Editais

Correio do Cidadão
QUARTA-FEIRA
7 de Fevereiro de 2024 - Edição nº 2173

CIS-IVAIPORÃ

RESOLUÇÃO Nº 03/2024

SÚMULA: "Altera os itens e valores de procedimentos, consultas e exames na tabela Geral do CIS (própria) 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 as deliberações da Assembleia Ordinária de Prefeitos 03/2023 realizada no dia 15 de novembro de 2023 e da Assembleia Ordinária de Prefeitos 01/2024 de 24 de janeiro de 2024, edita a seguinte:

RESOLUÇÃO:

Art. 1º. Altera, atualiza e torna pública a tabela Geral do CIS em relação aos itens e valores 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 05 de fevereiro de 2024.

RENAN MENCK ROMANICHEN
PRESIDENTE DO CIS

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

ANEXO I

TABELA DE VALORES CIS IVAIPORÃ - 2024

Descrição:

1. **CONSULTAS ESPECIALIZADAS/ EXAMES.**
2. **OUTRAS CLASSIFICAÇÕES DE CONSULTA MÉDICA**
3. **SERVIÇOS MULTIPROFISSIONAIS**
4. **SERVIÇOS MÉDICOS HOSPITALAR**
5. **SERVIÇOS CIRURGIAS ELETIVAS**
6. **SERVIÇO PRÓTESE DENTARIA**
7. **SERVIÇOS TELEMEDICINA**
8. **RADIOLOGIA MÉDICA/ DIAGNÓSTICO DE IMAGEM**

