\$ 83,17	R\$ 83,28	R\$ 360,00	R\$ 183,17	R\$ 61,06
02.11.06.017-8	RETINOGRRAFIA COLORIDA BINOCULAR	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 24,88	-	R\$ 36,00	R\$ 83,17	R\$ 22,86	R\$ 360,00	R\$ 83,54	R\$ 27,85
04.05.05.002-0	CAPSLIOTOMIA A YAG LASER	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 78,75	-	R\$ 420,00	R\$ 836,58	R\$ 477,43	R\$ 570,00	R\$ 976,18	R\$ 325,39
04.05.06.018-4	IRIDOTOMIA A LASER	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 45,00	-	R\$ 300,00	R\$ 349,38	R\$ 199,26	R\$ 360,00	R\$ 544,28	R\$ 181,42
04.05.03.004-5	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER PAN.	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 75,15	-	R\$ 300,00	R\$ 447,37	R\$ 262,62	R\$ 360,00	R\$ 637,77	R\$ 212,69
04.05.03.019-3	FOTOCOAGULAÇÃO O DE RETINA A LASER	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 300,60	-	R\$ 300,00	R\$ 447,37	R\$ -	R\$ 1.300,00	R\$ 1.047,97	R\$ 349,32
04.17.01.005-2	ANESTESIA REGIONAL	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 22,27	-	Sem relação AMB	Não se aplica	R\$ -	R\$ 1.100,00	R\$ 1.115,15	R\$ 657,68
04.17.01.006-0	SEDAÇÃO	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 15,15	-	Sem relação AMB	Não se aplica	R\$ -	R\$ 1.100,00	R\$ 1.115,15	R\$ 657,68
04.05.05.010-0	FACECTOMIA/IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 483,60	-	R\$ 4.281,64	R\$ 4.889,03	R\$ 4.548,49	R\$ 5.800,00	R\$ 8.313,73	R\$ 3.104,68
04.05.05.037-2	FACEMULSIFICAÇÃO C/IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 771,60	-	R\$ 5.435,64	R\$ 6.852,45	R\$ 6.420,95	R\$ 7.000,00	R\$ 11.826,19	R\$ 3.876,05
04.05.05.009-7	FACECTOMIA C/IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 631,80	-	R\$ 5.435,64	R\$ 6.852,45	R\$ 6.420,95	R\$ 7.000,00	R\$ 11.388,19	R\$ 3.786,08

M 3212
206

PMSPA / SESAU
OC. Nº 1113212
193

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		ORGANIZ. AMB 92/CH 0,60	CIBHPM 2017	SUL AMERICA	PARTICULAR	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)						
04.05.05.011-9	1 FACIEMUL SIFIOAC AO C/IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 651,60	-	R\$ 5.435,64	R\$ 6.652,45	R\$ 5.420,95	R\$ 7.000,00	R\$ 11.508,19	R\$ 3.436,06
04.05.05.028-3	SUBSTITUIÇÃO DE LENTE INTRA-OCULAR	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 544,88	-	R\$ 3.365,25	R\$ 4.014,64	R\$ 4.137,79	R\$ 4.200,00	R\$ 7.924,77	R\$ 2.541,59
04.05.04.010-6	EXPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 846,19	-	-	-	-	-	-	-
04.05.04.021-0	REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRAOCULAR	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 453,60	-	Sem relação AMB	Não se aplica	R\$ 3.908,00	R\$ 1.700,00	R\$ 2.153,60.	R\$ 2.453,60
04.05.05.015-4	IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRA-OCULAR	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 1.112,88	-	-	-	-	-	-	-
04.05.05.007-0	CORREÇÃO CIRURGICA DE HERNIA DE RIS SUTURA DE CORNEIA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 259,20	-	R\$ 716,52	R\$ 2.166,76	R\$ 1.787,08	R\$ 1.989,05	R\$ 2.762,78	R\$ 920,93
04.05.05.030-5	EXERSE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENS LESOES DE PALPEBRAE SUPERCILIOS	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 184,08	-	R\$ 716,52	R\$ 2.166,76	R\$ 1.787,08	R\$ 4.200,00	R\$ 2.667,68	R\$ 889,22
04.05.01.007-9	RETINOPEXIA PNEUMÁTICA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 78,75	-	R\$ 950,00	R\$ 1.110,00	R\$ 1.230,00	R\$ 1.900,00	R\$ 2.038,75	R\$ 679,58
04.05.03.021-5	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 389,54	-	R\$ 980,00	R\$ 1.340,00	R\$ 1.660,00	R\$ 2.900,00	R\$ 2.709,54	R\$ 903,18
03.01.01.007-2		AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,00	-	R\$ 48,00	R\$ 110,00	R\$ 109,78	R\$ 300,00	R\$ 167,78	R\$ 55,93

