Editais

Correio do Cidadão
SEXTA-FEIRA
14 de Abril de 2023 - Edição nº 1978

CIS-IVAIPORÃ

GABINETE DO PREFEITO
RATIFICAÇÃO

PROCEDIMENTO DE LICITAÇÃO Nº 104/2023
Inexigibilidade Nº 93/2023

OBJETO: **CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURIDICA NA AREA DA SAUDE, CONFORME CHAMAMENTO PUBLICO Nº 08/2023, NA ESPECIALIDADE DE GASTROENTEROLOGIA**

Tendo em vista que a documentação referente à Inexigibilidade nº **93/2023 atende a todos os requisitos do artigo 74, I e IV c/c artigo 79, II, da Lei 14.133/2021;**

Considerando o parecer jurídico, o qual foi favorável a homologação da presente Inexigibilidade;

Com efeito, RATIFICO **todas as formalidades legais e autorizo a Inexigibilidade nº 93/2023, para a contratação dos serviços supramencionado, com a empresa CLIN LISTER ATENDIMENTO MÉDICO HOSPITALAR LTDA,** inscrita no **CNPJ/MF** sob o nº **21.879.989/0001-25**, **no valor** de R$ 4.549.995,00 (quatro milhões, quinhentos e quarenta e nove mil, novecentos e noventa e cinco reais).

PUBLIQUE-SE

Ivaiporã-PR, 13 de abril de 2023.

RENAN MENCK ROMANICHEN
PRESIDENTE

CIS IVAIPORÃ
Rua Professora Diva Proença, 500
Ivaiporã – PR
Fone: (43) 3472-0649 | 3472-1795
e-mail: licitacaocisivaipora@hotmail.com

CIS-IVAIPORÃ

RESOLUÇÃO Nº 15/2023

SÚMULA: "Altera valores de procedimentos na tabela CIS e torna pública a tabela atualizada, e dá outras providências".

O PRESIDENTE DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA 22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ, ESTADO DO PARANÁ, **RENAN MENCK ROMANICHEN**, no uso de suas atribuições que lhe são conferidas pelo Estatuto da Entidade,

CONSIDERANDO que o Cresems da 22ª Regional de Ivaiporã/PR deliberou em reunião realizada na data de 11 de de abril de 2023 acerca do aumento dos valores dos procedimentos de inserção de DIU e inserção de implantante subcutâneo, tendo em vista que os valores dos referidos procedimentos acompanham os valores pagos à título de consulta médica, os quais foram aumentados por ocasião da assembleia de prefeitos realizada em data de 10 de março de 2023, edita-se a seguinte:

RESOLUÇÃO:

Art. 1º. Altera os valores dos procedimentos de INSERÇÃO DE DIU – INSUMO NÃO INCLUSO E A SER FORNECIDO PELO MUNICIPIO (Código CIS 77.7) e INSERÇÃO DE IMPLANTE SUBCUTANEO - INSUMO NÃO INCLUSO E A SER FORNECIDO PELO MUNICIPIO (Código CIS 77.8), que passam a ser R$ 70,00 (setenta reais), tornando pública a tabela de valores atualizada de todos os procedimentos, consultas e exames praticados pela entidade, conforme anexo I, desta Resolução, que trata da consolidação da tabela vigente do Consórcio, para que surta os efeitos legais.

Art. 2º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Edifício do Consórcio Intermunicipal de Saúde da 22ª RS de Ivaiporã, Estado do Paraná, no dia 12 de abril de 2023.

RENAN MENCK ROMANICHEN:05907167947
Assinado de forma digital por RENAN MENCK ROMANICHEN:05907167947
Dados: 2023.04.13 10:06:09 -03'00'

RENAN MENCK ROMANICHEN
PRESIDENTE DO CIS

CIS-IVAIPORÃ

ANEXO I

TABELA DE VALORES CIS IVAIPORÃ 2023

CÓDIGO CIS	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇO	VALOR DENTRO DO CIS	VALOR CLÍNICAS
	CONSULTAS ESPECIALIZADAS /EXAMES		
1.0	**ALERGOLOGIA**		
1.1	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
2.0	**ANESTESIOLOGIA**		
2.1	CONSULTAS E AVALIAÇÃO	R$ 70,00	R$ 70,00
3.0	**CARDIOLOGIA**		
3.1	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
4.0	**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**		
4.1	ECOCARDIOGRÁFIA BIDIMENSIONAL COM OU SEM DOPPLER		R$ 160,00
4.2	ELETROCARDIOGRAMA COM LAUDO (REALIZADO PELO MÉDICO)	R$ 20,00	R$ 30,00
4.3	RISCO CIRÚRGICO (ECG COM LAUDO + RISCO CIRÚRGICO)		R$ 100,00
4.4	TESTE DE ESFORÇO / ERGOMÉTRICO (INCLUINDO ECG)		R$ 180,00
4.5	HOLTER 24 HORAS		R$ 100,00
4.6	MAPA (PRESSÃO ARTERIAL 24 HORAS)		R$ 180,00
5.0	**CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO**		
5.1	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
6.0	**CIRURGIA CARDÍACA**		
6.1	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
7.0	**CIRURGIA GERAL**		
7.1	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
8.0	**CIRURGIA PLÁSTICA**		
8.1	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
9.0	**CIRURGIA TORAX**		
9.1	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
10.0	**CIRURGIA VASCULAR**		
10.1	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
11.0	**DERMATOLOGIA**		
11.1	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
12.0	**ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA**		
12.1	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
13.0	GASTROENTEROLOGIA		
13.1	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
14.0	**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**		
14.1	RETOSIGMOIDOSCOPIA		R$ 137,11
14.2	COLONOSCOPIA		R$ 397,00
14.3	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EDA)		R$ 247,00
14.4	POLIPECTOMIA		R$ 90,00
15.0	**GERIATRIA**		
15.1	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
16.0	**GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA**		
16.1	CONSULTAS GINECOLOGIA	R$ 70,00	R$ 70,00
16.2	CONSULTAS OBSTÉTRICA	R$ 70,00	R$ 70,00
17.0	**HEMATOLOGIA**		
17.1	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
18.0	**INFECTOLOGIA**		
18.1	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
19.0	**MASTOLOGISTA**		
19.1	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
20.0	**NEFROLOGIA**		
20.1	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
21.0	**NEUROLOGIA**		

CIS-IVAIPORÃ

21.1	CONSULTAS NEUROCIRURGIA	R$ 70,00	R$ 70,00
21.2	CONSULTAS NEUROPEDIATRIA	R$ 70,00	R$ 70,00
21.3	CONSULTAS NEUROLOGIA CLÍNICA	R$ 70,00	R$ 70,00
21.4	CONSULTAS NEUROPEDIATRIA/NEUROLOGIA INFANTIL – CONSULTA REFERENCIADA	R$115,00	R$115,00
21.5	CONSULTAS DE NEUROPSICIÓLOGO	R$ 70,00	R$ 70,00
22.0	**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**		
22.1	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMII		R$ 400,00
22.2	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS		R$ 400,00
22.3	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS E MMII		R$ 800,00
22.4	ELETROENCEFALOGRAMA DE ROTINA		R$ 39,60
22.5	ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGÍLIA/ SONO ESPONTÂNEO OU INDUZIDO		R$ 79,20
22.6	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO (MAPEAMENTO)		R$ 95,00
22.7	LAUDO DE ELETROENCEFALOGRAMA (TELEMEDICINA)		R$ 10,00
22.8	LAUDO DE ELETROENCEFALOGRAMA COM MAPEAMENTO (TELEM)		R$ 22,00
23.0	**OFTLAMOLOGIA**		
23.1	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
23.2	CONSULTA OFTALMOLOGICA + TONOMETRIA+ MAPEAMENTO DE RETINA+ TESTE ORTOPTICO – PROJETO BOA VISÃO	R$ 70,00	R$ 70,00
23.3	CONSULTA + EXAME DE TONOMETRIA + CERATOMETRIA	R$45,00	
24.0	**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**		
24.1	BIOMETRIA ULTRASSONICA (BINOCULAR)		R$ 66,00
24.2	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL		R$13,42
24.3	BIOMICROSCOPIA		R$12,34
24.4	MAPEAMENTO DE RETINA		R$24,24
24.5	CURVA TENSIONAL DIARIA		R$ 49,50
24.6	GONIOSCOPIA (BINOCULAR)		R$ 20,00
24.7	MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)		R$ 24,24
24.8	RETINOGRAFIA COLORIDA (MONOCULAR)		R$ 16,50
24.9	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA (BINOCULAR)		R$ 49,50
24.10	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA (BINOCULAR)		R$ 41,25
24.11	TESTE ORTÓPTICO (BINOCULAR)		R$ 12,34
24.12	TESTE DE ADAPTAÇÃO DE LENTE DE CONTATO (BINOCULAR)		R$ 30,00
24.13	MEDIDA DE OFUSCAMENTO DE CONTRASTE (BINOCULAR)		R$ 26,40
24.14	EPILAÇÃO DE CÍLIOS (MONOCULAR)		R$ 21,60
24.15	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO (MONOCULAR)		R$ 28,80
24.16	TONOMETRIA (BINOCULAR)		R$ 12,34
24.17	TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO		R$ 400,00
24.18	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA – OCT (MONOCULAR)		R$ 200,00
24.19	CAPSULOTOMIA YAG LASER (MONOCULAR)		R$ 200,00
24.20	PAN FOTOCOAGULAÇÃO (MONOCULAR)		R$ 200,00
24.21	CAMPIMETRIA (MONOCULAR)		R$ 120,00
24.22	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA (MONOCULAR)		R$ 36,36
25.0	**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**		
25.1	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
26.0	**OTORRINOLARINGOLOGIA**		
26.1	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
27.0	**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**		
27.1	VIDEONASOFIBROSCOPIA		R$ 50,00
27.2	VECTOELETRONISTAGMOGRAFIA COMPUTADORIZADA		R$ 200,00
27.3	AUDIOMETRIA TONAL	**SUS**	-
28.4	IMPEDÂNCIOMETRIA	**SUS**	-
28.5	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO - BERA	**SUS**	-
28.6	EMISSÕES OTOACÚSTICAS EVOCADAS PARA TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINHA)	**SUS**	R$ 33,77

CIS-IVAIPORÃ

28.7	CAUTERIZAÇÃO NASAL		R$ 50,00
28.9	TAMPONAMENTO NASAL ANTERO/POSTERIOR		R$ 150,00
28.10	TESTES ACUMÉTRICOS		R$ 41,25
28.11	TESTES VESTIBULARES E OTONEUROLÓGICOS		R$ 41,25
28.12	MANOBRAS DE REABILITAÇÃO VESTIBULARES		R$ 60,00
28.13	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO EM OUVIDO, FARINGE, LARINGE, NARIZ.		R$ 60,00
28.14	TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR		R$ 150,00
28.15	VIDEOLARINGOSCOPIA		R$ 80,00
28.16	NASOFIBROSCOPIA / ENDOSCOPIA NASAL		R$ 37,80
28.17	DRENAGEM DE ABSCESSO EM ORELHA / OTOHEMATOMA		R$ 150,00
28.18	CORREÇAO CIRURGIA DE LESÃO EM LÓBULO DE ORELHA		R$ 150,00
28.19	FRENECTOMIA		R$ 80,00
28.20	ESTUDO TOPO DIAGNÓSTICO DE PARALISIA FACIAL		R$ 90,00
28.21	PROVA DE FUNÇÃO TUBÁRIA		R$ 14,17
28.22	MIRINGOTOMIA UNILATERAL		R$ 28,80
28.23	ASPIRAÇÃO DE OUVIDO		R$ 50,00
28.24	REMOÇÃO - CURETAGEM DE CERUME		R$ 50,00
28.25	TESTE ALÉRGICO (CUTÂNEO)		R$ 150,00
29.0	**PNEUMOLOGIA**		
29.1	CONSULTAS PNEUMOLOGISTA	R$ 70,00	R$ 70,00
29.2	CONSULTAS PNEUMOPEDIATRIA	R$ 70,00	R$ 70,00
30.0	**EXAMES REALIZADOS**		
30.1	ESPIROMETRIA		R$ 90,00
30.2	BRONCOSCOPIA		R$ 250,00
31.0	**PROCTOLOGIA**		
31.1	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
32.0	**PSIQUIATRIA**		
32.1	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
33.0	**REUMATOLOGIA**		
33.1	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
34.0	**UROLOGIA**		
34.1	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
35.0	**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**		
35.1	CISTOSCOPIA		R$ 180,00
35.2	UROTROCISTOGRAFIA		R$ 180,00
35.3	URÓGRAFIA VENOSA		R$ 120,00
35.4	UROFLUXOMETRIA		R$ 100,00
35.5	URODINÂMICA		R$ 220,00

OUTRAS CLASSIFICAÇÕES DE CONSULTA MÉDICA

36.0	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR
36.1	CONSULTA MÉDICA COM ENFASE EM ESPECIALIDADES (CLINICO GERAL, COM ESPECIALIDADE PRETENDIDA QUE CONTENHA NO MINIMO CARGA HORARIO DE 360 HORAS COM CURSO RECONHECIDO)	R$ 50,00
36.2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA (AMBULATÓRIO MÉDICO ESCOLA)	R$38,00