1. CONSULTAS ESPECIALIZADAS/ EXAMES.

CÓDIGO CIS	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR DENTRO DO CIS	VALOR CLÍNICAS
	ALERGOLOGIA		
1.01	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
	ANESTESIOLOGIA		
1.02	CONSULTAS E AVALIAÇÃO	R$ 70,00	R$ 70,00
	CARDIOLOGIA		
1.03	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
	CARDIOLOGIA - PROCEDIMENTOS		
1.04	ECOCARDIOGRÁFIA BIDIMENSIONAL COM OU SEM DOPPLER		R$ 160,00
1.05	ELETROCARDIOGRAMA COM LAUDO (REALIZADO PELO MÉDICO)	R$ 20,00	R$ 30,00
1.06	RISCO CIRÚRGICO (ECG COM LAUDO + RISCO CIRÚRGICO)		R$ 100,00
1.07	TESTE DE ESFORÇO / ERGOMÉTRICO (INCLUINDO ECG)		R$ 180,00
1.08	HOLTER 24 HORAS		R$ 100,00
1.09	MAPA (PRESSÃO ARTERIAL 24 HORAS)		R$ 180,00
	CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO		
1.10	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
	CIRURGIA CARDÍACA		
1.11	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
	CIRURGIA GERAL		
1.12	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
	CIRURGIA PLÁSTICA		
1.13	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
	CIRURGIA TÓRAX		
1.14	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
	CIRURGIA VASCULAR		
1.15	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
	DERMATOLOGIA		
1.16	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
	ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA		
1.17	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
	GASTROENTEROLOGIA		
1.18	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
	GASTROENTEROLOGIA - PROCEDIMENTOS		
1.19	RETOSIGMOIDOSCOPIA		R$ 137,11
1.20	COLONOSCOPIA		R$ 397,00
1.21	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EDA)		R$ 247,00
1.22	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EDA) + TESTE DA UREASE		R$ 257,00
1.23	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EDA) + TESTE DA UREASE + RETIRADA DE MATERIAL PARA BIOPSIA		R$ 282,00
1.24	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EDA) + RETIRADA DE MATERIAL PARA BIOPSIA		R$ 272,83
1.25	POLIPECTOMIA		R$ 90,00
1.26	PRÓTESE VIA BILIAR		R$1.150,00
	GERIATRIA		
1.27	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
	GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA		
1.28	CONSULTAS GINECOLOGIA	R$ 70,00	R$ 70,00
1.29	CONSULTAS OBSTÉTRICA	R$ 70,00	R$ 70,00
	HEMATOLOGIA		
1.30	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
	INFECTOLOGIA		
1.31	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
	MASTOLOGISTA		
1.32	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
	NEFROLOGIA		
1.33	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
	NEUROLOGIA		
1.34	CONSULTAS NEUROCIRURGIA	R$ 70,00	R$ 70,00
1.35	CONSULTAS NEUROPEDIATRIA	R$ 70,00	R$ 70,00
1.36	CONSULTAS NEUROLOGIA CLINICA	R$ 70,00	R$ 70,00
1.37	CONSULTAS NEUROPEDIATRIA/NEUROLOGIA INFANTIL – CONSULTAS REFERENCIADA	R$115,00	R$115,00
1.38	CONSULTAS DE NEUROPSCICÓLOGO	R$ 70,00	R$ 70,00
	NEUROLOGIA - PROCEDIMENTOS		
1.39	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMII		R$ 400,00
1.40	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS		R$ 400,00
1.41	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS E MMII		R$ 800,00
1.42	ELETRONCEFALOGRAMA DE ROTINA		R$ 39,60
1.43	ELETRONCEFALOGRAMA EM VIGÍLIA/ SONO ESPONTÂNEO OU INDUZIDO		R$ 79,20
1.44	ELETRONCEFALOGRAMA QUANTITATIVO (MAPEAMENTO)		R$ 95,00
1.45	LAUDO DE ELETROENCEFALOGRAMA (TELEMEDICINA)		R$ 10,00
1.46	LAUDO DE ELETROENCEFALOGRAMA COM MAPEAMENTO (TELEM)		R$ 22,00
	OFTALMOLOGIA		
1.47	CONSULTAS	R$ 45,00	R$ 70,00
1.48	CONSULTA + EXAME DE TONOMETRIA + CERATOMETRIA	R$45,00	
	OFTALMOLOGIA – PROCEDIMENTOS/ EXAMES		
1.49	BIOMETRIA ULTRASSONICA (BINOCULAR)		R$ 66,00
1.50	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL		R$13,42
1.51	BIOMICROSCOPIA		R$12,34
1.52	MAPEAMENTO DE RETINA		R$24,24
1.53	CURVA TENSIONAL DIARIA		R$ 49,50
1.54	GONIOSCOPIA (BINOCULAR)		R$ 20,00
1.55	MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)		R$ 24,24
1.56	RETINOGRAFIA COLORIDA (MONOCULAR)		R$ 16,50
1.57	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA (BINOCULAR)		R$ 49,50
1.58	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA (BINOCULAR)		R$ 41,25
1.59	TESTE ORTÓPTICO (BINOCULAR)		R$ 12,34
1.60	TESTE DE ADAPTAÇÃO DE LENTE DE CONTATO (BINOCULAR)		R$ 30,00
1.61	MEDIDA DE OFUSCAMENTO DE CONTRASTE (BINOCULAR)		R$ 26,40
1.62	EPILAÇÃO DE CÍLIOS (MONOCULAR)		R$ 21,60
1.63	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO (MONOCULAR)		R$ 28,80
1.64	TONOMETRIA (BINOCULAR)		R$ 12,34
1.65	TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO		R$ 400,00
1.66	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA – OCT (MONOCULAR)		R$ 200,00
1.67	CAPSULOTOMIA YAG LASER (MONOCULAR)		R$ 200,00
1.68	PAN FOTOCOAGULAÇÃO (MONOCULAR)		R$ 200,00
1.69	CAMPIMETRIA (MONOCULAR)		R$ 120,00
1.70	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA (MONOCULAR)		R$ 36,36
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		
1.72	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
	OTORRINOLARINGOLOGIA		
1.73	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
	OTORRINOLARINGOLOGIA/ FONOAUDIOLOGIA - PROCEDIMENTOS		
1.74	VIDEONASOFIBROSCOPIA		R$ 50,00
1.75	VECTOELETRONISTAGMOGRAFIA COMPUTADORIZADA		R$ 200,00
1.76	AUDIOMETRIA TONAL	21,00	21,00
1.77	IMPEDÂNCIOMETRIA	SUS	
1.78	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO - BERA	SUS	
1.79	EMISSÕES OTOACÚSTICAS EVOCADAS PARA TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINHA)	13,51	R$ 33,77
1.80	CAUTERIZAÇÃO NASAL		R$ 50,00
1.81	TAMPONAMENTO NASAL ANTERO/POSTERIOR		R$ 150,00
1.82	TESTES ACUMÉTRICOS		R$ 41,25
1.83	TESTES VESTIBULARES E OTONEUROLÓGICOS		R$ 41,25
1.84	MANOBRAS DE REABILITAÇÃO VESTIBULARES		R$ 60,00
1.85	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO EM OUVIDO, FARINGE, LARINGE, NARIZ.		R$ 60,00
1.86	TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR		R$ 150,00
1.87	VIDEOLARINGOSCOPIA		R$ 80,00
1.88	NASOFIBROSCOPIA / ENDOSCOPIA NASAL		R$ 37,80
1.89	DRENAGEM DE ABSCESSO EM ORELHA / OTOHEMATOMA		R$ 150,00
1.90	CORREÇÃO CIRURGIA DE LESÃO EM LÓBULO DE ORELHA		R$ 150,00
1.91	FRENECTOMIA		R$ 80,00
1.92	ESTUDO TOPO DIAGNÓSTICO DE PARALISIA FACIAL		R$ 90,00
1.93	PROVA DE FUNÇÃO TUBÁRIA		R$ 14,17
1.94	MIRINGOTOMIA UNILATERAL		R$ 28,80
1.95	ASPIRAÇÃO DE OUVIDO		R$ 50,00
1.96	REMOÇÃO - CURETAGEM DE CERUME		R$ 50,00
1.97	TESTE ALÉRGICO (CUTÂNEO)		R$ 150,00
	PNEUMOLOGIA		
1.98	CONSULTAS PNEUMOLOGISTA	R$ 70,00	R$ 70,00
1.99	CONSULTAS PNEUMOPEDIATRIA	R$ 70,00	R$ 70,00
	EXAMES		
1.101	ESPIROMETRIA		R$ 90,00
1.102	BRONCOSCOPIA		R$ 250,00
	PEDIATRIA		
1.103	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
	PROCTOLOGIA		
1.104	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
	PSIQUIATRIA		
1.105	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
	REUMATOLOGIA		
1.106	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
	UROLOGIA		
1.107	CONSULTAS	R$ 70,00	R$ 70,00
	UROLOGIA - PROCEDIMENTOS		
1.108	CISTOSCOPIA		R$ 180,00
1.109	UROTROCISTOGRAFIA		R$ 180,00
1.110	UROGRAFIA VENOSA		R$ 120,00
1.111	UROFLUXOMETRIA		R$ 100,00
1.112	URODINÂMICA		R$ 220,00

2. OUTRAS CLASSIFICAÇÕES DE CONSULTA MÉDICA

	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR
2.01	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

3. SERVIÇOS MULTIPROFISSIONAIS

	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR
3.01	ATENDIMENTOS EM FISIOTERAPIA POR SESSÃO	R$ 30,00
3.02	SESSÃO DE ACUPUNTURA COM INSERÇÃO DE AGULHAS	R$ 25,00
3.03	SESSÃO DE ACUPUNTURA COM APLICAÇÃO DE VENTOSAS	R$ 19,00
3.04	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL HABILITAÇÃO E REABILITAÇÃO FONOAUDILÓGICA NAS ÁREAS DE LINGUAGEM, MOTRICIDADE OROFACIAL, VOZ E AUDIÇÃO	R$ 30,00
3.05	CONSULTA / ACOMPANHAMENTO PSICOLOGICO	R$ 30,00
3.06	CONSULTA / ACOMPANHAMENTO NUTRICIONISTA	R$ 30,00
3.07	PLANTÃO TECNICO DE RADIOLOGIA – 04 HRS	R$ 128,54