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS

(E)

(E)

PMSPA / SESAU
Proc. N° 1113212
124

SI COD SUS	CIRURGIA REFRATIVAS - POR OLHO (MOPA, ASTIGMATISMO E HIPERMETROPIA) - LASIK	AMB/HOSP.	MEDIA	-	-	-	-	-	-	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00
SI COD SUS	CIRURGIA REFRATIVAS - POR OLHO (MOPA, ASTIGMATISMO E HIPERMETROPIA) - LASIK	AMB/HOSP.	MEDIA	-	-	-	-	-	-	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00

- 1 Os procedimentos que tem preço da tabela SIGTAP + Prestador + Tabela AMB, foi realizado (um) valor da Tabela SIGTAP + o menor valor do Prestador + o Valor da tabela AMB para fazer a Média
- 2 OS procedimentos que somente tem o valor de prestador, a média foi feita com o valor do prestador com menor preço
- 3 Os procedimentos que só tem preço da Tabela AMB o Prestador, a média foi feita com o valor do menor prestador e com o valor da AMB
- 4 OS procedimentos que só tem o valor da tabela SIGTAP e tabela AMB, a média foi feita com o preço de ambos
- 5 OS procedimentos referentes às consultas médicas, terão sobre o valor das consultas a incidência de 5% de taxa de administração.

CC

CC

11132/21
208



PMSPA / SESAU
ROC. Nº 11132/21
175

**TABELA MUNICIPAL DIFERENCIADA DE
SERVIÇO DE SAÚDE DO SUS**



SUB-GRUPO 08 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICA

FORMA: EXAMES SOROLÓGICOS E IMUNOLÓGICOS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		PREST. (SHIRLEY)	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)				
02.02.03.121-7	DOSAGEM DO ANTIGENO CA 125	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 13,35	-	R\$ 30,00	R\$ 250,00	R\$ 293,35	R\$ 97,78
SI COD SUS	DOSAGEM DO ANTIGENO 27/29	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 1.275,00	R\$ 250,00	R\$ 1.825,00	R\$ 762,50
SI COD SUS	DOSAGEM DO ANTIGENO CA.50	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 120,00	R\$ 250,00	R\$ 370,00	R\$ 185,00
SI COD SUS	DOSAGEM DO ANTIGENO CA 19.9	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 40,00	R\$ 250,00	R\$ 290,00	R\$ 145,00
SI COD SUS	DOSAGEM DO ANTIGENO CA 72.4	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 75,00	R\$ 250,00	R\$ 325,00	R\$ 162,50
SI COD SUS	DOSAGEM DO ANTIGENO CA 15-3	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 40,00	R\$ 250,00	R\$ 290,00	R\$ 145,00
0200202031	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1 ESTERASE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 9,25	-	R\$ 55,00	R\$ 50,00	R\$ 114,25	R\$ 38,08
0202010023	CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 2,01	-	R\$ 15,00	R\$ 14,00	R\$ 31,01	R\$ 10,34

(C)

(C)

PMSPA
 Proc. N° 1122/21
 Folha N° 209
 Rub

PMSPA / SESAU
 Proc. N° 11132/21
 116

0202010163	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,68	-	R\$	20,00	R\$	15,00	R\$	38,68	R\$	12,89
0202010236	DOSAGEM DE CAROTENO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 2,01	-	R\$	100,00	R\$	20,00	R\$	122,01	R\$	40,67
0202010244	DOSAGEM DE CATECOLAMINAS	HOSP.	MÉDIA	R\$ 0,00	-	R\$	150,00	R\$	100,00	R\$	250,00	R\$	83,33
0202010252	DOSAGEM DE GERULOPLASMINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,68	-	R\$	25,00	R\$	40,00	R\$	68,68	R\$	22,89
0202010309	DOSAGEM DE COLINESTERASE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,68	-	R\$	20,00	R\$	20,00	R\$	43,68	R\$	14,56
0202010449	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA PROSTATICA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 2,01	-	R\$	20,00	R\$	50,00	R\$	72,01	R\$	24,00
0202010457	DOSAGEM DE GALACTOSE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,51	-	R\$	1.250,00	R\$	50,00	R\$	1.303,51	R\$	434,50
0202010481	DOSAGEM GLICOSE 6 FOSFATO DESIDROGENASE (GGPD)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,68	-	R\$	30,00	R\$	27,00	R\$	60,68	R\$	20,23
0202010490	DOSAGEM HAPTOGLOBULINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,68	-	R\$	40,00	R\$	40,00	R\$	83,68	R\$	27,89
0202010511	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,68	-	R\$	40,00	R\$	40,00	R\$	83,68	R\$	27,89
0202010538	DOSAGEM DE LACTATO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,68	-	R\$	20,00	R\$	90,00	R\$	113,68	R\$	37,89
0202010716	ELETROFORRESE DE LIPOPROTEINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,68	-	R\$	40,00	R\$	40,00	R\$	83,68	R\$	27,89
0202010724	ELETROFORRESE DE PROTEINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 4,42	-	R\$	35,00	R\$	40,00	R\$	79,42	R\$	26,47
0202020126	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 2,85	-	R\$	35,00	R\$	20,00	R\$	57,85	R\$	19,28