CIS-IVAIPORÃ

SERVIÇOS MULTIPROFISSIONAIS

37.0	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR
37.1	ATENDIMENTOS EM FISIOTERAPIA POR SESSÃO	R$ 30,00
37.2	SESSÃO DE ACUPUNTURA COM INSERÇÃO DE AGULHAS	R$ 25,00
37.3	SESSÃO DE ACUPUNTURA COM APLICAÇAO DE VENTOSAS	R$ 19,00
37.4	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL HABILITAÇÃO E REABILITAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NAS ÁREAS DE LINGUAGEM, MOTRICIDADE OROFACIAL, VOZ E AUDIÇÃO Idade Mínima: 0 meses Idade Máxima: 130 anos	R$ 30,00
37.5	CONSULTA / ACOMPANHAMENTO PSICOLOGICO	R$ 30,00
37.6	CONSULTA / ACOMPANHAMENTO NUTRICIONISTA	R$ 30,00
37.7	PLANTAO TECNICO DE RADIOLOGIA – 04 HRS	R$ 128,54

SERVIÇOS MÉDICOS HOSPITALAR

38.0	PROCEDIMENTOS MÉDICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	VALOR
38.1	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM HORÁRIOS DIFERENCIADOS/ HOSPITALAR	R$ 100,00
38.2	CONSULTA OFTALMOLOGISTA ACOMPANHADAS DE EXAMES/PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES, ATENDIDOS EM HORÁRIOS DIFERENCIADOS/ HOSPITALAR	R$ 100,00
39.0	**PROCEDIMENTOS / DIAGNOSTICO SAÚDE DO HOMEM/ MULHER**	**VALOR**
39.1	PUNÇÃO DE MAMA C/ AGULHA GROSSA / CORE BIOPSY ORIENTADA POR LTRASSONOGRAFIA+ANATOMOPATOLÓGICO (ÚTERO E MAMA)	R$ 400,00
39.2	COLPOSCOPIA COM RETIRADA DE MATERIAL PARA CAUTERIZAÇÃO	R$ 300,00
39.3	CAF CIRURGIA DE ALTA FREQUÊNCIA (CUTINIZAÇÃO C/ ANATOMO)	R$ 420,00
39.4	BIOPSIA DE PRÓSTATA GUIADA POR ULTRASSOM (COM ANATOMOPATOLÓGICO)	R$ 500,00
39.5	EXCERESE DE NÓDULO DE MAMA COM ANATOMO	R$ 500,00
39.6	PUNÇAO ASPIRATIVA DE AGULHA GROSSA TIREOIDE (COM CITOLOGIA)	R$ 500,00
39.7	PUNÇÃO DE AGULHA FINA (PAAF) TIREOIDE (COM CITOLOGIA)	R$ 500,00
39.8	PUNÇAO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA (MAMA, E OUTROS)	R$ 500,00
39.9	CAUTERIZAÇÃO GINECOLÓGICA (COLO, UTERO, PAREDE VAGINAL, E VAGINA EXTERNA)	R$ 300,00
40.0	**PLANTÃO MEDICO HOSPITALAR – EXCLUSIVO CIRURGICO EM HPP**	**VALOR**
40.1	PLANTÃO MÉDICO EM CIRURGIA GERAL – 12 HORAS	R$ 2.250,00
40.2	PLANTÃO GASTROENTEROLOGISTA – 12 HORAS	R$ 2.250,00
40.3	PLANTÃO OTORRINOLARINGOLOGIA – 12 HORAS	R$ 2.250,00
40.4	PLANTÃO MEDICO EM GINECOLOGIA -12 HORAS	R$ 2.250,00
40.5	PLANTÃO MEDICO EM OBSTETRICIA -12 HORAS	R$ 2.250,00
40.6	PLANTÃO MÉDICO VASCULAR – 12 HORAS	R$ 2.250,00
40.7	PLANTÃO MÉDICO UROLOGIA - 12 HORAS	R$ 2.250,00
40.8	PLANTÃO MÉDICO ORTOPEDIA - 12 HORAS	R$ 2.250,00
40.9	PLANTÃO MÉDICO PEDIATRIA - 12 HORAS	R$ 2.250,00
40.10	PLANTÃO MÉDICO EM ANESTESIOLOGIA -12 HORAS	R$ 1.450,00

CIS-IVAIPORÃ

RELAÇÃO DE CIRURGIA/ PROCEDIMENTO ELETIVO COM 150% DE COMPLEMENTO X SIGTAP (INCLUI SERVIÇO HOSPITALAR, PROFISSIONAL CIRURGIÃO E ANESTESISTA)

41.0	PROCEDIMENTO	Valor SIGTAP	Complemento 150%	Valor Total
41.1	TRATAMENTO CIRURGICO DE GRAVIDEZ ECTOPICA	R$ 459,18	R$ 688,77	**R$ 1.147,95**
41.2	POSTECTOMIA	R$ 219,12	R$ 328,68	**R$ 547,80**
41.3	PLÁSTICA DE FREIO BÁLANO PREPUCIAL	R$ 34,10	R$ 51,15	**R$ 85,25**
41.4	POSPADIA POR ESTAGIO TRATAMENTO CIRURGICO	R$ 372,96	R$ 559,44	**R$ 932,40**
41.5	EPISPADIA POR ETAPA	R$ 388,21	R$ 582,32	**R$ 970,53**
41.6	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	R$ 360,07	R$ 540,11	**R$ 900,18**
41.7	BIOPSIA DO FIGADO POR PUNÇÃO	R$ 71,15	R$ 106,73	**R$ 177,88**
41.8	TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO	R$ 347,62	R$ 521,43	**R$ 869,05**
41.9	ADENOIDECTOMIA	R$ 348,18	R$ 522,27	**R$ 870,45**
41.10	AMIGDALECTOMIA	R$ 306,57	R$ 459,86	**R$ 766,43**
41.11	TIMPANOPLASTIA (UNI / BILATERAL)	R$ 618,15	R$ 927,23	**R$ 1.545,38**
41.12	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	R$ 247,46	R$ 371,19	**R$ 618,65**
41.13	SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTÉTICA	R$ 213,75	R$ 320,63	**R$ 534,38**
41.14	TURBINECTOMIA	R$ 315,65	R$ 473,48	**R$ 789,13**
41.15	CORRECAO CIRURGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MUSCULOS)	R$ 1.160,45	R$ 1.740,68	**R$ 2.901,13**
41.16	CORRECAO CIRURGICA DO ESTRABISMO (ATE 2 MUSCULOS)	R$ 1.160,45	R$ 1.740,68	**R$ 2.901,13**
41.17	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)	R$ 582,04	R$ 873,06	**R$ 1.455,10**
41.18	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	R$ 483,37	R$ 725,06	**R$ 1.208,43**
41.19	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	R$ 254,12	R$ 381,18	**R$ 635,30**
41.20	HEMORROIDECTOMIA	R$ 315,94	R$ 473,91	**R$ 789,85**
41.21	COLECISTECTOMIA	R$ 695,77	R$ 1.043,66	**R$ 1.739,43**
41.22	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R$ 693,05	R$ 1.039,58	**R$ 1.732,63**

CIS-IVAIPORÃ

41.23	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	R$ 559,87	R$ 839,81	**R$ 1.399,68**
41.24	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	R$ 539,92	R$ 809,88	**R$ 1.349,80**
41.25	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	R$ 426,02	R$ 639,03	**R$ 1.065,05**
41.26	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	R$ 445,51	R$ 668,27	**R$ 1.113,78**
41.27	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	R$ 416,43	R$ 624,65	**R$ 1.041,08**
41.28	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)	R$ 295,75	R$ 443,63	**R$ 739,38**
41.29	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR	R$ 194,89	R$ 292,34	**R$ 487,23**
41.30	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO	R$ 241,15	R$ 361,73	**R$ 602,88**
41.31	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA / HÍBRIDA	R$ 1.214,72	R$ 1.822,08	**R$ 3.036,80**
41.32	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO JOELHO	R$ 1.154,84	R$ 1.732,26	**R$ 2.887,10**
41.33	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	R$ 1.602,18	R$ 2.403,27	**R$ 4.005,45**
41.34	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HALUX VALGUS C/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO	R$ 355,81	R$ 533,72	**R$ 889,53**
41.35	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	R$ 332,26	R$ 498,39	**R$ 830,65**
41.36	RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL	R$ 91,49	R$ 137,24	**R$ 228,73**
41.37	NEFRECTOMIA PARCIAL	R$ 841,74	R$ 1.262,61	**R$ 2.104,35**
41.38	NEFRECTOMIA TOTAL	R$ 853,65	R$ 1.280,48	**R$ 2.134,13**
41.39	NEFROSTOMIA C/ OU S/ DRENAGEM	R$ 650,27	R$ 975,41	**R$ 1.625,68**
41.40	NEFROSTOMIA PERCUTANEA	R$ 600,47	R$ 900,71	**R$ 1.501,18**
41.41	RESSECCAO ENDOSCOPICA DE PROSTATA	R$ 594,68	R$ 892,02	**R$ 1.486,70**
41.42	VASECTOMIA	R$ 306,47	R$ 459,71	**R$ 766,18**
41.43	CERCLAGEM DE COLO DO UTERO	R$ 178,01	R$ 267,02	**R$ 445,03**
41.44	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	R$ 460,08	R$ 690,12	**R$ 1.150,20**
41.45	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	R$ 770,70	R$ 1.156,05	**R$ 1.926,75**
41.46	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	R$ 546,04	R$ 819,06	**R$ 1.365,10**
41.47	HISTERECTOMIA TOTAL	R$ 634,03	R$ 951,05	**R$ 1.585,08**

CIS-IVAIPORÃ

41.48	HISTERECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R$ 464,61	R$ 696,92	**R$ 1.161,53**
41.49	LAQUEADURA TUBARIA	R$ 339,02	R$ 508,53	**R$ 847,55**
41.50	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA	R$ 651,60	R$ 977,40	**R$ 1.629,00**
41.51	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	R$ 771,60	R$ 1.157,40	**R$ 1.929,00**

RELAÇÃO DE CIRURGIA/ PROCEDIMENTO ELETIVO COM 150% DE COMPLEMENTO X SIGTAP - SERVIÇOS PROFISSIONAIS –HPP VALOR

Especialidade cirúrgica: CIRURGIA GERAL

42.0	PROCEDIMENTO	Valor SIGTAP (Profissional)	Complemento 150%	Valor Total
42.1	HEMORROIDECTOMIA	R$ 124,94	R$ 187,41	**R$ 312,35**
42.2	COLECISTECTOMIA	R$ 248,61	R$ 372,92	**R$ 621,53**
42.3	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R$ 171,78	R$ 257,67	**R$ 429,45**
42.4	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	R$ 150,08	R$ 225,12	**R$ 375,20**
42.5	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	R$ 80,65	R$ 120,98	**R$ 201,63**
42.6	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	R$ 147,69	R$ 221,54	**R$ 369,23**
42.7	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	R$ 146,99	R$ 220,49	**R$ 367,48**
42.8	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	R$ 146,96	R$ 220,44	**R$ 367,40**
42.9	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	R$ 137,40	R$ 206,10	**R$ 343,50**
42.10	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R$ 136,44	R$ 204,66	**R$ 341,10**
42.11	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	R$ 258,80	R$ 388,20	**R$ 647,00**
42.12	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	R$ 183,41	R$ 275,12	**R$ 458,53**
42.13	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	R$ 190,94	R$ 286,41	**R$ 477,35**
42.14	HISTERECTOMIA TOTAL	R$ 221,71	R$ 332,57	**R$ 554,28**
42.15	HISTERECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R$ 185,11	R$ 277,67	**R$ 462,78**
42.16	LAQUEADURA TUBARIA	R$ 138,97	R$ 208,46	**R$ 347,43**
42.17	POSTECTOMIA	R$ 121,40	R$ 182,10	**R$ 303,50**

Especialidade cirúrgica: OTORRINOLARINGOLOGIA

43.0	PROCEDIMENTO	Valor SIGTAP (Profissional)	Complemento 150%	Valor Total
43.1	ADENOIDECTOMIA	R$ 179,05	R$ 268,58	**R$ 447,63**
43.2	AMIGDALECTOMIA	R$ 157,65	R$ 236,48	**R$ 394,13**
43.3	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	R$ 75,87	R$ 113,81	**R$ 189,68**
43.4	SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTÉTICA	R$ 73,32	R$ 109,98	**R$ 183,30**
43.5	TIMPANOPLASTIA (UNI / BILATERAL)	R$ 322,83	R$ 484,25	**R$ 807,08**
43.6	TURBINECTOMIA	R$ 132,01	R$ 198,02	**R$ 330,03**

Especialidade cirúrgica: VASCULAR

44.0	PROCEDIMENTO	Valor SIGTAP (Profissional)	Complemento 150%	Valor Total

Correio do Cidadão | SEXTA-FEIRA
14 de Abril de 2023 - Edição nº 1978

44.1	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)	R$ 400,40	R$ 600,60	**R$ 1.001,00**
44.2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	R$ 301,73	R$ 452,60	**R$ 754,33**
44.3	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	R$300,78	R$451,17	**R$751,95**
44.4	AMPUTAÇÃO/DESARTICULAÇÃO (DEDO ATÉ O PÉ, TRANSTIBIAL, TRANSFEMURAL)	R$338,03	R$507,05	**R$845,08**
44.5	DEBRIDAMENTO DE ULCERA/DE TECIDOS DESVITALIZADOS	R$543,08	814,62	**R$1.357,70**
	ESPECIALIDADE UROLOGIA			
45.0	**PROCEDIMENTO**	**Valor SIGTAP (Profissional)**	**Complemento 150%**	**Valor Total**
45.1	NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA	R$801,50	R$1202,25	**R$2003,75**
45.2	INSTALAÇÃO E RETIRADA ENDOSCOPICA DE CATETER DUPLO J	R$218,68	R$328,02	**R$546,70**