4. SERVIÇOS MÉDICOS HOSPITALAR

	PROCEDIMENTOS MÉDICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	VALOR
4.01	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM HORÁRIOS DIFERENCIADOS/ HOSPITALAR	R$ 100,00
4.02	CONSULTA OFTALMOLOGISTA ACOMPANHADAS DE EXAMES/PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES, ATENDIDOS EM HORÁRIOS DIFERENCIADOS/ HOSPITALAR.	R$ 100,00
	PROCEDIMENTOS / DIAGNOSTICO SAÚDE DO HOMEM/ MULHER	**VALOR**
4.03	PUNÇÃO DE MAMA C/ AGULHA GROSSA / CORE BIOPSY ORIENTADA POR LTRASSONOGRAFIA+ANATOMOPATOLÓGICO (ÚTERO E MAMA)	R$ 400,00
4.04	COLPOSCOPIA COM RETIRADA DE MATERIAL PARA CAUTERIZAÇÃO	R$ 300,00
4.05	CAF CIRURGIA DE ALTA FREQÜÊNCIA (CUTINIZAÇÃO C/ ANATOMO)	R$ 420,00
4.06	BIOPSIA DE PRÓSTATA GUIADA POR ULTRASSOM (COM ANATOMOPATOLÓGICO)	R$ 500,00
4.07	EXCERESE DE NÓDULO DE MAMA COM ANATOMO	R$ 500,00
4.08	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE AGULHA GROSSA TIREÓIDE (COM CITOLOGIA)	R$ 500,00
4.09	PUNÇÃO DE AGULHA FINA (PAAF) TIREÓIDE (COM CITOLOGIA)	R$ 500,00
4.10	PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA (MAMA, E OUTROS)	R$ 500,00
4.11	CAUTERIZAÇÃO GINECOLÓGICA (COLO, UTERO, PAREDE VAGINAL, E VAGINA EXTERNA)	R$ 300,00
	PLANTÃO MEDICO HOSPITALAR – EXCLUSIVO CIRURGICO EM HPP	**VALOR**
4.12	PLANTÃO MÉDICO EM CIRURGIA GERAL – 12 HORAS	R$ 2.250,00
4.13	PLANTÃO GASTROENTEROLOGISTA – 12 HORAS	R$ 2.250,00
4.14	PLANTÃO OTORRINOLARINGOLOGIA – 12 HORAS	R$ 2.250,00
4.15	PLANTÃO MEDICO EM GINECOLOGIA -12 HORAS	R$ 2.250,00
4.16	PLANTÃO MEDICO EM OBSTETRICIA -12 HORAS	R$ 2.250,00
4.17	PLANTÃO MÉDICO VASCULAR – 12 HORAS	R$ 2.250,00
4.18	PLANTÃO MÉDICO UROLOGIA - 12 HORAS	R$ 2.250,00
4.19	PLANTÃO MÉDICO ORTOPEDIA - 12 HORAS	R$ 2.250,00
4.20	PLANTÃO MÉDICO PEDIATRIA - 12 HORAS	R$ 2.250,00
4.21	PLANTÃO MÉDICO EM ANESTESIOLOGIA -12 HORAS	R$ 1.450,00