PMSPA
 PROC Nº 1132/21
 FOLHA Nº 210
 RUB

PMSPA / SESAU
 Nº 1132/21
 117

0202020169 *	DOSAGEM DE ANTI COAGULANTE LUPICO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 4,11	-	R\$ 80,00	R\$ 67,00	R\$ 151,11	R\$ 50,37
0202020177	ANTI TROMBINA III	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 6,48	-	R\$ 70,00	R\$ 80,00	R\$ 156,48	R\$ 52,16
0202020290	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 4,60	-	R\$ 25,00	R\$ 20,00	R\$ 49,60	R\$ 16,53
0202020347	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 4,11	-	R\$ 650,00	R\$ 27,00	R\$ 681,11	R\$ 227,04
0202020355	ELETROFORESE HEMOGLOBINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 5,41	-	R\$ 40,00	R\$ 40,00	R\$ 85,41	R\$ 28,47
0202030410	PESQUISA DE CELULAS LE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 4,11	-	R\$ 40,00	R\$ 20,00	R\$ 64,11	R\$ 21,37
0202030016	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 16,00	-	R\$ 65,00	R\$ 130,00	R\$ 210,00	R\$ 70,00
0202030024	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 16,00	-	R\$ 65,00	R\$ 200,00	R\$ 280,00	R\$ 93,33
0202030032	CONTAGEM DE LINFOCITOS T. TOTAIS	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 16,00	-	R\$ 65,00	R\$ 130,00	R\$ 210,00	R\$ 70,00
0202030040	DETECÇÃO DO RNA DO HIV (QUALITATIVO)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 65,00	-	R\$ 175,00	R\$ 750,00	R\$ 990,00	R\$ 330,00
0202030059	DETECÇÃO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 96,00	-	R\$ 175,00	R\$ 750,00	R\$ 1.021,00	R\$ 340,33
0202030067	DETERMINAÇÃO COMPLEMENTO CH50	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 9,25	-	R\$ 80,00	R\$ 40,00	R\$ 129,25	R\$ 43,08
0202030113	DOSAGEM DE BETA 2 MICROGLOBULINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 13,55	-	R\$ 25,00	R\$ 300,00	R\$ 338,55	R\$ 112,85

PMSPA / SESAU
 Proc N° 11732/2
 118
 3

0202030172	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG) SEM VALOR NO SIG TAB	HOSP.	MÉDIA	R\$ 0,00	-	R\$ 20,00	R\$ 70,00	R\$ 90,00	R\$ 30,00
0202030210	GENOTIPAGEM D VIRUS DA HEPATITE C	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 298,48	-	R\$ 650,00	R\$ 2.040,00	R\$ 2.988,48	R\$ 998,16
0202030229	IMUNOELÉTROFOR ESE OU IMUNOFIXAÇÃO DE PROTEÍNAS SÉRICAS	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 17,16	-	R\$ 350,00	R\$ 120,00	R\$ 487,16	R\$ 162,39
0202030245	PPD (PARA APLICAÇÃO LABORATORIO) SEM VALOR NO SIGTAB	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 0,00	-	R\$ 20,00	R\$ 27,00	R\$ 47,00	R\$ 15,87
0202030253	PESQUISA ANTICORPOS PARA CARDIOLIPINA IGG	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,00	-	R\$ 65,00	R\$ 80,00	R\$ 155,00	R\$ 51,87
0202030261	PESQUISA ANTICORPOS PARA CARDIOLIPINA IGM	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,00	-	R\$ 65,00	R\$ 83,00	R\$ 158,00	R\$ 52,67
0202030288	PESQUISA DE ANTICORPOS HELICOBACTER PYLORE IGA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 17,16	-	R\$ 125,00	R\$ 100,00	R\$ 242,16	R\$ 80,72
0202030288	PESQUISA DE ANTICORPOS HELICOBACTER PYLORE IGG	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 17,16	-	R\$ 125,00	R\$ 100,00	R\$ 242,16	R\$ 80,72