SERVIÇOS RADIOLOGIA MÉDICA

45.0	MEDICINA NUCLEAR	VALOR
45.1	DENSITOMETRIA ÓSSEA ATÉ 2 SEGMENTOS	R$ 150,00
45.2	DENSITOMETRIA ÓSSEA COLUNA LOMBAR 2 SEGMENTOS	R$ 150,00
45.3	DENSITOMETRIA ÓSSEA DUO-ENERGÉTICA (VERT. LOMBARES)	R$ 150,00
45.4	DENSITOMETRIA ÓSSEA CORPO TODO	R$ 150,00
45.5	ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL	R$ 500,00
45.6	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	R$ 500,00
45.7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA/COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	R$ 180,00
45.8	TOMOGRAFIA COMP. DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE.	R$ 180,00
45.9	TOMOGRAFIA COMP. DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE.	R$ 180,00
45.10	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	R$ 180,00
45.11	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIROIDE OU PARA TIROIDE) C/ CONTRASTE.	R$ 250,00
45.12	TOMOGRAFIA DACRIOCISTOGRAFIA.	R$ 200,00
45.13	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA OU ORBITAS	R$ 180,00
45.14	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO C/ CONTRASTE	R$ 180,00
45.15	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MASTOIDE OU ORELHAS	R$ 200,00
45.16	TOMOGRAFIA COMP. DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR.	R$ 200,00
45.17	TOMOGRAFIA COMP. DE SEGMENTOS APENDICULARES.	R$ 200,00
45.18	TOMOGRAFIA COMP. DE TORAX COM OU S/ CONTRASTE.	R$ 250,00
45.19	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX / MEDIASTINO (POR PLANO)	R$ 200,00
45.20	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN C/ CONTRASTE	R$ 315,00
45.21	TOMOGRAFIA COMP. DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR.	R$ 240,00
45.22	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA	R$ 250,00
45.23	ANGIOTOMOGRAFIA	R$ 450,00
45.24	TOMOGRAFIA ABDOMEN SUPERIOR	R$ 250,00
45.25	TOMOGRAFIA DE CARÓTIDAS	R$ 450,00
45.26	TOMOGRAFIA PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIREOÍDE E FARINGE)	R$ 250,00
45.27	TOMOGRAFIA RENAL	R$ 450,00
45.28	TOMOGRAFIA UROTOMOGRAFIA	R$ 450,00
45.29	MAMOGRAFIA BILATERAL	R$ 80,00

45.30	PROCEDIMENTO DE ANESTESIA EM EXAMES DE RESSONANCIA MAGNETICA EM QUE EXIGE SEDAÇÃO.	R$ 300,00
45.31	RESSONANCIA CARDIACA MORFOLOGICA E FUNCIONAL	R$903,13
45.32	RESSONANCIA DE ABDOMEN TOTAL DE CRIANÇAS COM SEDAÇÃO	R$1.800,00

46.0	RAIO – X - COM LAUDOS	VALOR
46.1	DACRIOCISTOGRAFIA	R$ 40,00
46.2	PLANIGRAFIA DE LARINGE	R$ 40,00
46.3	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	R$ 40,00
46.4	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)	R$ 40,00
46.5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	R$ 40,00
46.6	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R$ 40,00
46.7	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ)	R$ 40,00
46.8	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	R$ 40,00
46.9	RADIOGRAFIA DE LARINGE	R$ 40,00
46.10	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	R$ 40,00
46.11	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	R$ 40,00
46.12	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	R$ 30,00
46.13	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (E CORPO ESTRANHO)	R$ 40,00
46.14	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL)	R$ 30,00
46.15	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	R$ 30,00
46.16	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)	R$ 40,00
46.17	MIELOGRAFIA	R$ 40,00
46.18	PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL	R$ 40,00
46.19	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + OBLIQUAS)	R$ 30,00
462.0	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	R$ 30,00
46.21	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	R$ 40,00
46.22	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R$ 40,00
46.23	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS e SEL)	R$ 40,00
46.24	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	R$ 40,00
46.25	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	R$ 40,00
46.26	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	R$ 40,00
46.27	SIALOGRAFIA (POR GLANDULA)	R$ 40,00
46.28	RADIOGRAFIA DE CORACAO VASOS DA BASE (PA / LATERAL+ OBLIQUA)	R$ 40,00
46.29	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)	R$ 40,00
46.30	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	R$ 40,00
46.31	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	R$ 40,00
46.32	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R$ 30,00
46.33	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	R$ 40,00
46.34	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)	R$ 30,00
46.35	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)	R$ 30,00
46.36	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R$ 30,00
46.37	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R$ 30,00
46.38	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R$ 30,00
46.39	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	R$ 30,00
46.40	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	R$ 30,00
46.41	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	R$ 30,00
46.42	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	R$ 30,00

46.43	RADIOGRAFIA DE BRACO	R$ 30,00
46.44	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R$ 30,00
46.45	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R$ 40,00
46.46	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	R$ 40,00
46.47	RADIOGRAFIA DE MAO	R$ 40,00
46.48	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	R$ 40,00
46.49	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	R$ 40,00
46.50	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	R$ 40,00
46.51	CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE	R$ 40,00
46.52	COLANGIOGRAFIA PER-OPERATORIA	R$ 40,00
46.53	COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA	R$ 40,00
46.54	DUODENOGRAFIA HIPOTONICA	R$ 40,00
46.55	FISTULOGRAFIA	R$ 40,00
46.56	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R$ 380,00
46.57	PIELOGRAFIA ANTEROGRADA PERCUTANEA	R$ 40,00
46.58	PIELOGRAFIA ASCENDENTE	R$ 40,00
46.59	PLANIGRAFIA DE RIM S/ CONTRASTE	R$ 40,00
46.60	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	R$ 30,00
46.61	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	R$ 70,00
46.62	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	R$ 30,00
46.63	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO	R$ 40,00
46.64	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)	R$ 40,00
46.65	RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE)	R$ 30,00
46.66	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	R$ 30,00
46.67	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	R$ 40,00
46.68	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	R$ 40,00
46.69	RADIOGRAFIA DE BACIA	R$ 30,00
46.70	RADIOGRAFIA DE CALCANEO	R$ 30,00
46.71	RADIOGRAFIA DE COXA	R$ 40,00
46.72	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R$ 30,00
46.73	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	R$ 40,00
46.74	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	R$ 40,00
46.75	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	R$ 30,00
46.76	RADIOGRAFIA DE PERNA	R$ 30,00
46.77	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	R$ 40,00
46.78	VIDEODEGLUTOGRAMA	R$350,00
46.79	RAIO X DEGLUTOGRAMA	R$350,00

47.0	EXAMES ULTRASSONOGRAFICOS	VALOR
47.1	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO COLORIDO E PULSADO	R$ 130,00
47.2	ULTRA-SONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL\RASTREAMENTO DE TESTÍCULOS	R$ 85,00
47.3	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R$ 100,00
47.4	ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL FEMININA	R$ 85,00
47.5	ULTRASSONOGRAFIA DA BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER - COLORIDO	R$ 130,00
47.6	ULTRAS	
47.7	ULTRASSONOGRAFIA DA TIREÓIDE COM DOPPLER - COLORIDO	R$ 130,00
47.8	ULTRASSONOGRAFIA DAS GLÂNDULAS SALIVARES E SUBMANDIBULARES	R$ 85,00
47.9	ULTRASSONOGRAFIA DA REGIÃO INGUINAL	R$ 85,00
47.10	ULTRASSONOGRAFIA PENIANA	R$ 85,00
47.11	ULTRASSONOGRAFIA DO RETROPERITÔNIO	R$ 85,00
47.12	ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	R$ 85,00
47.13	ULTRASSONOGRAFIA DAS SUPRARRENAIS	R$ 85,00
47.14	ULTRASSONOGRAFIA DAS LOJAS RENAIS	R$ 85,00
47.15	ULTRASSONOGRAFIA DO HIPOCÔNDRIO DIREITO	R$ 85,00

47.16	ULTRASSONOGRAFIA DA ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL (QUADRIL)	R$ 85,00
47.17	ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL MASCULINA	R$ 85,00
47.18	ULTRA-SONOGRAFIA DE TIREOIDE (PESCOÇO, CERVICAL, PAROTIDA)	R$ 85,00
47.19	ULTRA-SONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R$ 85,00
4720	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R$ 130,00
47.21	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSFONTANELA (HIPOCONDRIO)	R$ 85,00
47.22	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (DOPPLER RENAL, VASCULAR VENOSO, CARÓTIDAS E VERTEBRAS, COLORIDO 3 OU MAIS)	R$ 130,00
47.23	ULTRA-SONOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES (ANTEBRAÇO, COXA, BRAÇO, JOELHO, TORNOZELO, OMBRO, PUNHO, PANTURRILHA)	R$ 85,00
47.24	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA	R$ 250,00
47.25	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (AVALIAÇÃO DE FÍGADO, PÂNCREAS, VESÍCULA BILIAR, VIAS BILIARES, BAÇO, RINS, RETROPERITÔNIO E BEXIGA)	R$ 80,00
47.26	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN INFERIOR (SUPRAPUBICA)	R$ 80,00
47.27	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO (RINS E BEXIGA)	R$ 80,00
47.28	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VESICULA, VIAS BILIARES, REGIÃO INGUINAL, ORGÕES E ESTRUTRAS SUPERFICIAIS)	R$ 60,00
47.29	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	R$ 60,00
47.30	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	R$ 70,00
47.31	ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R$ 60,00
47.32	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	R$ 70,00
47.32	ULTRASSONOGRAFIA TIREÓIDE	R$ 85,00
47.33	ULTRASSONOGRAFIA OMBRO	R$ 85,00
47.34	ULTRASSONOGRAFIA MÃO	R$ 85,00
47.35	ULTRASSONOGRAFIA GLOBO OCULAR BILATERAL	R$ 85,00
47.36	ULTRASSONOGRAFIA GLOBO OCULAR COM DOPPLER COLORIDO	R$ 130,00
47.37	ULTRASSONOGRAFIA GLÂNDULAS SALIVARES (TODAS)	R$ 85,00
47.38	ULTRASSONOGRAFIA DE MAMAS	R$ 85,00
47.39	ULTRASSONOGRAFIA DERMATOLÓGICA – (PELE E SUBCUTÂNEO)	R$ 85,00
47.40	ULTRASSONOGRAFIA PESCOÇO	R$ 85,00
47.41	ULTRASSONOGRAFIA PARATIREÓIDE	R$ 85,00
47.42	ULTRASSONOGRAFIA ABDOMEM SUPERIOR COM DOPPLER	R$ 130,00
47.43	ULTRASSONOGRAFIA AORTA ABDOMINAL	R$ 190,00
47.44	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER AORTA OU VASOS ILIACOS	R$ 190,00
47.45	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ILIACAS	R$ 190,00
47.46	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL E VISCERAIS	R$ 190,00
47.47	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE ARTÉRIAS RENAIS E AORTA DESCENDENTE	R$ 190,00
47.48	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER PENIANO	R$ 130,00
47.48	ULTRASSONOGRAFIA ESTRUTURAS/SUPERFICIAIS (CERVICAL OU AXILAS)	R$ 85,00
47.49	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA 1º TRIMESTRE (ENDOVAGINAL)	R$ 85,00
47.50	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA 4D	R$ 210,00
47.51	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA 4D HD	R$ 210,00
47.52	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA C/ TRANSLUCENCIA NUCAL	R$ 85,00
47.53	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM PERFIL BIOFISICO FETAL	R$ 150,00
47.54	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICO ECOCARDIOGRAMA FETAL	R$ 200,00
47.55	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICO COM DOPPLER	R$ 130,00
47.56	ULTRASSONOGRAFIA PROSTATA COM DOPPLER	R$ 150,00
47.57	ULTRASSONOGRAFIA TRANS-VAGINAL COM DOPPLER	R$ 130,00

48.0	PROCEDIMENTOS DE PRÓTESE DENTÁRIA	VALOR
48.1	MOLDAGEM DENTO-GENGIVAL PARA CONSTRUÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA	R$ 92,00
48.2	REEMBASAMENTO E CONSERTO DE PRÓTESE DENTÁRIA	R$ 20,49
48.3	PRÓTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVIVEL	R$ 150,00
48.4	PRÓTESE PARCIAL MAXILAR REMOVIVEL	R$ 150,00
48.5	PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR	R$ 150,00
48.6	PRÓTESE TOTAL MAXILAR	R$ 150,00
	PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS- BUCOMAXILO	**VALOR**
48.7	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE)	R$72,00
48.8	APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE)	R$81,00
48.9	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO)	R$45,00
48.10	EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA	R$45,00
48.11	SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA	R$81,00
48.12	CAPEAMENTO PULPAR	R$99,00
48.13	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO	R$55,39
48.14	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR	R$135,00
48.15	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR	R$86,77
48.16	PULPOTOMIA DENTÁRIA	R$180,00
48.17	RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	R$90,00
48.18	RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	R$90,00
48.19	EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO	R$117,00
48.20	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	R$135,00
48.21	RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE)	R$81,00
48.22	ENXERTO GENGIVAL	R$630,00
48.23.	GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE)	R$180,00
48.24	GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE)	R$180,00
48.25	TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE)	R$180,00
48.26	OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO	R$270,00
48.27	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR	R$360,00
48.28	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES	R$490,00
48.29	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	R$360,00
48.30	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR	R$400,00
48.31	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAÍZES	R$450,00
48.32	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR	R$450,00
48.33	SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR	R$720,00
48.34	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	R$62,54
48.35	BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE	R$77,48
48.36	BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	R$78,51
48.37	TRATAMENTO DE NEVRALGIAS FACIAIS	R$21,64
48.38	CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM	R$135,00
48.39	OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLO DENTÁRIAS	R$104,00
48.40	REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE	R$174,49
48.41	REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR	R$66,02
48.42	RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA/ DENTÁRIA	R$96,48
48.43	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO	R$38,36