5. SERVIÇOS CIRURGIAS ELETIVAS

RELAÇÃO DE CIRURGIA/ PROCEDIMENTO ELETIVO COM 150% DE COMPLEMENTO X SIGTAP (INCLUI SERVIÇO HOSPITALAR, PROFISSIONAL CIRURGIÃO E ANESTESISTA)				
	PROCEDIMENTO	Valor SIGTAP	Complemento 150%	Valor Total
5.01	TRATAMENTO CIRURGICO DE GRAVIDEZ ECTOPICA	R$ 459,18	R$ 688,77	**R$ 1.147,95**
5.02	POSTECTOMIA	R$ 219,12	R$ 328,68	**R$ 547,80**
5.03	PLÁSTICA DE FREIO BÁLANO PREPUCIAL	R$ 34,10	R$ 51,15	**R$ 85,25**
5.04	POSPADIA POR ESTAGIO TRATAMENTO CIRURGICO	R$ 372,96	R$ 559,44	**R$ 932,40**
5.05	EPISPADIA POR ETAPA	R$ 388,21	R$ 582,32	**R$ 970,53**
5.06	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	R$ 360,07	R$ 540,11	**R$ 900,18**
5.07	BIOPSIA DO FIGADO POR PUNÇÃO	R$ 71,15	R$ 106,73	**R$ 177,88**
5.08	TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO	R$ 347,62	R$ 521,43	**R$ 869,05**
5.09	ADENOIDECTOMIA	R$348,18	R$ 522,27	**R$ 870,45**
5.10	AMIGDALECTOMIA	R$ 306,57	R$ 459,86	**R$ 766,43**
5.11	TIMPANOPLASTIA (UNI / BILATERAL)	R$ 618,15	R$ 927,23	**R$ 1.545,38**
5.12	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	R$247,46	R$ 371,19	**R$ 618,65**
5.13	SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTÉTICA	R$213,75	R$ 320,63	**R$ 534,38**
5.14	TURBINECTOMIA	R$ 315,65	R$ 473,48	**R$ 789,13**
5.15	CORRECAO CIRURGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MUSCULOS)	R$ 1.160,45	R$ 1.740,68	**R$ 2.901,13**
5.16	CORRECAO CIRURGICA DO ESTRABISMO (ATE 2 MUSCULOS)	R$ 1.160,45	R$ 1.740,68	**R$ 2.901,13**
5.17	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)	R$ 582,04	R$ 873,06	**R$ 1.455,10**
5.18	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	R$ 483,37	R$ 725,06	**R$ 1.208,43**
5.19	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	R$ 254,12	R$ 381,18	**R$ 635,30**
5.20	HEMORROIDECTOMIA	R$ 315,94	R$ 473,91	**R$ 789,85**
5.21	COLECISTECTOMIA	R$ 695,77	R$ 1.043,66	**R$ 1.739,43**
5.22	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R$ 693,05	R$ 1.039,58	**R$ 1.732,63**
5.23	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	R$ 559,87	R$ 839,81	**R$ 1.399,68**
5.24	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	R$ 539,92	R$ 809,88	**R$ 1.349,80**
5.25	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	R$ 426,02	R$ 639,03	**R$ 1.065,05**
5.26	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	R$ 445,51	R$ 668,27	**R$ 1.113,78**
5.27	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	R$ 416,43	R$ 624,65	**R$ 1.041,08**
5.28	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)	R$ 295,75	R$ 443,63	**R$ 739,38**
5.29	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR	R$ 194,89	R$ 292,34	**R$ 487,23**
5.30	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO	R$ 241,15	R$ 361,73	**R$ 602,88**
5.31	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA / HÍBRIDA	R$ 1.214,72	R$ 1.822,08	**R$ 3.036,80**
5.32	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO JOELHO	R$ 1.154,84	R$ 1.732,26	**R$ 2.887,10**
5.33	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	R$ 1.602,18	R$ 2.403,27	**R$ 4.005,45**
5.34	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HALUX VALGUS C/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO	R$ 355,81	R$ 533,72	**R$ 889,53**
5.35	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	R$ 332,26	R$ 498,39	**R$ 830,65**
5.36	RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL	R$ 91,49	R$ 137,24	**R$ 228,73**
5.37	NEFRECTOMIA PARCIAL	R$ 841,74	R$ 1.262,61	**R$ 2.104,35**
5.38	NEFRECTOMIA TOTAL	R$ 853,65	R$ 1.280,48	**R$ 2.134,13**
5.39	NEFROSTOMIA C/ OU S/ DRENAGEM	R$ 650,27	R$ 975,41	**R$ 1.625,68**
5.40	NEFROSTOMIA PERCUTANEA	R$ 600,47	R$ 900,71	**R$ 1.501,18**
5.41	RESSECCAO ENDOSCOPICA DE PROSTATA	R$ 594,68	R$ 892,02	**R$ 1.486,70**
5.42	VASECTOMIA	R$ 306,47	R$ 459,71	**R$ 766,18**
5.43	CERCLAGEM DE COLO DO UTERO	R$ 178,01	R$ 267,02	**R$ 445,03**
5.44	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	R$ 460,08	R$ 690,12	**R$ 1.150,20**
5.45	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	R$ 770,70	R$ 1.156,05	**R$ 1.926,75**
5.46	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	R$ 546,04	R$ 819,06	**R$ 1.365,10**
5.47	HISTERECTOMIA TOTAL	R$ 634,03	R$ 951,05	**R$ 1.585,08**
5.48	HISTERECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R$ 464,61	R$ 696,92	**R$ 1.161,53**
5.49	LAQUEADURA TUBARIA	R$ 339,02	R$ 508,53	**R$ 847,55**
5.50	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA	R$ 651,60	R$ 977,40	**R$ 1.629,00**
5.51	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				
Especialidade cirúrgica: CIRURGIA GERAL				
	PROCEDIMENTO	Valor SIGTAP (Profissional)	Complemento 150%	Valor Total
5.52	HEMORROIDECTOMIA	R$ 124,94	R$ 187,41	**R$ 312,35**
5.53	COLECISTECTOMIA	R$ 248,61	R$ 372,92	**R$ 621,53**
5.54	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R$ 171,78	R$ 257,67	**R$ 429,45**
5.55	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	R$ 150,08	R$ 225,12	**R$ 375,20**
5.56	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	R$ 80,65	R$ 120,98	**R$ 201,63**
5.57	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	R$ 147,69	R$ 221,54	**R$ 369,23**
5.58	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	R$ 146,99	R$ 220,49	**R$ 367,48**
5.59	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	R$ 146,96	R$ 220,44	**R$ 367,40**
5.60	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	R$ 137,40	R$ 206,10	**R$ 343,50**
5.61	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R$ 136,44	R$ 204,66	**R$ 341,10**
5.62	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	R$ 258,80	R$ 388,20	**R$ 647,00**
5.63	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	R$ 183,41	R$ 275,12	**R$ 458,53**
5.64	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	R$ 190,94	R$ 286,41	**R$ 477,35**
5.65	HISTERECTOMIA TOTAL	R$ 221,71	R$ 332,57	**R$ 554,28**
5.66	HISTERECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R$ 185,11	R$ 277,67	**R$ 462,78**
5.67	LAQUEADURA TUBARIA	R$ 138,97	R$ 208,46	**R$ 347,43**
5.68	POSTECTOMIA	R$ 121,40	R$ 182,10	**R$ 303,50**