PMSPA
 Nº 1100
 Nº 119
 Nº 32/21
 Nº 212

PMSPA / SESAU
 Nº 11132/2
 119
 3

0202030288	PESQUISA DE ANTICORPOS HELICOBACTER PYLORE IGM	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 17,16	-	R\$ 125,00	R\$ 100,00	R\$ 242,16	R\$ 80,72
0202030286	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI HIV WESTERN BLOT	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 85,00	-	R\$ 180,00	R\$ 700,00	R\$ 985,00	R\$ 321,67
0202030318	HTLV	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 18,55	-	R\$ 40,00	R\$ 120,00	R\$ 178,55	R\$ 69,52
0202030334	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI SCHISTOSSOMA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 5,74	-	R\$ 80,00	R\$ 27,00	R\$ 112,74	R\$ 37,58
0202030407	PESQUISA DE ANTICORPOS BRUCELAS (BRUCELOSE)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,70	-	R\$ 20,00	R\$ 33,00	R\$ 56,70	R\$ 18,90
0202030423	PESQUISA DE CHLAMIDIA IGG	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,00	-	R\$ 70,00	R\$ 90,00	R\$ 170,00	R\$ 56,67
0202030423	PESQUISA DE CHLAMIDIA IGM	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,00	-	R\$ 70,00	R\$ 90,00	R\$ 170,00	R\$ 56,67
0202030423	PESQUISA DE CHLAMIDIA IGA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,00	-	R\$ 70,00	R\$ 90,00	R\$ 170,00	R\$ 56,67
0202030458	ESCLERODERMA ANTI SCL 70	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,00	-	R\$ 25,00	R\$ 60,00	R\$ 95,00	R\$ 31,67
0202030490	PESQUISA ANTICORPOS ANTI GILADINA IGG	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 0,00	-	R\$ 50,00	R\$ 70,00	R\$ 120,00	R\$ 40,00
0202030490	PESQUISA ANTICORPOS ANTI GILADINA IGA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 0,00	-	R\$ 50,00	R\$ 70,00	R\$ 120,00	R\$ 40,00
0202030490	PESQUISA ANTICORPOS ANTI GILADINA IGM	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 0,00	-	R\$ 50,00	R\$ 70,00	R\$ 120,00	R\$ 40,00

PMSPA
Proc. Nº 1132/2
Data 13
200

PMSPA / SESAU
Proc. Nº 1132/2
130

0202030512	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI LHOVA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,00	-	R\$ 70,00	R\$ 80,00	R\$ 160,00	R\$ 53,33
0202030520	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI INSULINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 17,16	-	R\$ 40,00	R\$ 80,00	R\$ 137,16	R\$ 45,72
0202030547	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI LISTERIA (LISTERIOSE)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 5,50	-	R\$ 30,00	R\$ 53,00	R\$ 88,50	R\$ 29,50
0202030563	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONTRIA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 17,16	-	R\$ 45,00	R\$ 120,00	R\$ 182,16	R\$ 60,72
0202030571	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI MUSCULO ESTRIADO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 17,16	-	R\$ 70,00	R\$ 80,00	R\$ 167,16	R\$ 55,72
0202030580	PESQUISA DE ANTICORPO MUSCULO LISO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 17,16	-	R\$ 40,00	R\$ 40,00	R\$ 97,16	R\$ 32,39
0202030768	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI TOXOPLASMA IGM	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 16,97	-	R\$ 200,00	R\$ 35,00	R\$ 261,97	R\$ 83,99
0202030768	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI TOXOPLASMA IGG	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 16,97	-	R\$ 200,00	R\$ 60,00	R\$ 276,97	R\$ 92,32
0202030776	PESQUISA DE IGG TRYPANOSSOMA CRUZI	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 9,25	-	R\$ 20,00	R\$ 14,00	R\$ 43,25	R\$ 14,42
0202030822	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA VARICELA IGG	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 17,16	-	R\$ 65,00	R\$ 100,00	R\$ 182,16	R\$ 60,72