48.44	EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR	R$691,34
48.45	EXERESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO-ODONTOGÊNICO	R$71,06
48.46	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/ EXTRA-ORAL	R$211,56
48.47	FRENECTOMIA	R$270,00
48.48	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	R$409,42
48.49	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORONASAL/ ORO-SINUSAL	R$218,31
48.50	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS	R$35,78
48.51	EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR	R$177,81
48.52	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA	R$162,00
48.53	EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO	R$59,72
48.54	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE	R$280,03
48.55	RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MAXILO-MANDIBULAR	R$22,11
48.56	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO-SINUSAL/ ORO-NASAL	R$649,65
48.57	APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA	R$149,79
48.58	APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE)	R$107,60
48.59	CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES	R$56,69
48.60	CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR	R$82,86
48.61	CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR	R$89,65
48.62	CURETAGEM PERIAPICAL	R$43,84
48.63	ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL	R$43,84
48.64	EXODONTIA MULTIPLA C/ ALVEOLO-PLASTIA POR SEXTANTE	R$540,00
48.65	GLOSSORRAFIA	R$34,89
48.66	MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS	R$137,83
48.67	ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO	R$65,04
48.68	REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO)	R$93,80
48.69	REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO)	R$270,00
48.70	REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES	R$270,00
48.71	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL	R$140,00
48.72	TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL	R$45,44
48.73	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	R$140,00
48.74	ULOTOMIA/ULECTOMIA	R$180,00
48.75	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	R$15,00
48.76	RADIOGRAFIA PANORAMICA COM LAUDO	R$80,00
48.77	RADIOGRAFIA PANORAMICA SEM LAUDO	R$70,00

SERVIÇOS TELEMEDICINA

49.0	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR
49.1	LAUDO DE ELETROCARDIOGRAMA (TELEMEDICINA REALIZADO NO CIS)	R$ 10,00
49.2	LAUDO ELETROCARDIOGRAMA	R$ 6,50
49.3	LAUDO ELETROENCEFALOGRAMA OCUPACIONAL	R$ 10,00
49.4	LAUDO ELETROENCEFALOGRAMA CLÍNICO	R$ 10,00
49.5	LAUDO ELETROENCEFALOGRAMA COM MAPEAMENTO	R$ 22,00
49.6	LAUDO RISCO CIRÚRGICO	R$ 50,00
49.6	LAUDO RAIO X CONVENCIONAL	R$ 6,50

49.7	LAUDO RAIO X OIT-1 ASSINATURA	R$ 7,50
49.8	LAUDO RAIO X OIT-2 ASSINATURA	R$ 8,00

SERVIÇOS VINCULADOS AO CONVÊNIO QUALICIS - SESA

50.0	ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL	VALOR
50.1	TERAPEUTA OCUPACIONAL	R$30,00
50.2	CONSULTA ENFERMEIRO	R$30,00
50.3	ATENDIMENTO / ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA	R$30,00
50.4	ATENDIMENTO ASSISTENTE SOCIAL OU FISIOTERAPEUTA	R$30,00
50.5	CONSULTA NUTRICIONISTA	R$30,00
50.6	CONSULTA / ACOMPANHAMENTO PSICOLOGICO	R$30,00
50.7	CONSULTA / ACOMPANHAMENTO FONOAUDIOLOGICO	R$30,00
50.8	ATENDIMENTO PODOLOGO	R$30,00
	ESPECIALIDADES MÉDICA	**VALOR**
51.1	**PSIQUIATRIA**	
51.1	CONSULTAS	R$70,00
52.0	**OTORRINOLARINGOLOGIA**	
52.1	CONSULTAS	R$70,00
53.0	**OFTALMOLOGIA**	
53.1	CONSULTAS	R$70,00
54.0	**OFTALMOLOGISTA/RETINOLOGISTA**	
54.1	CONSULTAS	R$70,00
55.0	**CIRURGIA GERAL**	
55.1	CONSULTAS	R$70,00
56.0	**CIRURGIA VASCULAR**	
56.1	CONSULTAS	R$70,00
57.0	**NEUROLOGIA**	
57.1	CONSULTAS	R$70,00
58.0	**NEFROLOGIA**	
58.1	CONSULTAS	R$70,00
59.0	**NEUROLOGIA PEDIATRICO**	
59.1	CONSULTAS	R$70,00

ATENDIMENTOS / PROCEDIMENTOS / EXAMES MÉDICOS ESPECIALIZADOS APLICADOS NO PLANO DE CUIDADO, CONFORME LINHA GUIA POR REDE DE ATENÇÃO, AO PACIENTE ATENDIDO NO QUALICIS

	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS - QUALICIS	VALOR
60.0	**CARDIOLOGIA – ALTO RISCO**	
60.1	CONSULTAS	R$ 70,00
61.0	**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**	
61.1	ECOCARDIOGRÁFIA BIDIMENSIONAL COM OU SEM DOPPLER	R$ 160,00
61.2	LAUDO DE ELETROCARDIOGRAMA (TELEMEDICINA REALIZADO NO CIS)	R$ 10,00
61.3	TESTE DE ESFORÇO| ERGOMÉTRICO (INCLUINDO ECG)	R$ 180,00
61.4	HOLTER 24 HORAS	R$ 100,00
62.0	**ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA – ALTO RISCO**	
62.1	CONSULTAS	R$ 70,00
63.0	**GERIATRIA – ALTO RISCO**	

63.1	CONSULTAS	R$ 70,00
64.0	**GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA – ALTO RISCO**	
64.1	CONSULTAS ESPECIALIZADA DE RISCO INTERMEDIARIO E ALTO RISCO EM OBSTETRÍCIA – QUALICIS	R$ 70,00
65.0	**MEDICINA NUCLEAR**	
65.1	DENSITOMETRIA ÓSSEA ATÉ 2 SEGMENTOS	R$ 150,00
66.0	**PEDIATRA – ALTO RISCO**	
66.1	CONSULTA ESPECIALIZADA DE PEDIATRIA PARA CRIANÇA ATÉ 01 ANO DE VIDA.	R$ 70,00
67.0	**PSIQUIATRIA – ALTO RISCO**	
67.1	CONSULTAS	R$ 70,00
68.0	**EXAMES ULTRASONOGRAFICOS**	**VALOR**
68.1	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO COLORIDO E PULSADO	R$ 130,00
68.2	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R$ 130,00
68.3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	R$ 70,00
68.4	ULTRASSONOGRAFIA ABDOMINAL	R$80,00
68.5	ULTRASSONOGRAFIA CEREBRAL/ QUANTITATIVO	R$85,00
68.6	ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA	R$250,00
69.0	**OUTROS EXAMES**	**VALOR**
69.1	RESSONANCIA MAGNETICA	R$500,00
69.2	TOMOGRAFIA TCC	R$180,00
69.3	ELETROCARDIOGRAMA EEG SONO E VIGILIA	R$79,20
69.4	RETINOGRAFIA COM CONTRASTE	R$16,50
69.5	FUNDOSCOPIA	R$24,24
69.6	RAIOS-X	R$40,00
69.7	ITB (INDICE TORNOZELO BRAQUIAL)- DOPPLER MANUAL	R$40,00
	SERVIÇOS CLÍNICA COMPARTILHADA	**VALOR**
70.0	**CARDIOLOGIA – ALTO RISCO**	
70.1	INTERCONSULTA AMPLIADA - referente a matriciamento, treinamento, estudo de caso, capacitação dos profissionais na ABS, estudo permanente e pesquisa, a ser desenvolvida pelo profissional do AME aos demais profissionais da rede e da atenção básica no município, com duração de até 30 minutos.	R$ 70,00
71.0	**ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA – ALTO RISCO**	
71.1	INTERCONSULTA AMPLIADA - referente a matriciamento, treinamento, estudo de caso, capacitação dos profissionais na ABS, estudo permanente e pesquisa, a ser desenvolvida pelo profissional do AME aos demais profissionais da rede e da atenção básica no município, com duração de até 30 minutos.	R$ 70,00
72.0	**GERIATRIA – ALTO RISCO**	
72.1	INTERCONSULTA AMPLIADA - referente a matriciamento, treinamento, estudo de caso, capacitação dos profissionais na ABS, estudo permanente e pesquisa, a ser desenvolvida pelo profissional do AME aos demais profissionais da rede e da atenção básica no município, com duração de até 30 minutos.	R$ 70,00
73.0	**GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA – ALTO RISCO**	
73.1	INTERCONSULTA AMPLIADA - referente a matriciamento, treinamento, estudo de caso, capacitação dos profissionais na ABS, estudo permanente e pesquisa, a ser desenvolvida pelo profissional do AME aos demais profissionais da rede e da atenção básica no município, com duração de até 30 minutos.	R$ 70,00
74.0	**PEDIATRA – ALTO RISCO**	
74.1	INTERCONSULTA AMPLIADA - referente a matriciamento, treinamento, estudo de caso, capacitação dos profissionais na ABS, estudo permanente e pesquisa, a ser desenvolvida pelo profissional do AME aos demais profissionais da rede e da atenção básica no município, com duração de até 30 minutos.	R$ 70,00
75.0	**PSIQUIATRIA – ALTO RISCO**	

75.1	INTERCONSULTA AMPLIADA - referente a matriciamento, treinamento, estudo de caso, capacitação dos profissionais na ABS, estudo permanente e pesquisa, a ser desenvolvida pelo profissional do AME aos demais profissionais da rede e da atenção básica no município, com duração de até 30 minutos.	R$ 70,00
76.0	**EQUIPE MULTIPROFISIONAL**	
76.1	INTERCONSULTA AMPLIADA pelos membros componentes da equipe multidisciplinar - referente a matriciamento, treinamento, estudo de caso, capacitação dos profissionais na ABS, estudo permanente e pesquisa, a ser desenvolvida pelo profissional do AME aos demais profissionais da rede e da atenção básica no município, com duração de até 30 minutos, por profissional.	R$ 30,00
77.0	**PROCEDIMENTOS EM GINECOLOGIA**	**VALOR**
77.1	CONSULTA MÉDICA EM GINECOLOGIA	R$70,00
77.2	INTERCONSULTA – DISCUSSÃO DE CASO COM ABS, PARA CONSTRUÇÃO DE PLANO DE CUIDADO INDIVIDUAL.	R$70,00
77.3	CONSULTA ENFERMEIRO	R$30,00
77.4	INTERCONSULTA EQUIPE MULTIPROFISIONAL	R$30,00
77.5	COLPOSCOPIA COM RETIRADA DE MATERIAL PARA CAUTERIZAÇÃO	R$300,00
77.6	CAF – CIRURGIA DE ALTA FREQUENCIA	R$420,00
77.7	INSERÇÃO DE DIU – INSUMO NÃO INCLUSO E A SER FORNECIDO PELO MUNICIPIO	R$70,00
77.8	INSERÇÃO DE IMPLANTE SUBCUTANEO - INSUMO NÃO INCLUSO E A SER FORNECIDO PELO MUNICIPIO	R$70,00

SERVIÇOS VINCULADOS AO BRILHANTEMENTE

ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR
01	CONSULTA EM NEUROPEDIATRIA	R$115,00
02	CONSULTA EM TERAPIA OCUPACIONAL	R$30,00
03	CONSULTA EM NUTRIÇÃO	R$30,00
04	INTERCONSULTA NEUROPEDIATRIA	R$70,00
05	INTERCONSULTA MULTIPROFISSIONAL	R$30,00
06	ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGÍLIA/SONO ESPONTANÊO OU INDUZIDO	R$79,20
07	CONSULTA EM PSCICOLOGIA	R$30,00
08	CONSULTA EM PSCICOPEDAGOGIA	R$30,00

ITEM	VALOR LAUDO
Consulta médica especializada (ambulatório médico escolar)	**38,00**

TABELA SUS

Nº	PROCEDIMENTOS AMBULATÓRIO ESCOLA	VALOR UNITARIO (SUS)
01	FUNDOSCOPIA	3,37
02	CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES	26,90
03	EXCISÃO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESÕES	28,00
04	EXERESE DE CISTO CEBÁCIO/LIPOMA	12,46
05	CANTOPLASTIA	15,00
06	COLOCAÇÃO/RETIRADA DE DIU	30,00
07	INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO DE MAMA	24,73
08	DRENAGEM DE GLÂNDULA DE BARTHOLIN	18,16

CIS-IVAIPORÃ

09	EXERESE DE CISTO VAGINAL	22,62
10	EXERESE DE PÓLIPO DE ÚTERO	30,60
11	PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DE PELE	14,10
12	RETIRADA DE MATERIAL PARA BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	25,83
13	EXERESE DE NÓDULO DE MAMA	98,00
14	PUNÇÃO DE VULVA	30,60
15	CURATIVO GRAU II	32,40
16	CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE LESÕES CUTÂNEAS	26,90
Nº	**EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA**	**VALOR UNITÁRIO**
01	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL/RASTREAMENTO DE TESTÍCULO	R$60,00
02	ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL FEMININA E MASCULINA	R$60,00
03	ULTRASSONOGRAFIA DA BOLSA ESCROTAL	R$80,00
04	ULTRASSONOGRAFIA DO RETROPERITÔNIO	R$60,00
05	ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	R$60,00
06	ULTRASSONOGRAFIA DAS SUPRARRENAIS	R$60,00
07	ULTRASSONOGRAFIA DAS LOJAS RENAIS	R$60,00
08	ULTRASSONOGRAFIA DO HIPOCÔNDRIO DIREITO	R$60,00
09	ULTRASSONOGRAFIA DA ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL	R$65,00
10	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	R$60,00
11	ULTRASSONOGRAFIA DE TÓRAX	R$60,00
12	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES (ANTEBRAÇO, COXA, BRAÇO, JOELHO, TORNOZELO, OMBRO, PUNHO, PANTURRILHA)	R$65,00
13	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL (AVALIAÇÃO DO FÍGADO, PÂNCREAS, VESÍCULA BILIAR, VIAS BILIARES, BAÇO, RINS, RETROPERITÔNIO E BEXIGA)	R$60,00
14	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN INFERIOR	R$60,00
15	ULTRASSONOGRAFIA DO ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES, REGIÃO INGUINAL)	R$50,00
16	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA	R$50,00
17	ULTRASSONOGRAFIA OMBRO	R$60,00
18	ULTRASSONOGRAFIA MÃO	R$60,00
19	ULTRASSONOGRAFIA DE MAMAS	R$60,00
20	ULTRASSONOGRAFIA AORTA ABDOMINAL	R$80,00
21	ULTRASSONOGRAFIA AORTA OU VASO ILÍACO	R$80,00
22	ULTRASSONOGRAFIA AORTA ABDOMINAL E VISCERAL	R$80,00