Especialidade cirúrgica: OTORRINOLARINGOLOGIA				
	PROCEDIMENTO	Valor SIGTAP (Profissional)	Complemento 150%	Valor Total
5.69	ADENOIDECTOMIA	R$ 179,05	R$ 268,58	**R$ 447,63**
5.70	AMIGDALECTOMIA	R$ 157,65	R$ 236,48	**R$ 394,13**
5.71	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	R$ 75,87	R$ 113,81	**R$ 189,68**
5.72	SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTÉTICA	R$ 73,32	R$ 109,98	**R$ 183,30**
5.73	TIMPANOPLASTIA (UNI / BILATERAL)	R$ 322,83	R$ 484,25	**R$ 807,08**
5.74	TURBINECTOMIA	R$ 132,01	R$ 198,02	**R$ 330,03**
Especialidade cirúrgica: VASCULAR				
	PROCEDIMENTO	Valor SIGTAP (Profissional)	Complemento 150%	Valor Total
5.75	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)	R$ 400,40	R$ 600,60	**R$ 1.001,00**
5.76	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	R$ 301,73	R$ 452,60	**R$ 754,33**
5.77	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	R$300,78	R$451,17	**R$751,95**
5.78	AMPUTAÇÃO/DESARTICULAÇÃO (DEDO ATÉ O PÉ, TRANSTIBIAL, TRANSFEMURAL)	R$338,03	R$507,05	**R$845,08**
5.79	DEBRIDAMENTO DE ÚLCERA/DE TECIDOS DESVITALIZADOS	R$543,08	814,62	**R$1.357,70**
Especialidade cirúrgica: UROLOGIA				
	PROCEDIMENTO	Valor SIGTAP (Profissional)	Complemento 150%	Valor Total
5.80	NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA	R$801,50	R$1202,25	**R$2003,75**
5.81	INSTALAÇÃO E RETIRADA ENDOSCOPICA DE CATETER DUPLO J	R$218,68	R$328,02	**R$546,70**
Especialidade cirúrgica: GASTROENTEROLOGIA				
	PROCEDIMENTO	Valor Exame	Valor Hospitalar Leito Enfermaria 48hr de Internação	Valor Total
5.82	COLANGIOPANCREATOGRAFIA ENDOSCÓPICA RETROGRADA	R$ 4.500,00	R$ 1.800,00	R$ 6.300,00
5.83	COLANGIOPANCREATOGRAFIA ENDOSCÓPICA RETROGRADA COM LITROTRIPTOR	R$ 5.700,00	R$ 1.800,00	R$ 7.500,00

	PROCEDIMENTOS CIRURGICOS EM ORTOPEDIA	VALOR
5.84	MANGUITO ROTADOR - COM A INCLUSÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS, PROFISSIONAL AUXILIAR, MATERIAIS, ANESTESISTA E INTERNAMENTO HOSPITALAR.	R$ 2.500,00
5.85	SÍNDROME DO TÚNEL DE CARPO - COM A INCLUSÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS, PROFISSIONAL AUXILIAR, MATERIAIS, ANESTESISTA E INTERNAMENTO HOSPITALAR.	R$ 750,00
5.86	**TENOSSINOVECTOMIA -** COM A INCLUSÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS, PROFISSIONAL AUXILIAR, MATERIAIS, ANESTESISTA E INTERNAMENTO HOSPITALAR.	R$ 750,00
5.87	**RETIRADA DE CISTO E TUMORES DE PARTES MOLES -** COM A INCLUSÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS, PROFISSIONAL AUXILIAR, MATERIAIS, ANESTESISTA E INTERNAMENTO HOSPITALAR.	R$ 750,00
5.88	**NEUROMA DE MORTON -** COM A INCLUSÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS, PROFISSIONAL AUXILIAR, MATERIAIS, ANESTESISTA E INTERNAMENTO HOSPITALAR.	R$ 750,00
5.89	**RETIRADA DE SÍNTESE E DEBRIDAMENTO -** COM A INCLUSÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS, PROFISSIONAL AUXILIAR, MATERIAIS, ANESTESISTA E INTERNAMENTO HOSPITALAR.	R$ 750,00
5.90	**DEDO EM GATILHO -** COM A INCLUSÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS, PROFISSIONAL AUXILIAR, MATERIAIS, ANESTESISTA E INTERNAMENTO HOSPITALAR.	R$ 750,00
5.91	**DEDO EM MARTELO -** COM A INCLUSÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS, PROFISSIONAL AUXILIAR, MATERIAIS, ANESTESISTA E INTERNAMENTO HOSPITALAR.	R$ 750,00