PIASPA
 Nº 1132/21
 2/24

PIASPA / SESAU
 OC. Nº 1132/21
 12/21

0202030822	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA VARICELA IGM	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 17,16	-	R\$ 65,00	R\$ 120,00	R\$ 202,16	R\$ 67,39
0202030822	VARICELA ZOSTER-ANTICORPOS IGG	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 17,16	-	R\$ 65,00	R\$ 100,00	R\$ 182,16	R\$ 60,72
0202031938	VARICELA ZOSTER-ANTICORPOS IGM (HERPES)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 17,16	-	R\$ 65,00	R\$ 120,00	R\$ 202,16	R\$ 67,39
0202031039	PESQUISA DE IGE ESPECIFICO (CADA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 9,25	-	R\$ 40,00	R\$ 75,00	R\$ 124,25	R\$ 41,42
0202031071	QUANTIFICAÇÃO DE RNA PARA HIV	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 18,00	-	R\$ 200,00	R\$ 750,00	R\$ 988,00	R\$ 322,67
0202031080	QUANTIFICAÇÃO PARA HEPATITE C	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 168,48	-	R\$ 200,00	R\$ 1.116,00	R\$ 1.484,48	R\$ 494,83
0202031187	DOSAGEM DE ANTI TRANGLUTAMINAS E TECIDUAL IGG	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 18,55	-	R\$ 125,00	R\$ 252,00	R\$ 395,55	R\$ 131,85
0202031187	DOSAGEM DE ANTI TRANGLUTAMINAS E TECIDUAL IGA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 18,55	-	R\$ 125,00	R\$ 252,00	R\$ 395,55	R\$ 131,85
0202031209	DOSAGEM DE TROPONINA I OU T	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 9,00	-	R\$ 50,00	R\$ 85,50	R\$ 144,50	R\$ 48,17
0202031241	GENOTIPAGEM DO HIV	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 0,00	-	R\$ 1.800,00	R\$ 1.650,00	R\$ 3.450,00	R\$ 1.150,00
0202031250	DETECÇÃO DO RNA DO HTLV	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 65,00	-	R\$ 800,00	R\$ 750,00	R\$ 1.615,00	R\$ 538,33
0202040038	COPROLOGICO FUNCIONAL	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,04	-	R\$ 30,00	R\$ 50,00	R\$ 83,04	R\$ 27,68
0202040135	PESQUISA DE ROTAVIRUS	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,25	-	R\$ 35,00	R\$ 50,00	R\$ 95,25	R\$ 31,75

←

←

1132/2
215
0

MSPA / SESAU
Nº 11132/6
122
e

0202040143	PESQUISA DE SANGUE OCULTO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 1,65	-	R\$	20,00	R\$	10,00	R\$	31,65	R\$	10,55
0202050025	CLEARANCE DE CREATININA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,51	-	R\$	25,00	R\$	25,00	R\$	63,51	R\$	17,84
0202050068	DETERMINAÇÃO OSMOLALIDADE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,70	-	R\$	50,00	R\$	30,00	R\$	83,70	R\$	27,90
0202050084	DOSAGEM DE CITRATO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 2,01	-	R\$	30,00	R\$	14,00	R\$	46,01	R\$	15,34
0202050106	DOSAGEM DE OXALATO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,68	-	R\$	30,00	R\$	30,00	R\$	63,68	R\$	21,23
0202050238	PESQUISA DE FRUTOSE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 2,04	-	R\$	16,00	R\$	14,00	R\$	31,04	R\$	10,35
0202050246	PESQUISA DE GALACTOSE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,36	-	R\$	16,00	R\$	50,00	R\$	68,36	R\$	22,79
0202060282	PESQUISA DE HOMOCISTEINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 2,04	-	R\$	60,00	R\$	592,00	R\$	644,04	R\$	214,68
0202060020	DETERMINAÇÃO RETENÇÃO T3	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 12,54	-	R\$	60,00	R\$	55,00	R\$	127,54	R\$	42,51
0202060039	DETERMINAÇÃO DE T3 REVERSO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 14,69	-	R\$	150,00	R\$	195,00	R\$	359,69	R\$	119,90
0202080047	DOSAGEM 17 ALFA HIDROXIPROGESTERONA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,20	-	R\$	40,00	R\$	165,00	R\$	215,20	R\$	71,73
0202060071	ACIDO 5 HIDROXI INDOL ACETICO (SEROTONINA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 6,72	-	R\$	60,00	R\$	60,00	R\$	126,72	R\$	42,24
0202060080	DOSAGEM DE ADRENOCORTICO TROFICO (ACTH)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 14,12	-	R\$	30,00	R\$	210,00	R\$	254,12	R\$	84,71
0202080098	ALDOSTERONA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 11,89	-	R\$	35,00	R\$	125,00	R\$	171,89	R\$	57,30
0202060110	ANDROSTENEDION A	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 11,53	-	R\$	35,00	R\$	160,00	R\$	206,53	R\$	68,84
0202060128	DOSAGEM DE CALCITONINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 14,38	-	R\$	60,00	R\$	225,00	R\$	289,38	R\$	96,46