CIS-IVAIPORÃ

ANEXO II - TABELA DE VALORES – CIS EXAMES LABORATORIAIS

CODIGO CIS	DESCRIÇÃO DE EXAMES	VALOR
1.0	**PATOLOGIA CLÍNICA (EXAMES LABORATÓRIAIS)**	
1.1.1	CLEARANCE OSMOLAR	R$ 3,86
1.1.2	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R$ 2,10
1.1.3	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	R$ 2,00
1.1.4	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R$ 7,60
1.1.5	DETERMINACAO CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO P/ CORTISONA (5 DOSAG.)	R$ 10,00
1.1.6	DETERMINACAO CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO P/ CORTISONA (4 DOSAG.)	R$ 10,00
1.1.7	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R$ 10,00
1.1.8	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	R$ 3,86
1.1.9	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	R$ 3,86
1.1.10	DOSAGEM DE ACETONA	R$ 2,10
1.1.11	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R$ 4,04
1.1.12	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R$ 2,22
1.1.13	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	R$ 4,04
1.1.14	DOSAGEM DE ALDOLASE	R$ 2,10
1.1.15	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R$ 4,04
1.1.16	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R$ 4,53
1.1.17	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	R$ 4,04
1.1.18	DOSAGEM DE AMILASE	R$ 4,04
1.1.19	DOSAGEM DE AMONIA	R$ 17,14
1.1.20	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R$ 3,86
1.1.21	DOSAGEM DE CALCIO	R$ 4,00
1.1.22	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R$ 4,00
1.1.23	DOSAGEM DE CAROTENO	R$ 2,21
1.1.24	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R$ 2,10
1.1.25	DOSAGEM DE CLORETO	R$ 2,21
1.1.26	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R$ 3,86
1.1.27	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R$ 3,86
1.1.28	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R$ 2,90
1.1.29	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R$ 4,04
1.1.30	DOSAGEM DE CREATININA	R$ 4,04
1.1.31	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R$ 8,64
1.1.32	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R$ 4,04
1.1.33	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	R$ 3,86
1.1.34	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	R$ 4,04
1.1.35	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R$ 3,86
1.1.36	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R$ 2,47
1.1.37	DOSAGEM DE FERRITINA	R$ 18,71
1.1.38	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R$ 4,21
1.1.39	DOSAGEM DE FOLATO	R$ 4,04
1.1.40	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	R$ 3,86
1.1.41	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R$ 3,50
1.1.42	DOSAGEM DE FOSFORO	R$ 2,50

CIS-IVAIPORÃ

1.1.43	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	R$ 2,10
1.1.44	DOSAGEM DE GALACTOSE	R$ 2,10
1.1.45	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R$ 3,21
1.1.46	DOSAGEM DE GLICOSE	R$ 2,21
1.1.47	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R$ 4,53
1.1.48	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R$ 3,86
1.1.49	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R$ 10,44
1.1.50	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R$ 2,10
1.1.51	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	R$ 16,76
1.1.52	DOSAGEM DE LACTATO	R$ 4,04
1.1.53	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	R$ 4,86
1.1.54	DOSAGEM DE LIPASE	R$ 8,21
1.1.55	DOSAGEM DE MAGNESIO	R$ 4,04
1.1.56	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R$ 7,20
1.1.57	DOSAGEM DE PIRUVATO	R$ 16,76
1.1.58	DOSAGEM DE PORFIRINAS	R$ 7,12
1.1.59	DOSAGEM DE POTASSIO	R$ 3,00
1.1.60	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R$ 3,00
1.1.61	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R$ 3,00
1.1.62	DOSAGEM DE SODIO	R$ 3,00
1.1.63	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R$ 3,00
1.1.64	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R$ 3,00
1.1.65	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R$ 4,94
1.1.66	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R$ 4,21
1.1.67	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	R$ 9,90
1.1.68	DOSAGEM DE UREIA	R$ 6,35
1.1.69	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R$ 3,13
1.1.70	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R$ 6,34
1.1.71	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R$ 10,96
1.1.72	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)	R$ 3,00
1.1.73	PROVA DA D-XILOSE	R$ 4,52
1.1.74	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	R$ 8,80
1.1.75	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R$ 35,84
1.1.76	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	R$ 8,37
1.1.77	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R$ 5,20
1.1.78	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R$ 8,89
1.1.79	DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	R$ 7,29
1.1.80	DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	R$ 16,50
1.1.81	DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R$ 20,80
1.1.82	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	R$ 7,32
1.1.83	DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R$ 10,02
1.1.84	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R$ 11,56
1.1.85	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R$ 7,32
1.1.86	DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	R$ 5,06
1.1.87	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	R$ 1,68
1.1.88	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R$ 3,00
1.1.89	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R$ 3,00
1.1.90	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)	R$ 3,00
1.1.91	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R$ 4,52
1.1.92	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R$ 5,95
1.1.93	DOSAGEM DE FATOR II	R$ 3,00
1.1.94	DOSAGEM DE FATOR IX	R$ 1,68

CIS-IVAIPORÃ

1.1.95	DOSAGEM DE FATOR V	R$ 4,52
1.1.96	DOSAGEM DE FATOR VII	R$ 3,00
1.1.97	DOSAGEM DE FATOR VIII	R$ 27,50
1.1.98	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	R$ 4,52
1.1.99	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	R$ 3,00
1.1.100	DOSAGEM DE FATOR X	R$ 3,00
1.1.101	DOSAGEM DE FATOR XI	R$ 3,00
1.1.102	DOSAGEM DE FATOR XII	R$ 3,00
1.1.103	DOSAGEM DE FATOR XIII	R$ 4,52
1.1.104	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R$ 3,00
1.1.105	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R$ 3,00
1.1.106	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	R$ 3,00
1.1.107	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R$ 13,20
1.1.108	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R$ 3,00
1.1.109	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R$ 3,00
1.1.110	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R$ 19,50
1.1.111	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R$ 5,50
1.1.112	HEMATOCRITO	R$ 5,50
1.1.113	HEMOGRAMA COMPLETO	R$ 6,94
1.1.114	LEUCOGRAMA	R$ 4,40
1.1.115	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	R$ 10,17
1.1.116	PESQUISA DE CELULAS LE	R$ 3,11
1.1.117	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	R$ 10,17
1.1.118	PESQUISA DE FILARIA	R$ 16,56
1.1.119	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R$ 18,06
1.1.120	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R$ 14,90
1.1.121	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R$ 18,87
1.1.122	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R$ 3,87
1.1.123	PROVA DO LACO	R$ 3,11
1.1.124	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R$ 18,87
1.1.125	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	R$ 10,17
1.1.126	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	R$ 18,87
1.1.127	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R$ 10,17
1.1.128	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R$ 3,11
1.1.129	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8(cada)	R$ 36,30
1.1.130	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R$ 18,87
1.1.130	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R$ 80,00
1.1.131	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R$ 11,00
1.1.132	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	R$ 11,00
1.1.133	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R$ 9,53
1.1.134	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	R$ 18,87
1.1.135	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R$ 11,00
1.1.136	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R$ 19,70
1.1.137	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R$ 20,40
1.1.138	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R$ 18,87
1.1.139	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R$ 6,31
1.1.140	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	R$ 18,87
1.1.141	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R$ 20,40
1.1.142	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R$ 20,40
1.1.142	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R$ 10,17
1.1.143	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	R$ 11,00
1.1.144	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R$ 10,17

CIS-IVAIPORÃ

1.1.145	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	R$ 358,17
1.1.146	IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS	R$ 6,31
1.1.147	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R$ 11,00
1.1.148	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R$ 18,87
1.1.149	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R$ 10,17
1.1.150	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R$ 11,00
1.1.151	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R$ 10,67
1.1.152	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R$ 3,11
1.1.153	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R$ 11,00
1.1.154	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R$ 11,00
1.1.155	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R$ 11,00
1.1.156	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R$ 18,87
1.1.157	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R$ 20,59
1.1.158	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R$ 20,59
1.1.159	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R$ 20,59
1.1.160	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R$ 18,87
1.1.161	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R$ 18,87
1.1.162	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R$ 18,87
1.1.163	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R$ 18,87
1.1.164	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R$ 18,87
1.1.165	PESQ. DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R$ 11,00
1.1.166	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	R$ 18,87
1.1.167	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	R$ 20,40
1.1.168	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R$ 20,40
1.1.169	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	R$ 8,55
1.1.170	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R$ 10,68
1.1.171	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	R$ 20,40
1.1.172	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	R$ 20,40
1.1.173	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	R$ 10,17
1.1.174	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	R$ 4,51
1.1.175	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R$ 20,40
1.1.176	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	R$ 18,87
1.1.177	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R$ 3,11
1.1.178	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R$ 12,10
1.1.179	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R$ 10,17
1.1.180	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R$ 18,66
1.1.181	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	R$ 10,17
1.1.182	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	R$ 20,40
1.1.183	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	R$ 33,00
1.1.184	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R$ 20,40
1.1.185	PESQ. DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R$ 18,87
1.1.186	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R$ 18,87
1.1.187	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R$ 18,87
1.1.188	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	R$ 18,87
1.1.189	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R$ 12,77
1.1.190	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	R$ 11,00
1.1.191	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R$ 20,40
1.1.192	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	R$ 10,17
1.1.193	PESQ. ANTICORPOS /OU ANTIGENO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	R$ 20,40
1.1.194	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R$ 22,00

CIS-IVAIPORÃ

1.1.195	PESQ. DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R$ 20,40
1.1.96	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R$ 18,87
1.1.197	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R$ 18,87
1.1.198	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R$ 18,87
1.1.199	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R$ 18,87
1.1.200	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	R$ 14,68
1.1.201	PESQUISA ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R$ 20,40
1.1.202	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R$ 20,40
1.1.203	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R$ 20,40
1.1.204	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R$ 3,11
1.1.205	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS 496EPSTEIN-BARR	R$ 4,51
1.1.206	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R$ 11,00
1.1.207	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R$ 10,17
1.1.208	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R$ 11,00
1.1.209	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R$ 21,94
1.1.210	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R$ 21,94
1.1.211	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R$ 19,80
1.1.212	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R$ 20,40
1.1.213	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R$ 24,51
1.1.214	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R$ 18,11
1.1.215	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R$ 18,11
1.1.216	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R$ 16,00
1.1.217	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R$ 16,00
1.1.218	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R$ 19,94
1.1.219	PESQUISA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R$ 11,00
1.1.220	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R$ 22,11
1.1.221	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	R$ 20,40
1.1.222	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R$ 18,87
1.1.223	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R$ 7,81
1.1.224	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	R$ 33,34
1.1.225	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECÍFICA	R$ 23,34
1.1.226	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R$ 18,81
1.1.227	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	R$ 1,81
1.1.228	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	R$ 1,81
1.1.229	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	R$ 81,81
1.1.230	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	R$ 298,81
1.1.231	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R$ 7,81
1.1.232	REACAO DE MONTENEGRO ID	R$ 9,81
1.1.233	TESTE DE VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS	R$ 5,81
1.1.234	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R$ 7,81
1.1.235	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R$ 7,81
1.1.236	TESTES ALERGICOS DE CONTATO	R$ 11,27
1.1.237	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	R$ 3,81
1.1.238	TESTES RAPIDOS P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R$ 7,81
1.1.239	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	R$ 4,81
1.1.240	DOSAGEM ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA	R$ 38,81
1.1.241	DOSAGEM DA FRACAO C1Q DO COMPLEMENTO	R$ 4,07
1.1.242	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	R$ 3,86
1.1.243	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R$ 3,86
1.1.244	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	R$ 3,86