6. SERVIÇO PRÓTESE DENTARIA

	PROCEDIMENTOS DE PRÓTESE DENTÁRIA	VALOR
6.01	MOLDAGEM DENTO-GENGIVAL PARA CONSTRUÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA	R$ 92,00
6.02	REEMBASAMENTO E CONSERTO DE PRÓTESE DENTÁRIA	R$ 20,49
6.03	PRÓTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVIVEL	R$ 150,00
6.04	PRÓTESE PARCIAL MAXILAR REMOVIVEL	R$ 150,00
6.05	PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR	R$ 150,00
6.06	PRÓTESE TOTAL MAXILAR	R$ 150,00
	PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS- BUCOMAXILO	**VALOR**
6.07	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE)	R$72,00
6.08	APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE)	R$81,00
6.09	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO)	R$45,00
6.10	EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA	R$45,00
6.11	SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA	R$81,00
6.12	CAPEAMENTO PULPAR	R$99,00
6.13	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO	R$55,39
6.14	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR	R$135,00
6.15	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR	R$86,77
6.16	PULPOTOMIA DENTÁRIA	R$180,00
6.17	RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	R$90,00
6.18	RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	R$90,00
6.19	EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO	R$117,00
6.20	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	R$135,00
6.21	RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE)	R$81,00
6.22	ENXERTO GENGIVAL	R$630,00
6.23	GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE)	R$180,00
6.24	GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE)	R$180,00
6.25	TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE)	R$180,00
6.26	OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO	R$270,00
6.27	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR	R$360,00
6.28	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES	R$490,00
6.29	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	R$360,00
6.30	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR	R$400,00
6.31	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAÍZES	R$450,00
6.32	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR	R$450,00
6.33	SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR	R$720,00
6.34	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	R$62,54
6.35	BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE	R$77,48
6.36	BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	R$78,51
6.37	TRATAMENTO DE NEVRALGIAS FACIAIS	R$21,64
6.38	CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM	R$135,00
6.39	OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLO DENTÁRIAS	R$104,00
6.40	REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE	R$174,49
6.41	REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR	R$66,02
6.42	RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA/ DENTÁRIA	R$96,48
6.43	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO	R$38,36
6.44	EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR	R$691,34
6.45	EXERESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO-ODONTOGÊNICO	R$71,06
6.46	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/ EXTRA-ORAL	R$211,56
6.47	FRENECTOMIA	R$270,00
6.48	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	R$409,42
6.49	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORONASAL/ ORO-SINUSAL	R$218,31
6.50	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS	R$35,78
6.51	EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR	R$177,81
6.52	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA	R$162,00
6.53	EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO	R$59,72
6.54	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE	R$280,03
6.55	RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MAXILO-MANDIBULAR	R$22,11
6.56	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO-SINUSAL/ ORO-NASAL	R$649,65
6.57	APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA	R$149,79
6.58	APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE)	R$107,60
6.59	CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES	R$56,69
6.60	CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR	R$82,86
6.61	CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR	R$89,65
6.62	CURETAGEM PERIAPICAL	R$43,84
6.63	ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL	R$43,84
6.64	EXODONTIA MULTIPLA C/ ALVEOLO-PLASTIA POR SEXTANTE	R$540,00
6.65	GLOSSORRAFIA	R$34,89
6.66	MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS	R$137,83
6.67	ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO	R$65,04
6.68	REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO)	R$93,80
6.69	REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO)	R$270,00
6.70	REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES	R$270,00
6.71	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL	R$140,00
6.72	TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL	R$45,44
6.73	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	R$140,00
6.74	ULOTOMIA/ULECTOMIA	R$180,00
6.75	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	R$15,00
6.76	RADIOGRAFIA PANORAMICA COM LAUDO	R$80,00
6.77	RADIOGRAFIA PANORAMICA SEM LAUDO	R$70,00

7. SERVIÇOS TELEMEDICINA

	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR
7.01	LAUDO DE ELETROCARDIOGRAMA (TELEMEDICINA REALIZADO NO CIS)	R$ 10,00
7.02	LAUDO ELETROCARDIOGRAMA	R$ 6,50
7.03	LAUDO ELETROENCEFALOGRAMA OCUPACIONAL	R$ 10,00
7.04	LAUDO ELETROENCEFALOGRAMA CLÍNICO	R$ 10,00
7.05	LAUDO ELETROENCEFALOGRAMA COM MAPEAMENTO	R$ 22,00
7.06	LAUDO RISCO CIRÚRGICO	R$ 50,00
7.07	LAUDO RAIO X CONVENCIONAL	R$ 6,50
7.08	LAUDO RAIO X OIT -1 ASSINATURA	R$ 7,50
7.09	LAUDO RAIO X OIT -2 ASSINATURA	R$ 8,00

8. RADIOLOGIA MÉDICA/ DIAGNÓSTICO DE IMAGEM

	DENSITOMETRIA	VALOR
8.01	DENSITOMETRIA ÓSSEA ATÉ 2 SEGMENTOS	R$ 150,00
8.02	DENSITOMETRIA ÓSSEA COLUNA LOMBAR 2 SEGMENTOS	R$ 150,00
8.03	DENSITOMETRIA ÓSSEA DUO-ENERGÉTICA (VERT. LOMBARES)	R$ 150,00
8.04	DENSITOMETRIA ÓSSEA CORPO TODO	R$ 150,00
	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	
8.05	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	R$ 389,00
8.06	COLANGIORESSONÂNCIA	R$ 389,00
8.07	ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL	R$ 500,00
8.08	ANGIORESSONÂNCIA (VENOSA OU ARTERIAL DE MEMBROS INFERIORES OU SUPERIORES - POR MEMBRO UNILATERAL)	R$ 500,00
8.09	PROCEDIMENTO DE ANESTESIA EM EXAMES DE RESSONANCIA MAGNETICA EM QUE EXIGE SEDAÇÃO.	R$ 300,00
8.10	RESSONANCIA CARDIACA MORFOLOGICA E FUNCIONAL	R$ 903,13
	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	
8.11	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA/COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE	R$ 180,00
8.12	TOMOGRAFIA COMP. DE COLUNA LOMBO-SACRA S/ CONTRASTE.	R$ 180,00
8.13	TOMOGRAFIA COMP. DE COLUNA TORACICA S/ CONTRASTE.	R$ 180,00
8.14	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES S/ CONTRASTE	R$ 180,00
8.15	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIROIDE OU PARA TIROIDE) S/ CONTRASTE.	R$ 250,00
8.16	TOMOGRAFIA DACRIOCISTOGRAFIA.	R$ 200,00
8.17	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA OU ORBITAS S/CONTRASTE	R$ 180,00
8.18	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO S/ CONTRASTE	R$ 180,00
8.19	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MASTOIDE / OUVIDOS	R$ 200,00
8.20	TOMOGRAFIA COMP. DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR – POR ARTICULAÇÃO	R$ 200,00
8.21	TOMOGRAFIA COMP. DE SEGMENTOS APENDICULARES – POR SEGMENTO APENDICULAR	R$ 200,00
8.22	TOMOGRAFIA COMP. DE TORAX S/ CONTRASTE.	R$ 250,00
8.23	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX / MEDIASTINO - POR PLANO	R$ 200,00
8.24	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME S/ CONTRASTE	R$ 340,00
8.25	TOMOGRAFIA COMP. DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR – POR ARTICULAÇÃO	R$ 200,00
8.26	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA	R$ 170,00
8.27	TOMOGRAFIA ABDOMEN SUPERIOR S/ CONTRASTE	R$ 170,00
8.28	ANGIOTOMOGRAFIA / CARÓTIDAS – VASOS CERVICAIS / CEREBRAL / MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES POR MEMBRO UNILATERAL / TORAX (TEP – AORTA TORACICA) / ABDOME (AORTA ABDOMINAL – ILIACAS – VICERAIS)	R$ 450,00
8.29	UROTOMOGRAFIA C/ CONTRASTE	R$ 450,00
8.30	TOMOGRAFIA C/ CONTRASTE	R$ 50,00
	MAMOGRAFIA BILATERAL	
8.31	MAMOGRAFIA BILATERAL	R$ 80,00