(C)

(C)

Proc. N.º M3216
 Folha N.º 216
 Rub. u

PMSPA / SESA
 Proc. N.º 111321
26 123

0202060144	DEHIDROEPIANDR OSTERONA (DHEA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 11,25	-	R\$ 30,00	R\$ 105,00	R\$ 146,25	R\$ 48,75
0202060152	DOSAGEM DE D- HIDROTESTOSTER ONA - DHT	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 11,71	-	R\$ 30,00	R\$ 160,00	R\$ 201,71	R\$ 67,24
0202060209	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADOR ADA TIROXINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 16,35	-	R\$ 80,00	R\$ 180,00	R\$ 275,35	R\$ 91,78
0202070322	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 16,35	-	R\$ 48,00	R\$ 200,00	R\$ 263,35	R\$ 87,78
0202070026	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 2,23	-	R\$ 20,00	R\$ 60,00	R\$ 82,23	R\$ 27,41
0202070034	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,68	-	R\$ 20,00	R\$ 60,00	R\$ 83,68	R\$ 27,89
0202070042	DOSAGEM DE METIL HIPURICO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 2,04	-	R\$ 20,00	R\$ 60,00	R\$ 82,04	R\$ 27,35
0202070174	DOSAGEM DE CHUMBO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 8,83	-	R\$ 30,00	R\$ 80,00	R\$ 118,83	R\$ 39,61
0202070180	DOSAGEM DE COBRE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,51	-	R\$ 38,00	R\$ 120,00	R\$ 161,51	R\$ 53,84
0202070204	DOSAGEM DE DIGOXINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 8,87	-	R\$ 38,00	R\$ 150,00	R\$ 196,87	R\$ 65,62
0202070239	DOSAGEM DE FENCL	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 2,05	-	R\$ 35,00	R\$ 60,00	R\$ 97,05	R\$ 32,35
0202070265	DOSAGEM DE LITO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 2,25	-	R\$ 20,00	R\$ 20,00	R\$ 42,25	R\$ 14,08
0202070271	DOSAGEM DE META HEMOGLOBINA BACIL OSCOPHA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 4,11	-	R\$ 20,00	R\$ 30,00	R\$ 54,11	R\$ 18,04
0202080048	DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (PESQUISA DE BAAR)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 4,20	-	R\$ 20,00	R\$ 10,00	R\$ 34,20	R\$ 11,40

(C)

(C)

332/21
 124
 PMSPA / SESAL
 PROC. Nº 11132/16
 PAG 124

0202080056	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 4,20	-	R\$ 20,00	R\$ 10,00	R\$ 34,20	R\$ 11,40
0202080072	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 2,80	-	R\$ 20,00	R\$ 15,00	R\$ 37,80	R\$ 12,60
0202080110	CULTURA DE BAAR (PRAZO 45 DIAS PARA RESULTADO)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 5,63	-	R\$ 20,00	R\$ 30,00	R\$ 55,63	R\$ 18,54
0202080137	CULTURA DE FUNGOS	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 4,19	-	R\$ 60,00	R\$ 50,00	R\$ 114,19	R\$ 38,08
0202080145	MICOLÓGICO DIRETO (PESQUISA DE FUNGOS)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 2,40	-	R\$ 20,00	R\$ 20,00	R\$ 42,40	R\$ 14,13
0202090153	HEMOCULTURA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 11,49	-	R\$ 65,00	R\$ 58,00	R\$ 134,49	R\$ 44,83
0202090264	ESPERMOGRAMA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 4,80	-	R\$ 20,00	R\$ 40,00	R\$ 64,80	R\$ 21,60
0202100030	CARIOTIPO BANDAG	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 160,00	-	R\$ 600,00	R\$ 583,00	R\$ 1.343,00	R\$ 447,67
0202100060	TESTE DO PEZINHO BASICO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 20,90	-	R\$ 60,00	R\$ 50,00	R\$ 130,90	R\$ 43,63
020210109	TESTE DO PEZINHO PLUS	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 5,50	-	R\$ 150,00	R\$ 165,00	R\$ 320,50	R\$ 108,83
S/ COD SIGTAB	1,25 HIDROXI VITAMINA D	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 65,00	R\$ 175,00	R\$ 240,00	R\$ 120,00
S/ COD SIGTAB	ANTI ENDOMISIO IGM	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 150,00	R\$ 92,00	R\$ 242,00	R\$ 121,00
S/ COD SIGTAB	ANTI ENDOMISIO IGG	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 150,00	R\$ 92,00	R\$ 242,00	R\$ 121,00
S/ COD SIGTAB	ANTI ENDOMISIO IGA	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 150,00	R\$ 33,00	R\$ 183,00	R\$ 91,50
S/ COD SIGTAB	ANTI LKM	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 150,00	R\$ 33,00	R\$ 183,00	R\$ 91,50
S/ COD SUS	CURVA INSULINICA (4 DOSAGENS)	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 60,00	R\$ 250,00	R\$ 310,00	R\$ 155,00
S/ COD SUS	DIAMERO D	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 75,00	R\$ 100,00	R\$ 175,00	R\$ 87,50
S/ COD SUS	ERITROPIETINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 90,00	R\$ 313,00	R\$ 403,00	R\$ 201,50