CIS-IVAIPORÃ

1.1.245	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	R$ 2,24
1.1.246	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	R$ 4,07
1.1.247	PESQUISA DE EOSINOFILOS	R$ 4,07
1.1.248	PESQUISA DE GORDURA FECAL	R$ 2,21
1.1.249	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R$ 8,93
1.1.250	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R$ 4,04
1.1.251	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R$ 2,24
1.1.252	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	R$ 3,34
1.1.253	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R$ 4,07
1.1.254	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R$ 14,07
1.1.255	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R$ 9,24
1.1.256	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORA NAS FEZES	R$ 6,24
1.1.257	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	R$ 9,24
1.1.258	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	R$ 4,07
1.1.259	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS/SEDIMENTO/ URINA.	R$ 5,86
1.1.260	CLEARANCE DE CREATININA	R$ 3,86
1.1.261	CLEARANCE DE FOSFATO	R$ 3,86
1.1.262	CLEARANCE DE UREIA	R$ 3,86
1.1.263	CONTAGEM DE ADDIS	R$ 4,07
1.1.264	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	R$ 4,07
1.1.265	DOSAGEM DE ACUCARES (POR CROMATOGRAFIA)	R$ 2,24
1.1.266	DOSAGEM DE CITRATO	R$ 8,93
1.1.267	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R$ 14,04
1.1.268	DOSAGEM DE OXALATO	R$ 2,24
1.1.269	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R$ 3,34
1.1.270	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	R$ 4,07
1.1.271	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	R$ 4,07
1.1.272	PESQUISA DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	R$ 2,24
1.1.273	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	R$ 4,07
1.1.274	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	R$ 2,24
1.1.275	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	R$ 2,24
1.1.276	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	R$ 2,24
1.1.277	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R$ 2,24
1.1.278	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	R$ 4,07
1.1.279	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	R$ 2,24
1.1.280	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R$ 2,24
1.1.281	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R$ 3,69
1.1.282	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	R$ 2,24
1.1.283	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R$ 2,24
1.1.284	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	R$ 4,07
1.1.285	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	R$ 2,24
1.1.286	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	R$ 4,88
1.1.287	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R$ 2,24
1.12.88	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R$ 2,24
1.1.289	PROVA DE DILUICAO (URINA)	R$ 13,79
1.1.290	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	R$ 13,79
1.1.291	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	R$ 16,15
1.1.292	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	R$ 11,22
1.1.293	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R$ 7,39
1.1.294	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R$ 7,39
1.1.295	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	R$ 7,39
1.1.296	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	R$ 15,53

CIS-IVAIPORÃ

1.1.297	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R$ 13,07
1.1.298	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R$ 13,21
1.1.299	DOSAGEM DE AMP CICLICO	R$ 12,68
1.1.300	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R$ 15,81
1.1.301	DOSAGEM DE CALCITONINA	R$ 10,84
1.1.302	DOSAGEM DE CORTISOL	R$ 12,37
1.1.303	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R$ 12,28
1.1.304	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R$ 11,16
1.1.305	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R$ 12,70
1.1.306	DOSAGEM DE ESTRIOL	R$ 12,23
1.1.307	DOSAGEM DE ESTRONA	R$ 15,56
1.1.308	DOSAGEM DE GASTRINA	R$ 16,68
1.1.309	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R$ 8,63
1.1.340	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R$ 11,23
1.1.341	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R$ 8,67
1.1.342	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R$ 9,86
1.1.343	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R$ 9,85
1.1.344	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R$ 11,18
1.1.345	DOSAGEM DE INSULINA	R$ 21,44
1.1.346	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R$ 16,88
1.1.347	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R$ 31,24
1.1.348	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R$ 11,16
1.1.349	DOSAGEM DE PROLACTINA	R$ 14,50
1.1.350	DOSAGEM DE RENINA	R$ 16,88
1.1.351	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R$ 54,42
1.1.352	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R$ 11,47
1.1.353	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R$ 14,42
1.1.354	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R$ 16,88
1.1.355	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R$ 9,63
1.1.356	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R$ 12,76
1.1.357	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R$ 13,20
1.1.358	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R$ 13,32
1.1.359	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	R$ 13,32
1.1.360	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	R$ 13,32
1.1.361	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA	R$ 13,32
1.1.362	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R$ 13,32
1.1.363	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	R$ 13,32
1.1.364	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	R$ 9,27
1.1.365	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	R$ 16,36
1.1.366	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	R$ 2,26
1.1.367	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	R$ 2,45
1.1.368	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	R$ 4,04
1.1.369	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	R$ 2,26
1.1.370	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	R$ 17,21
1.1.371	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R$ 3,86
1.1.372	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R$ 2,21
1.1.373	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	R$ 30,25
1.1.374	DOSAGEM DE ALUMINIO	R$ 11,00
1.1.375	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	R$ 11,00
1.1.376	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R$ 11,00
1.1.377	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	R$ 14,44
1.1.378	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R$ 14,82

CIS-IVAIPORÃ

1.1.379	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	R$ 7,20
1.1.380	DOSAGEM DE CADMIO	R$ 19,28
1.1.381	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R$ 34,52
1.1.382	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	R$ 9,71
1.1.383	DOSAGEM DE CHUMBO	R$ 64,47
1.1.384	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R$ 3,86
1.1.385	DOSAGEM DE COBRE	R$ 9,86
1.1386	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R$ 17,21
1.1.387	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	R$ 38,74
1.1.388	DOSAGEM DE FENITOINA	R$ 32,25
1.1.389	DOSAGEM DE FENOL	R$ 3,86
1.1.390	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	R$ 2,47
1.1.391	DOSAGEM DE LITIO	R$ 5,24
1.1.392	DOSAGEM DE MERCURIO	R$ 4,52
1.1.393	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R$ 11,00
1.1.394	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	R$ 11,00
1.1.395	DOSAGEM DE METOTREXATO	R$ 11,00
1.1.396	DOSAGEM DE QUINIDINA	R$ 2,21
1.1397	DOSAGEM DE SALICILATOS	R$ 3,86
1.1.398	DOSAGEM DE SULFATOS	R$ 17,21
1.1.399	DOSAGEM DE TEOFILINA	R$ 4,04
1.1.400	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R$ 17,21
1.1.401	DOSAGEM DE ZINCO	R$ 21,47
1.1.402	ANTIBIOGRAMA	R$ 14,66
1.1.403	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R$ 14,66
1.1.404	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	R$ 4,62
1.1.405	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNOSTICA)	R$ 4,62
1.1.406	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	R$ 4,62
1.1.407	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	R$ 3,08
1.1.408	BACTEROSCOPIA (GRAM)	R$ 6,18
1.1.409	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R$ 4,76
1.1.410	CULTURA DO LEITE MATERNO (POS-PASTEURIZACAO)	R$ 4,76
1.1.411	CULTURA P/ HERPESVIRUS	R$ 6,19
1.1.412	CULTURA PARA BAAR	R$ 11,27
1.1.413	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R$ 4,60
1.1.414	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R$ 3,08
1.1.415	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	R$ 12,63
1.1.416	HEMOCULTURA	R$ 6,19
1.1.417	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R$ 4,76
1.1.418	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R$ 3,08
1.1.419	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R$ 4,76
1.1.420	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R$ 3,08
1.1.421	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R$ 4,76
1.1.422	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R$ 3,08
1.1.423	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R$ 5,54
1.1.424	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R$ 2,07
1.1.425	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	R$ 6,36
1.1.426	ADENOGRAMA	R$ 4,76
1.1.427	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	R$ 4,76
1.1.428	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	R$ 1,96
1.1.429	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R$ 1,96
1.1.430	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R$ 7,21

CIS-IVAIPORÃ

1.1.431	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R$ 2,21
1.1.432	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R$ 2,21
1.1.433	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	R$ 2,21
1.1.434	DOSAGEM DE FRUTOSE	R$ 2,21
1.1.435	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	R$ 1,96
1.1.436	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R$ 1,96
1.1.437	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R$ 7,21
1.1.438	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	R$ 7,21
1.1.439	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R$ 6,36
1.1.440	ESPLENOGRAMA	R$ 2,07
1.1.441	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	R$ 6,36
1.1.442	MIELOGRAMA	R$ 10,67
1.1.443	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R$ 2,21
1.1.444	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA NO ESPERMA	R$ 1,96
1.1.445	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R$ 1,96
1.1.446	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	R$ 1,96
1.1.447	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	R$ 5,28
1.1.448	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	R$ 2,07
1.1.449	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R$ 10,67
1.1.450	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	R$ 2,07
1.1.451	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	R$ 2,07
1.1.452	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R$ 2,07
1.1.453	REACAO DE PANDY	R$ 2,07
1.1.454	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R$ 2,07
1.1.455	TESTE DE CLEMENTS	R$ 5,15
1.1.456	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	R$ 5,15
1.1.457	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	R$ 35,72
1.1.458	DETERMINACAO DE CARIOTIPO/ CULTURA DE LONGA DURACAO BANDAS)	R$ 35,72
1.1.459	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)	R$ 35,72
1.1.460	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R$ 9,68
1.1.461	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	R$ 72,60
1.1.462	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	R$ 72,60
1.1.463	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	R$ 6,05
1.1.464	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICA TARDIO)	R$ 13,31
1.1.465	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	R$ 22,99
1.1.466	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA	R$ 6,05
1.1.467	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA	R$ 14,52
1.1.468	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICA TARDIO)	R$ 11,71
1.1.469	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	R$ 1,50
1.1.470	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R$ 11,71
1.1.471	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	R$ 11,71
1.1.472	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	R$ 6,36
1.1.473	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES P/ METODO DA ELUICAO	R$ 6,36
1.1.474	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC	R$ 6,36
1.1.475	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	R$ 1,50
1.1.476	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R$ 3,00
1.1.477	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R$ 6,36

CIS – IVAIPORÃ
CNPJ: 02.586.019/0001-97
R. Professora Diva Proença, 500 - Ivaiporã/PR
Fone: (43) 3472-0649 | 3472-1795
www.cisivaipora.com.br

CIS-IVAIPORÃ

1.1.478	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	R$ 7,30
1.1.479	EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	R$ 11,71
1.1.480	EXAME CITOPATOLOGICO HORMONAL SERIADO (MINIMO 3 COLETAS)	R$ 11,71
1.1.481	EXAME DE CITOLOGIA ONCOTICA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)	R$ 17,56
1.1.482	EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA	R$ 55,00
1.1.483	DETERMINACAO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIS	R$ 47,53
1.1.484	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - PECA CIRURGICA	R$ 26,40
1.1.485	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO P/ CONGELAMENTO / PARAFINA (EXCETO COLO UTERINO) - PECA CIRURGICA	R$ 92,00
1.1.486	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R$ 26,40
1.1.487	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA	R$ 47,53
1.1.488	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - PECA CIRURGICA	R$ 26,40
1.1.489	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO – BIOPSIA	R$ 26,40
1.1.490	TESTE DE URÉASE	R$ 10,00
1.1.491	SWAB ANAL PARA PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS EM GESTANTES VAGINAL/ANAL	R$ 40,00
1.1.492	DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTÁTICO LIVRE (PSA LIVRE)	R$19,70
1.1.493	PRÓ BPN - N TERMINAL	R$85,58
1.1.494	D - DÍMERO QUANTITATIVO	R$65,00
1.1.495	GASOMETRIA (ARTERIAL OU VENOSA)	R$50,00
1.1.496	T3 LIVRE (TRIIODOTIRONINA LIVRE)	R$13,20
1.1.497	TESTE RÁPIDO PARA DENGUE – NSI	R$50,00
1.1.498	CATETER DUPLO I	R$180,00
1.1.499	ANTI ENDOMISIO IGG	R$53,00
1.1.500	ANTI ENDOMISIO IGM	R$53,00
1.1.501	ANTI ENDOMISIO IGA	R$53,00
1.1.502	TESTE GENÉTICO PARA INTOLERÂNCIA A LACTOSE	R$70,00
1.1.503	TESTE ORAL PARA INTOLERÂNCIA A LACTOSE	R$21,60
1.1.504	IGE ESPECÍFICO PARA CASEÍNA	R$20,25
1.1.505	IGE ESPECÍFICO PARA SOJA	R$20,25
1.1.506	IGE ESPECÍFICO BETA LACTOGLOBULINA	R$20,25
1.1.507	IGE ESPECÍFICO PARA ALFA LACTOGLOBULINA	R$20,25
1.1.508	IGE ESPECÍFICO PARA LEITE (F2)	R$20,25
1.1.509	CA 125	R$47,00

CIS – IVAIPORÃ
CNPJ: 02.586.019/0001-97
R. Professora Diva Proença, 500 - Ivaiporã/PR
Fone: (43) 3472-0649 | 3472-1795
www.cisivaipora.com.br

CIS-IVAIPORÃ

RESOLUÇÃO Nº 16/2023

SÚMULA: "Disciplina o pagamento dos atendimentos do Ambulatório de Ginecologia e dá outras providências".

O PRESIDENTE DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA 22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ, ESTADO DO PARANÁ, **RENAN MENCK ROMANICHEN**, no uso de suas atribuições que lhe são conferidas pelo Estatuto da Entidade;

CONSIDERANDO que na Assembleia de Prefeitos realizada em 10 de março de 2023, fora apresentado que o Ambulatório de Ginecologia será inicialmente custeado com recurso federal oriundo do Programa Cuida Mais Brasil, do Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO que apenas os Municípios de Ivaiporã e Jardim Alegre receberam os recursos do referido programa federal destinados à 22ª Regional de Saúde do Estado do Paraná;

CONSIDERANDO que os referidos recursos visam custear ações em todos os Municípios da 22ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, nos termos no artigo 5º da Portaria GM/MS 937/2022, a qual disciplina que caberá aos municípios habilitados promover ações nas Regiões de Saúde;

CONSIDERANDO que a Deliberação nº 146/2022 – 15/06/2022, da Comissão Intergestores Bipartite Do Paraná, solicitou ao Ministério da Saúde, recursos a serem destinados à Atenção Ambulatorial Especializada para atendimentos especializados, com a possibilidade de utilização de acordo com os arranjos locais e regionais já existentes, bem como aprovou os municípios elegíveis e os respectivos valores discriminados, acordados regionalmente mediante Comissão Intergestores Regional - CIR, para recebimento do recurso conforme Portaria GM/MS nº 937, de 5 de maio de 2022;

CONSIDERANDO que em reunião realizada pelo CRESEMS em 25 de agosto de 2022, foi aprovada a utilização dos recursos do Programa Cuida Mais Brasil de forma consorciada;

CONSIDERANDO que em deliberação realizada pelo CRESEMS em 11 de abril de 2023, os Municípios de Ivaiporã e Jardim Alegre, os quais receberam os recursos Programa Cuida Mais Brasil, prestaram contas dos valores que

CIS – IVAIPORÃ
CNPJ: 02.586.019/0001-97
R. Professora Diva Proença, 500 - Ivaiporã/PR
Fone: (43) 3472-0649 | 3472-1795
www.cisivaipora.com.br

CIS-IVAIPORÃ

efetivamente foram recebidos e pactuaram a forma de utilização do referido recurso junto a este Consórcio, edita a seguinte:

RESOLUÇÃO:

Art. 1º. Fica estabelecido que o Ambulatório de Ginecologia do AME inicialmente será custeado com os valores que serão repassados pelos Municípios de Ivaiporã e Jardim Alegre ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da 22ª Regional de Saúde de Ivaiporã, referentes ao recurso recebido pelos referidos municípios através do Programa Cuida Mais Brasil, do Ministério da Saúde.