	RAIO – X (SEM LAUDO)	VALOR
8.32	DACRIOCISTOGRAFIA	R$ 30,00
8.33	PLANIGRAFIA DE LARINGE	R$ 30,00
8.34	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	R$ 30,00
8.35	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)	R$ 30,00
8.36	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	R$ 30,00
8.37	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R$ 30,00
8.38	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ)	R$ 30,00
8.39	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	R$ 30,00
8.40	RADIOGRAFIA DE LARINGE	R$ 30,00
8.41	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	R$ 30,00
8.42	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	R$ 30,00
8.43	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	R$ 20,00
8.44	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (E CORPO ESTRANHO)	R$ 30,00
8.45	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL)	R$ 20,00
8.46	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	R$ 20,00
8.47	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)	R$ 30,00
8.48	MIELOGRAFIA	R$ 30,00
8.49	PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL	R$ 30,00
8.50	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + OBLIQUAS)	R$ 20,00
8.51	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	R$ 20,00
8.52	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	R$ 30,00
8.53	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R$ 30,00
8.54	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS e SEL)	R$ 30,00
8.55	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	R$ 30,00
8.56	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	R$ 30,00
8.57	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	R$ 30,00
8.58	SIALOGRAFIA (POR GLANDULA)	R$ 30,00
8.59	RADIOGRAFIA DE CORACAO VASOS DA BASE (PA / LATERAL+ OBLIQUA)	R$ 30,00
8.60	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)	R$ 30,00
8.61	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	R$ 30,00
8.62	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	R$ 30,00
8.63	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R$ 20,00
8.64	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	R$ 30,00
8.65	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)	R$ 20,00
8.66	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)	R$ 20,00
8.67	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R$ 20,00
8.68	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R$ 20,00
8.69	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R$ 20,00
8.70	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	R$ 20,00
8.71	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	R$ 20,00
8.72	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	R$ 20,00
8.73	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	R$ 20,00
8.74	RADIOGRAFIA DE BRACO	R$ 20,00
8.75	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R$ 20,00
8.76	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R$ 30,00
8.77	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	R$ 30,00
8.78	RADIOGRAFIA DE MAO	R$ 30,00
8.79	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA) LAUDO OBRIGATÓRIO	R$ 40,00
8.80	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	R$ 30,00
8.81	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	R$ 30,00
8.82	CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE	R$ 30,00
8.83	COLANGIOGRAFIA PER-OPERATORIA	R$ 30,00
8.84	COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA	R$ 30,00
8.85	DUODENOGRAFIA HIPOTONICA	R$ 30,00
8.86	FISTULOGRAFIA	R$ 30,00
8.87	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R$ 370,00
8.88	PIELOGRAFIA ANTEROGRADA PERCUTANEA	R$ 30,00
8.89	PIELOGRAFIA ASCENDENTE	R$ 30,00
8.90	PLANIGRAFIA DE RIM S/ CONTRASTE	R$ 30,00
8.91	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	R$ 20,00
8.92	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	R$ 60,00
8.93	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	R$ 20,00
8.94	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO	R$ 30,00
8.95	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)	R$ 30,00
8.96	RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE)	R$ 30,00
8.97	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	R$ 20,00
8.98	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	R$ 30,00
8.99	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	R$ 30,00
8.100	RADIOGRAFIA DE BACIA	R$ 20,00
8.101	RADIOGRAFIA DE CALCANEO	R$ 20,00
8.102	RADIOGRAFIA DE COXA	R$ 30,00
8.103	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R$ 20,00
8.104	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	R$ 30,00
8.105	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	R$ 30,00
8.106	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	R$ 20,00
8.107	RADIOGRAFIA DE PERNA	R$ 20,00
8.108	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	R$ 30,00
8.109	VIDEODEGLUTOGRAMA	R$340,00
8.110	RAIO X DEGLUTOGRAMA	R$340,00
8.111	RAIO X DEGLUTOGRAMA	R$340,00
8.112	RAIO X - COM LAUDO	R$10,00