CC

CC

PRONEXA
Proc. Nº 1132/21
Folha Nº 25
Pub

PRONEXA / SESAU
C. Nº 1132/21
25

S/COD SUS	IGFBP 3	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 40,00	R\$ 167,00	R\$ 207,00	R\$ 103,50
S/COD SUS	SATURAÇÃO DA TRANSFERRINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 10,00	R\$ 60,00	R\$ 70,00	R\$ 35,00
S/COD SUS	TESTE DE AVIDEZ (TOXOPLASMOSE, RUBÉOLA, CITO) CADA	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 120,00	R\$ 92,00	R\$ 212,00	R\$ 106,00
S/COD SUS	PROTEÍNA C FUNCIONAL	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 50,00	R\$ 125,00	R\$ 175,00	R\$ 87,50
S/COD SUS	PROTEÍNAS FUNCIONAL	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 50,00	R\$ 125,00	R\$ 175,00	R\$ 87,50
S/COD SUS	DOENÇA DE CHAGAS IGG (CADA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 25,00	R\$ 30,00	R\$ 55,00	R\$ 27,50
S/COD SUS	DOENÇA DE CHAGAS IGA (CADA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 25,00	R\$ 30,00	R\$ 55,00	R\$ 27,50
S/COD SUS	DOENÇA DE CHAGAS IGM (CADA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 25,00	R\$ 30,00	R\$ 55,00	R\$ 27,50
S/COD SUS	PESQUISA DE CELULAS NEOPLASICAS	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 105,00	R\$ 100,00	R\$ 205,00	R\$ 102,50
S/COD SUS	ROTINA LIQUIDO ASCITICO	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 50,00	R\$ 67,00	R\$ 117,00	R\$ 58,50
S/COD SUS	ROTINA LIQUIDO PLEURAL	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 50,00	R\$ 67,00	R\$ 117,00	R\$ 58,50
S/COD SUS	ROTINA LIQUIDO SINOVIAL	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 50,00	R\$ 67,00	R\$ 117,00	R\$ 58,50
S/COD SUS	ROTINA LIQUIDO LIAUOR	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 60,00	R\$ 67,00	R\$ 117,00	R\$ 58,50
S/COD SUS	ANTICORPOS ANTI CITOPLASMA NEUTROFILOS C E P (P-ANCA C-ANCA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 70,00	R\$ 83,00	R\$ 153,00	R\$ 76,50
S/COD SUS	OSTEOCALCINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 85,00	R\$ 150,00	R\$ 235,00	R\$ 117,50

PMSPA / SESAL
 PROC. Nº 411321
 126

SI/COD SUS	LIPIDOGRAMA COMPLETO	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 18,00	R\$ 70,00	R\$ 88,00	R\$ 44,00
SI/COD SUS	PROVA DE FUNÇÃO HEPÁTICA	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 18,00	R\$ 139,00	R\$ 157,00	R\$ 79,50
SI/COD SUS	PROVA DE FUNÇÃO REUMÁTICA INCLUI WALKER ROSE E MUCOPROTEINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 30,00	R\$ 100,00	R\$ 130,00	R\$ 65,00
SI/COD SUS	COAGULOGRAMA COM PLAQUETAS TAP /PTT	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 30,00	R\$ 60,00	R\$ 90,00	R\$ 45,00
SI/COD SUS	TESTE DE AFIOÇAMENTO DAS HEMACIAS (SOLUBILIDADE) HEPATITE E IGM/IGG	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 15,00	R\$ 10,00	R\$ 25,00	R\$ 12,50
SI/COD SUS		AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 150,00	R\$ 92,00	R\$ 242,00	R\$ 121,00
1	Os procedimento que tem preço da tabela SIGTAP + Prestador + Tabela AMB, foi retrado 1(um) valor da Tabela SIGTAP + o menor valor do Prestador + o Valor da tabela AMB para fazer a Média								
2	OS procedimentos que somente tem o valor de prestador, a média foi feita com o valor do prestador com menor preço								
3	OS procedimentos que somente tem o valor de prestador, a média foi feita com o valor do prestador com menor preço								
4	OS procedimentos que só tem o valor da tabela SIGTAP e tabela Amb, a média foi feita com o preço de ambos								
5	OS procedimentos referentes as consultas médicas, terão sobre o valor das consultas a incidência de 5% de taxa de administração.								