Art. 2º Os valores a serem repassados pelos Municípios de Ivaiporã e Jardim Alegre constam do anexo I que acompanham a presente resolução.

Art. 3º Os valores a serem repassados pelos Município de Ivaiporã e Jardim Alegre serão utilizados de forma consorciada por todos os 16 (dezesseis) municípios que compõem este Consórcio, sendo que tais valores serão divididos de forma per capita entre os municípios, nos termos do anexo I desta resolução.

Art. 4ª Caberá aos Municípios de Ivaiporã e Jardim Alegre promover a prestação de contas dos valores recebidos pelo Ministério da Saúde e empregados junto ao CIS para custeio das ações desenvolvidas em todos os municípios que compõem a regional.

Parágrafo único – Para fins de instruir a prestação de contas a ser realizada pelos Municípios de Ivaiporã e Jardim Alegre, o Consórcio deverá encaminhar Relatório de Faturamento relacionando os valores que foram utilizados por cada Município e que foram custeados por cada um dos recursos encaminhados.

Art. 5º Após esgotados os recursos encaminhados, cada Município poderá continuar custeando ações junto ao Ambulatório de Ginecologia através de crédito antecipado.

Art. 6º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Edifício do Consórcio Intermunicipal de Saúde da 22ª RS de Ivaiporã, Estado do Paraná, no dia 12 de abril de 2023.

RENAN MENCK ROMANICHEN:05907167947
Assinado de forma digital por RENAN MENCK ROMANICHEN:05907167947
Dados: 2023.04.13 10:04:52 -03'00'

RENAN MENCK ROMANICHEN
PRESIDENTE DO CIS
ANEXO I

CIS – IVAIPORÃ
CNPJ: 02.586.019/0001-97
R. Professora Diva Proença, 500 - Ivaiporã/PR
Fone: (43) 3472-0649 | 3472-1795
www.cisivaipora.com.br

CIS-IVAIPORÃ

RECURSO PROGRAMA CUIDA MAIS BRASIL/AMBULATÓRIO DE GINECOLOGIA			
MUNICÍPIO: IVAIPORÃ			
MUNICÍPIO	**POPULAÇÃO**	**%**	**TOTAL R$ 163.057,76**
ARAPUÃ	3.561	2,3	3.750,32
ARIRANHA DO IVAÍ	2.453	2	3.261,15
CÂNDIDO DE ABREU	16.665	12	19.566,93
CRUZMALTINA	3.162	2,2	3.587,27
GODOY MOREIRA	3.357	2,1	3.424,21
IVAIPORÃ	31.816	22,5	36.687,99
JARDIM ALEGRE	12.324	9	14.675,19
LIDIANÓPOLIS	3.973	3	4.891,73
LUNARDELI	5.160	4	6.522,31
MANOEL RIBAS	13.169	10	16.305,77
MATO RICO	3.818	2,6	4.239,50
NOVA TEBAS	7.398	5,3	8.642,06
RIO BRANCO DO IVAI	3.898	2,7	4.402,55
ROSÁRIO DO IVAI	5.588	4	6.522,31
SANTA MARIA DO OESTE	11.500	8	13.044,62
SÃO JOÃO DO IVAÍ	11.525	8,3	13.533,79
TOTAL	**139.367**	**100**	**163.057,70**

RECURSO PROGRAMA CUIDA MAIS BRASIL/AMBULATÓRIO DE GINECOLOGIA			
MUNICÍPIO: JARDIM ALEGRE			
MUNICÍPIO	**POPULAÇÃO**	**%**	**TOTAL R$ 58.367,76**
ARAPUÃ	3.561	2,3	R$1.342,45
ARIRANHA DO IVAÍ	2.453	2	R$1.167,35
CÂNDIDO DE ABREU	16.665	12	R$7.004,13
CRUZMALTINA	3.162	2,2	R$1.284,09
GODOY MOREIRA	3.357	2,1	R$1.225,72
IVAIPORÃ	31.816	22,5	R$13.132,74
JARDIM ALEGRE	12.324	9	R$5.253,09
LIDIANÓPOLIS	3.973	3	R$1.751,03
LUNARDELI	5.160	4	R$2.334,71
MANOEL RIBAS	13.169	10	R$5.836,77
MATO RICO	3.818	2,6	R$1.517,56
NOVA TEBAS	7.398	5,3	R$3.093,49
RIO BRANCO DO IVAI	3.898	2,7	R$1.575,92
ROSÁRIO DO IVAI	5.588	4	R$2.334,71
SANTA MARIA DO OESTE	11.500	8	R$4.669,42
SÃO JOÃO DO IVAÍ	11.525	8,3	R$4.844,52
TOTAL	**139.367**	**100**	**R$58.367,70**

CIS – IVAIPORÃ
CNPJ: 02.586.019/0001-97
R. Professora Diva Proença, 500 - Ivaiporã/PR
Fone: (43) 3472-0649 | 3472-1795
www.cisivaipora.com.br

CIS-IVAIPORÃ

GABINETE DO PREFEITO
RATIFICAÇÃO

PROCEDIMENTO DE LICITAÇÃO Nº 105/2023
Inexigibilidade Nº 94/2023

OBJETO: **CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS NA AREA DA SAUDE, CONFORME CHAMAMENTO PUBLICO Nº 08/2023, NA ESPECIALIDADE DE UROLOGIA E CONTRATO DE PROGRAMA Nº02/2023, FIRMADO COM O MUNICÍPIO DE JARDIM ALEGRE.**

Tendo em vista que a documentação referente à Inexigibilidade nº **94/2023 atende a todos os requisitos do artigo 74, I e IV c/c artigo 79, II, da Lei 14.133/2021;**

Considerando o parecer jurídico, o qual foi favorável a homologação da presente Inexigibilidade;

Com efeito, RATIFICO **todas as formalidades legais e autorizo a Inexigibilidade nº 94/2023, para a contratação dos serviços supramencionado, com a empresa UROCLÍNICA - CLINÍCA UROLÓGICA DE IVAIPORÃ LTDA.,** inscrita no **CNPJ/MF** sob o nº **07.554.974/0001-66**, **no valor** de R$ 22.500,00 (vinte e dois mil e quinhentos reais).

PUBLIQUE-SE

Ivaiporã-PR, 13 de abril de 2023.

RENAN MENCK ROMANICHEN
PRESIDENTE

CIS IVAIPORÃ
Rua Professora Diva Proença, 500
Ivaiporã – PR
Fone: (43) 3472-0649 | 3472-1795
e-mail: licitacaocisivaipora@hotmail.com

CIS-IVAIPORÃ

TERMO DE RESCISÃO AO
CONTRATO Nº 26/2023
INEXIGIBILIDADE Nº24/2023.

OBJETO: CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURIDICA NA AREA DA SAUDE, CONFORME CHAMAMENTO PUBLICO Nº 02/2023, NA ESPECIALIDADE DE GASTROENTEROLOGIA.

O CONSORCIO INTERMUNICPAL DE SAÚDE, situado na Rua Diva Proença, nº500, Centro, CEP: 86870-000, Ivaiporã PR, CNPJ 02.586.019/0001-97, a seguir denominado CONTRATANTE, neste ato representado por seu Presidente **Sr. RENAN MENCK ROMANICHEN**, portador da CI-RG nº 8.798.161-4, expedida pela SSP/PR, e inscrito no CPF sob o nº 059.071.679-47, residente e domiciliado na Rua Ernesto Ramos 328, Bairro Balsa Velha, em Candido de Abreu - PR, a seguir denominada CONTRATADO, **J.A.PEREIRA NETTO - CLINICA MEDICA - ME,** pessoa jurídica de Direito Privado, inscrita no **CNPJ Nº 23.531.802/0001-23**, sito à RUA CORIFEU DE AZEVEDO MARQUES, 269, CENTRO, em SÃO JOÃO DO IVAÍ, representada pelo **Sr. JOSÉ ANTONIO PEREIRA NETTO**, inscrita no **CPF nº 009.461.359-16**, **RG nº 8.070.9374 SSP/PR,** firmam o presente **TERMO DE RESCISÃO**, de acordo com as normas contidas na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, no que couber; mediante Cláusulas e Condições seguintes:

RESOLVE, nos termos do artigo 79 I, e com fundamento no descrito no artigo 78, XII, ambos da Lei 8666/93, **RESCINDIR UNILATERALMENTE** o contrato supra mencionado, a partir da publicação deste instrumento, não operando qualquer questionamento ou sanção por inadimplemento ou outras causas de não cumprimento de contratual, sendo exclusivamente por interesse público nos termos expressos.

A presente rescisão foi realizada respeitando as disposições da Lei 8.666, de 21 de junho de 1993 e alterações posteriores, devendo ser publicada para que surta os efeitos legais pertinentes, devendo ser enviada cópia da rescisão à contratada.

Ivaiporã, 13 de ABRIL de 2023.

RENAN MENCK ROMANICHEN
Presidente

CIS-IVAIPORÃ

TERMO DE RESCISÃO AO
CONTRATO Nº 09/2023
INEXIGIBILIDADE Nº08/2023.

OBJETO: CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURIDICA NA AREA DA SAUDE, CONFORME CHAMAMENTO PUBLICO Nº 02/2023, NA ESPECIALIDADE DE ULTRASSONOGRAFIA E OTORRINOLARINGOLOGIA.

O CONSORCIO INTERMUNICPAL DE SAÚDE, situado na Rua Diva Proença, nº500, Centro, CEP: 86870-000, Ivaiporã PR, CNPJ 02.586.019/0001-97, a seguir denominado CONTRATANTE, neste ato representado por seu Presidente **Sr. RENAN MENCK ROMANICHEN**, portador da CI-RG nº 8.798.161-4, expedida pela SSP/PR, e inscrito no CPF sob o nº 059.071.679-47, residente e domiciliado na Rua Ernesto Ramos 328, Bairro Balsa Velha, em Candido de Abreu - PR, a seguir denominada CONTRATADO, **EMPRESA CORREA MENEGUETTI SERVIÇOS MEDICOS S/S**, pessoa jurídica de Direito Privado, sito à RUA CERQUEIRA CEZAR, 33, ZONA 04, em Maringá inscrita no **CNPJ Nº 36.162.449/0001-01,** representada pelo **Sr. ANDRÉ FRANCISCO CORREA MENEGUETTI**, inscrita no **CPF nº 078.534.219-23**, **RG nº 10.249.670-1 SSP/PR,** firmam o presente **TERMO DE RESCISÃO**, de acordo com as normas contidas na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, no que couber; mediante Cláusulas e Condições seguintes:

RESOLVE, nos termos do artigo 79 I, e com fundamento no descrito no artigo 78, XII, ambos da Lei 8666/93, **RESCINDIR UNILATERALMENTE** o contrato supra mencionado, a partir da publicação deste instrumento, não operando qualquer questionamento ou sanção por inadimplemento ou outras causas de não cumprimento de contratual, sendo exclusivamente por interesse público nos termos expressos.

A presente rescisão foi realizada respeitando as disposições da Lei 8.666, de 21 de junho de 1993 e alterações posteriores, devendo ser publicada para que surta os efeitos legais pertinentes, devendo ser enviada cópia da rescisão à contratada.

Ivaiporã, 13 de ABRIL de 2023.

RENAN MENCK ROMANICHEN
Presidente

CIS-IVAIPORÃ

EXTRATO DE ATA DE REGISTRO DE PREÇO Nº 42/2023

MODALIDADE: INEXIGIBILIDADE Nº 92/2023

CONTRATANTE: CIS - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE

CONTRATADA: POMIM MARQUES LABORATÓRIOS CLINICOS EIRELI- ME

OBJETO: **CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURIDICA NA AREA DA SAUDE, CONFORME CHAMAMENTO PUBLICO Nº 08/2023, NA ESPECIALIDADE DE ANALISES CLINICAS**

VALOR TOTAL: **R$ 5.669.157,29 (cinco milhões, seiscentos e sessenta e nove mil, cento e cinquenta e sete reais e vinte e nove centavos)**.

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:
02.003.10.302.0002.2.010.3.3.90.39.00.00. - 1001 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

VIGÊNCIA DO CONTRATO: 20 de março de 2024.

DATA DA ASSINATURA: 13 de abril de 2023.

Ivaiporã, 13 de abril de 2023.