PAISPA
 DTCO N.º 1113212
 N.º 127
 0



**TABELA MUNICIPAL DIFERENCIADA DE
 SERVIÇO DE SAÚDE DO SUS**



SUB-GRUPO 10 - DIAGNÓSTICO EM OTORRINOLARINGOLOGIA E FONOAUDILOGIA

FORMA: EXAMES POR VIA AÉREAS E POR VIAS OSSEAS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		PREST. (CENTRO DE FONO)	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)				
02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMAR (VIA AEREA / OSSEA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 21,00	-	R\$ 55,00	R\$ 90,00	R\$ 166,00	R\$ 55,33
02.11.07.021-1	LOGOAUDIOMETRIA (LDV-IRF-LRF)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 26,25	-	R\$ 60,00	R\$ 40,00	R\$ 126,25	R\$ 42,08

FORMA: EXAMES POR VIA AÉREAS E POR VIAS OSSEAS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		PREST. (CENTRO DE FONO)	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)				
02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMAR (VIA AEREA / OSSEA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 21,00	-	R\$ 55,00	R\$ 90,00	R\$ 166,00	R\$ 55,33
02.11.07.021-1	LOGOAUDIOMETRIA (LDV-IRF-LRF)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 26,25	-	R\$ 60,00	R\$ 40,00	R\$ 126,25	R\$ 42,08

Proc N° 1132/21
 Licit N° 221
 Sub

PMSPA / SESAU
 SOC. N° 11132/0
 128
 2

1	Os procedimento que tem preço da tabela SIGTAP + Prestador + Tabela AMB, foi retrado (um) valor da Tabela SIGTAP + o menor valor do Prestador + o Valor da tabela AMB para fazer a Média
2	OS procedimentos que somente tem o valor de prestador, a média foi feita com o valor do prestador com menor preço
3	stador, a média foi feita com o valor do menor prestador e com o valor da AMB
4	OS procedimento que só tem o valor da tabela SIGTAP e tabela Amb, a média foi feito com o preço de ambos
5	OS procedimentos referentes às consultas médicas, terão sobre o valor das consultas a incidência de 5% de taxa de administração.

Processo Nº 1132/2
 222
 Rubrica



AMSPA / SESAU
 Proc. Nº 1138/21
 129
 @

TABELA MUNICIPAL DIFERENCIADA DE SERVIÇO DE SAÚDE DO SUS



FORMA CONSULTAS MÉDICAS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED	PREST. (SHIRLEY)	PREST. (Hilagós)	PREST. (DUA LIMA)	PREST. (RADIO MED)	PREST. (AVMED)	PREST. (OPTALMO CLINICA)	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO	TAXA ADM. 5%	TOTAL DO VALOR APLICADO COM A TAXA ADM. DE 5%
02.11.07.004-1	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO PRIMARIA	AMB/HOSP.	PRIMARIA	R\$ 10,00	R\$ 10,00	R\$ 80,00	R\$ 100,00	R\$ 80,00	R\$ 100,00	R\$ 80,00	R\$ 100,00	R\$ 350,00	R\$ 70,00	R\$ 3,50	R\$ 73,50
02.11.07.021-1	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,00	R\$ 10,00	R\$ 200,00	R\$ 100,00	R\$ 100,00	R\$ -	R\$ 150,00	R\$ 100,00	R\$ 410,00	R\$ 82,00	R\$ 4,10	R\$ 86,10

1 Os procedimentos que tem preço da tabela SIGTAP + Prestador + Tabela AMB, for referido (fun) valor da Tabela SIGTAP + o menor valor do Prestador + o Valor da tabela AMB para fazer a Média
 2 Os procedimentos que somente tem o valor da prestador, a média foi feita com o valor do prestador com menor preço
 3 Os procedimentos que só tem preço da Tabela AMB e Prestador, a média foi feita com o valor do menor prestador e com o valor da AMB
 4 Os procedimentos que só tem o valor da Tabela SIGTAP e Tabela AMB, a média foi feita com o preço da ambos
 5 Os procedimentos referentes às consultas médicas, terão sobre o valor das consultas a incidência de 5% da taxa de taxa da administração.