RENAN MENCK ROMANICHEN
PRESIDENTE DO CIS

GUILHERME LUIZ POMIM MARQUES
REPRESENTANTE LEGAL

CIS IVAIPORÃ
Rua Professora Diva Proença, 500
Ivaiporã – PR
Fone: (43) 3472-0649 | 3472-1795
e-mail: licitacaocisivaipora@hotmail.com

CÂMARA MUNICIPAL DE NOVA TEBAS
ESTADO DO PARANÁ
Av. Belo Horizonte, 685 - Nova Tebas/PR CEP: 85.250-000
CNPJ Nº 80.620.180/0001-43 Fone (042) 3643-1225
E-mail: camaratebas@gmail.com Site: cmnovatebas.pr.gov.br

ATO DE CONCESSÃO DE DIÁRIAS Nº 13/2023

Com base na Lei nº 836/2019, de janeiro de 2020, publicada no Diário Oficial Eletrônico em: 06/01/2020, ed. 01/2020 e no Jornal Tribuna do Interior em 09/01/2020, ed. 10.238/2020, concede através deste Ato Diária para:

Vereador: Hoanderson Martins Berger

Data Inicial:04/04/2023	Data Final: 04/04/2023	Matricula: 491

Número de diárias: 1 Diária Sem Pernoite	Valor Diária: R$ 200,00

TOTAL: R$ 200,00

Cidade Destino:	Guarapuava/PR

Descrição / Finalidade:

Participar da formação de lideranças do Comitê de Desenvolvimento Territorial (Comitê Paraná Centro) que será realizado no dia no dia 04 de abril de 2023 das 08:30 ás 17:00 horas no SEBRAE localizado na cidade de Guarapuava/PR.

Nova Tebas, 02 de abril de 2023.

OCALIL VIEIRA
PRESIDENTE

Prefeitura Municipal de Nova Tebas

PROCEDIMENTO DE LICITAÇÃO Nº 063/2023
DISPENSA DE LICITAÇÃO Nº 017/2023

OBJETO: "Contratação de empresa para a aquisição de conjunto de baterias para aparelho de Raio-X do Hospital Municipal Doutor Antônio Pietrobon.".

PRAZO DE VIGÊNCIA: Pelo período de 12 (doze) meses.
PAGAMENTO: O pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias após entrega do objeto e emissão da respectiva nota fiscal.

CONTRATADO: LOTUS INDÚSTRIA E COMÉRCIO LTDA
CNPJ/MF: 02.799.882/0001-22
VALOR TOTAL: R$ 16.500,00 (dezesseis mil e quinhentos reais).

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:
07001103021001270633903000 00 490 MATERIAL DE CONSUMO

Item	Descrição	Unid.	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
01	CONJUNTO DE BATERIAS DE LITION, COMPOSTO POR 3 BATERIAS COMPATÍVEIS AO CARREGADOR E DIGITALIZADOR DE IMAGEM VIVIX. MODELO VIVIX-S PORTÁTIL SEM FIO. SÉRIE/LOTE V5DAGF05. NÚMERO REGISTRO NA ANVISA – 80123860002. BATERIAS MODELO FXRB-01A E CARREGADOR FXRC-01A. TODOS OS ITENS DEVEM SER COMPATIVEIS COM OS DEMAIS ITENS DO SISTEMA. BATERIAS: Modelo FXRB-01A; Tipo: Lithium Polymer; Fonte de alimentação: Saída: DC +7.4V; Capacidade: 4000 ? h; Número de células: 2S1P (2x Serie 1 Paralelo); Tempo de vida útil estimada: Aprox. 500 ciclos (ciclo de carga total e descarga total); Dimensões (W × H × D): 144.4mm× 143.4mm× 7.0 mm; Peso: 220g. BATERIAS DEVEM SER COMPATÍVEIS COM CARREGADOR DE BATERIAS: Modelo: FXRC-01A; Cargas simultâneas: 3 baterias; Tempo de carga: 2 horas (carga total); Fonte de alimentação: DC +24V, 2.7 A Max.; Dimensional: (W × H × D): 192,0mm× 167,5mm× 223,4 mm; Peso: 1,2g	UN	1	R$ 16.500,00	16.500,00
				Total:	**R$ 16.500,00**

Gabinete do Prefeito
Avenida Belo Horizonte 695 - Centro - CEP: 85.250-000 - Estado do Paraná
Fone (42) 3643-1109 - CNPJ: 80.620.172/0001-05 e-mail:
clodoaldofernandesdosantos@gmail.com

Prefeitura Municipal de Nova Tebas

JUSTIFICATIVA: O presente procedimento de dispensa tem fundamento no artigo 24, inciso II, da Lei n. 8666/93, nos termos do Ofício da Secretaria responsável, bem como do parecer jurídico, que embasam este processo.

Nova Tebas, 13 de abril de 2023.

CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS:06028232939 — Assinado de forma digital por CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS:06028232939 Dados: 2023.04.13 10:06:25 -03'00'

CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS
PREFEITO MUNICIPAL DE NOVA TEBAS

Gabinete do Prefeito
Avenida Belo Horizonte 695 - Centro - CEP: 85.250-000 - Estado do Paraná
Fone (42) 3643-1109 - CNPJ: 80.620.172/0001-05 e-mail:
clodoaldofernandesdosantos@gmail.com

Prefeitura Municipal de Nova Tebas

HOMOLOGAÇÃO
DISPENSA DE LICITAÇÃO Nº 017/2023
PROCEDIMENTO DE LICITAÇÃO Nº 063/2023

OBJETO: Contratação de empresa para a aquisição de conjunto de baterias para aparelho de Raio-X do Hospital Municipal Doutor Antônio Pietrobon.

Com fundamento nas informações constantes em Solicitação da Secretaria Municipal de Saúde, datado de 23/03/2023, e recebido pela Comissão de Licitação no dia 05/04/2023, ante as justificativas que se embasam no Art. 24, inciso II, da Lei Federal nº 8.666/93, o Prefeito Municipal resolve **HOMOLOGAR** a dispensa de licitação para a aquisição do objeto supramencionado, perfazendo o valor de **R$ 16.500,00 (dezesseis mil e quinhentos reais),** tendo como contratada a empresa **LOTUS INDÚSTRIA E COMÉRCIO LTDA**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº **02.799.882/0001-22**. Para a efetivação da presente dispensa levou-se em conta as devidas cotações de preços e, sobretudo o melhor preço, visando o atendimento ao interesse público.

Edifício da Prefeitura Municipal de Nova Tebas, 13 de abril de 2023.

CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS:06028232939 — Assinado de forma digital por CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS:06028232939 Dados: 2023.04.13 10:06:45 -03'00'

CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS
PREFEITO MUNICIPAL DE NOVA TEBAS

Gabinete do Prefeito
Avenida Belo Horizonte 695 - Centro - CEP: 85.250-000 - Estado do Paraná
Fone (42) 3643-1109 - CNPJ: 80.620.172/0001-05 e-mail:
clodoaldofernandesdosantos@gmail.com

Prefeitura Municipal de Nova Tebas

GABINETE DO PREFEITO
RATIFICAÇÃO
PROCEDIMENTO DE LICITAÇÃO Nº 063/2023

ASSUNTO: DISPENSA DE LICITAÇÃO Nº 017/2023

REF: Contratação de empresa para a aquisição de conjunto de baterias para aparelho de Raio-X do Hospital Municipal Doutor Antônio Pietrobon.

A documentação referente à **Dispensa de Licitação nº 017/2023** atende a todos os requisitos do Artigo 24, inciso II, da Lei 8.666/93.

Com efeito, **RATIFICO** todas as formalidades legais e autorizo a Dispensa de Licitação n° **017/2023**, para a aquisição do objeto supramencionado com a empresa **LOTUS INDÚSTRIA E COMÉRCIO LTDA,** inscrita no **CNPJ/MF** sob o n° **02.799.882/0001-22**, perfazendo o VALOR TOTAL de **R$ 16.500,00 (dezesseis mil e quinhentos reais).**

PUBLIQUE-SE.

Nova Tebas, 13 de abril de 2023.

CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS:06028232939 — Assinado de forma digital por CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS:06028232939 Dados: 2023.04.13 10:07:05 -03'00'

CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS
PREFEITO MUNICIPAL DE NOVA TEBAS

Gabinete do Prefeito
Avenida Belo Horizonte 695 - Centro - CEP: 85.250-000 - Estado do Paraná
Fone (42) 3643-1109 - CNPJ: 80.620.172/0001-05 e-mail:
clodoaldofernandesdosantos@gmail.com

Prefeitura Municipal de Nova Tebas

EXTRATO DE CREDENCIAMENTO
DECORRENTE DO EDITAL CREDENCIAMENTO N° 003/2023

Comunicamos por meio deste o credenciamento de empresas ao edital Procedimento Licitatório nº 045/2023, elaborado pelo Edital de Credenciamento nº 003/2023 que tem por objeto **"CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO PROFISSIONAL NA ÁREA DA SAÚDE COMO CIRURGIÃO GERAL PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL MUNICIPAL NO MUNICÍPIO DE NOVA TEBAS – PR."** conforme tabela abaixo:

ORDEM	PROPONENTE	SITUAÇÃO REFERENTE A HABILITAÇÃO	PENDÊNCIAS	SITUAÇÃO ATUAL DO PROPONENTE
01	**CLIN LISTER ATENDIMENTO MEDICO HOSPITALAR LTDA. CNPJ: 21.879.989/0001-25**	**APRESENTOU** TODA DOCUMENTAÇÃO SOLICITADA	NÃO HÁ	**CREDENCIADO**

Dê-se a publicação devida.

Município de Nova Tebas, 13 de abril de 2023.

CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS:06028232939 — Assinado de forma digital por CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS:06028232939 Dados: 2023.04.13 15:42:06 -03'00'

CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS
PREFEITO DO MUNICÍPIO DE NOVA TEBAS - PR

Secretaria Municipal de Licitações e Contratos
Avenida Belo Horizonte 695 - Centro - CEP: 85.250-000- Estado do Paraná
Fone (42) 3643-1109 - CNPJ: 80.620.172/0001-05 e-mail: licitacao@novatebas.pr.gov.br

CIS 5ª RS
Consórcio Intergestores de Saúde da 5ª Região de Saúde

AVISO DE LICITAÇÃO
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 013/2023
COM BENEFÍCIO PARA MICRO E PEQUENAS EMPRESAS

O Consórcio intergestores de Saúde da 5ª Região de Saúde - CIS5RS, Estado do Paraná, devidamente autorizado, torna público que fará realizar a Licitação abaixo:
PROCESSO Nº: 055/2023.
OBJETO: Contratação de empresa especializada visando a terceirização de mão de obra para atendimento aos programas CAP'S AD III adulto e infantojuvenil, bem como as unidades de acolhimento adulto e infantojuvenil.
VALOR MÁXIMO: R$ 4.303.487,28 (quatro milhões trezentos e três mil quatrocentos e oitenta e sete mil e vinte e oito centavos).
TIPO DE LICITAÇÃO: Menor TAXA DE ADMINISTRAÇÃO POR LOTE.
SUPORTE LEGAL: Lei Federal nº 10.520/02, Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações posteriores.
SISTEMA EMPREGADO: BLL (Bolsa de Licitações e Leilões) <https://bllcompras.com/>.
CREDENCIAMENTO E CADASTRAMENTO DE PROPOSTAS: Ocorrerá até às 09h00min do dia 28/04/2023 (horário de Brasília (DF)).
ABERTURA DE PROPOSTAS E DISPUTA POR LANCES: A sessão pública terá início a partir do encerramento do prazo estabelecido para credenciamento e cadastramento de propostas.
PREGOEIRO: KLEYSSON DOUGLAS DE FARIA.
INFORMAÇÕES: O Edital e seus anexos, bem como a íntegra do processo poderão ser obtidos:– Pelo Site https://cis5rs.com.br/licitacao; ou – Departamento Consórcio intergestores de Saúde da 5ª Região de Saúde, sito à Rua Brigadeiro Rocha, 901 CEP: 85.012-260, de segunda a sexta-feira, das 08h00 às 17h00.

Guarapuava, 13 de abril de 2023.
PUBLIQUE-SE.
RAFAEL VIEIRA FEDERLE
Chefe de Divisão de Compras e Licitações
CIS5ªRS

MUNICÍPIO DE GUARAPUAVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO
Departamento de Licitações e Contratos

AVISO DE PRORROGAÇÃO DE LICITAÇÃO
TOMADA DE PREÇOS Nº 10/2023

O Município de Guarapuava, através do Departamento de Licitações e Contratos, devidamente autorizado pela requisição nº 41/2023, torna público a PRORROGAÇÃO da a Licitação abaixo, devido a atualização de valores:
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº: 38/2023.
OBJETO: Contratação de empresa especializada em construção civil para realização de ampliação do CMEI Vitória - Entre Rios.
VALOR MÁXIMO: R$ 2.229.950,28 (dois milhões, duzentos e vinte e nove mil, novecentos e cinquenta reais e vinte e oito centavos).
TIPO DE LICITAÇÃO: Menor Preço Global.
SUPORTE LEGAL: Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações posteriores, e Decreto Federal 9.412/2018, e Decreto Municipal 6320/2017.
PROTOCOLO DOS ENVELOPES: Ocorrerá até às 08h45min do dia 04 de maio de 2023 (horário de Brasília/DF).
SESSÃO PÚBLICA: A sessão pública terá início a partir das 09h00min do dia 04 de maio de 2023 (horário de Brasília/DF).
INFORMAÇÕES: O Edital e seus anexos, bem como a íntegra do processo poderão ser obtidos nos seguintes endereços eletrônicos: <https://guarapuava.atende.net/?pg=transparencia#!/grupo/1/item/1/tipo/1> ou Departamento de Licitações e Contratos, sito à Rua Brigadeiro Rocha, 2.777 – 1° andar – CEP: 85.010-990. Telefone (42) 3621-3000, ramais: 3110 e 3072, de segunda a sexta-feira, das 08h00 às 17h00.

Guarapuava, 13 de abril de 2023.
PUBLIQUE-SE.

DIEGO VOLFF
Diretor de Licitações e Contratos
Decreto 8.437/2021

GRAZIELE VENSON OKONOSKI
Presidente da Comissão de Licitações
Portaria Nº 624/2022

>> classificados
Correio do Cidadão
Alguém te procura. Você só precisa ser visto.
ANUNCIE | comercial@correiodocidadao.com | 42 3304 3218