	EXAMES ULTRASSONOGRAFICOS	VALOR
8.113	ULTRASSONOGRAFIA DA BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER - COLORIDO	R$ 130,00
8.114	ULTRASSONOGRAFIA DO ABDÔMEN TOTAL COM DOPPLER - COLORIDO	R$ 130,00
8.115	ULTRASSONOGRAFIA ABDOMEM SUPERIOR COM DOPPLER	R$ 130,00
8.116	ULTRASSONOGRAFIA DA TIREÓIDE COM DOPPLER - COLORIDO	R$ 130,00
8.117	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICO COM DOPPLER	R$ 130,00
8.118	ULTRASSONOGRAFIA PROSTATA COM DOPPLER	R$ 130,00
8.119	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL COM DOPPLER	R$ 130,00
8.120	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER PENIANO	R$ 130,00
8.121	ULTRASSONOGRAFIA GLOBO OCULAR COM DOPPLER COLORIDO (BILATERAL)	R$ 130,00
8.122	ULTRASSONOGRAFIA DAS GLÂNDULAS SALIVARES E SUBMANDIBULARES	R$ 85,00
8.123	ULTRASSONOGRAFIA TIREÓIDE	R$ 85,00
8.124	ULTRASSONOGRAFIA GLOBO OCULAR BILATERAL	R$ 85,00
8.125	ULTRASSONOGRAFIA DE MAMAS / MAMARIA BILATERAL (FEMININO / MASCULINO)	R$ 85,00
8.126	ULTRASSONOGRAFIA PESCOÇO / CERVICAL / GLÂNDULAS SALIVARES BILATERAIS	R$ 85,00
8.127	ULTRASSONOGRAFIA PARATIREÓIDES BILATERAIS	R$ 85,00
8.128	ULTRASSONOGRAFIA ESTRUTURAS/SUPERFICIAIS (AXILAS /PARTES MOLES /DERMATOLOGICA c(PELE E SUBCUTÂNEO) / PAREDE ABDOMINAL.	R$ 85,00
8.129	ULTRASSONOGRAFIA DA REGIÃO INGUINAL (UNILATERAL)	R$ 85,00
8.130	ULTRA-SONOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES - POR ARTICULAÇÃO (TORNOZELO – QUADRIL UNILATERAL – PUNHO – PERNA – PÉ – OMBRO – MÃO – JOELHO – COXA – COTOVELO – BRAÇO – ANTEBRAÇO ...)	R$ 85,00
8.131	ULTRASSONOGRAFIA PENIANA	R$ 85,00
8.132	ULTRASSONOGRAFIA DAS SUPRARRENAIS	R$ 85,00
8.133	ULTRASSONOGRAFIA DA ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL (QUADRIL INFANTIL UNILATERAL)	R$ 85,00
8.134	ULTRA-SONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R$ 85,00
8.135	ULTRA-SONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL\RASTREAMENTO DE TESTÍCULOS	R$ 85,00
8.136	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R$ 100,00
8.137	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSFONTANELAR	R$ 85,00
8.138	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (DOPPLER VENOSO (TVP), DOPPLER ARTERIAL MEMBRO INFERIOR OU SUPERIOR POR MEMBRO UNILATERAL / CARÓTIDAS E VERTEBRAIS / DOPPLER RENAL (ARTÉRIAS ARQUEADAS E INTERLOBARES)	R$ 130,00
8.139	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (VARIZES / MAPEAMENTO VENOSO / PROGRAMAÇÃO CIRURGICA / IVC – INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA) VENOSO SUPERFICIAL+ PROFUNDO...) POR MEMBRO UNILATERAL	R$ 220,00
8.140	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DA AORTA ABDOMINAL / VASOS ILÍACOS / AORTA E ILIACAS / AORTA ABDOMINAL E VISCERAIS / ARTÉRIAS RENAIS E AORTA DESCENDENTE	R$ 190,00
8.141	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (AVALIAÇÃO DE FÍGADO, PÂNCREAS, VESÍCULA BILIAR, VIAS BILIARES, BAÇO, RINS, RETROPERITÔNIO E BEXIGA)	R$ 80,00
8.142	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN INFERIOR (SUPRAPUBICA)	R$ 60,00
8.143	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO (RINS E BEXIGA)	R$ 60,00
8.144	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VESICULA, VIAS BILIARES, REGIÃO INGUINAL, ORGÕES E ESTRUTRAS SUPERFICIAIS)	R$ 60,00
8.145	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	R$ 60,00
8.146	ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R$ 60,00
8.147	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	R$ 70,00
8.148	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA 1º TRIMESTRE / 2º TRIMESTRE / 3º TRIMESTRE	R$ 85,00
8.149	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R$ 130,00
8.150	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA 4D	R$ 210,00
8.151	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA 4D HD	R$ 210,00
8.152	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA DE 1º TRIMESTRE (TRANSLUCENCIA NUCAL / DOPPLER DO DUCTO VENOSO / RASTREIO PRE-ECLAMPSIA C/ DOPPLER DAS ARTERIAS UTERINAS)	R$ 130,00
8.153	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA DE 2º TRIMESTRE	R$ 250,00
8.154	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM PERFIL BIOFISICO FETAL	R$ 150,00
8.155	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICO ECOCARDIOGRAMA FETAL	R$ 200,00

CIS-IVAIPORÃ

RESOLUÇÃO Nº 04/2024

SÚMULA: "Torna pública os itens e valores da tabela de Exames Laboratoriais do CIS, 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, edita a seguinte:

RESOLUÇÃO:

Art. 1º. Tonar público os itens e valores da tabela de Exames Laboratoriais 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 05 de fevereiro de 2024.

RENAN MENCK ROMANICHEN
PRESIDENTE DO CIS

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

ANEXO I

EXAMES LABORATORIAIS – TABELA CIS

nº	DESCRIÇÃO	VALOR
1	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	R$ 6,36
2	ADENOGRAMA	R$ 4,76
3	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS/SEDIMENTO/ URINA	R$ 5,86
4	ANTI ENDOMISIO IGA	R$ 53,00
5	ANTI ENDOMISIO IGG	R$ 53,00
6	ANTI ENDOMISIO IGM	R$ 53,00
7	ANTIBIOGRAMA	R$ 14,66
8	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R$ 14,66
9	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	R$ 4,62
10	ANTIFUNGIGRAMA	R$ 70,45
11	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	R$ 4,62
12	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	R$ 3,08
13	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNOSTICA)	R$ 4,62
14	BACTEROSCOPIA (GRAM)	R$ 6,18
15	BIOPSIA DE COLO DE FUNDO VAGINAL OU PÓLIPOS POR FRAGMENTOS	R$ 120,00
16	BIOPSIA RENAL	R$ 120,00
17	BNP-PEPTÍDEO NATRIURÉTICO	R$ 270,00
18	CA 125	R$ 47,00
19	CATETER DUPLO I	R$ 180,00
20	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	R$ 4,76
21	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	R$ 1,96
22	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	R$ 8,37
23	CLEARANCE DE CREATININA	R$ 3,86
24	CLEARANCE DE FOSFATO	R$ 3,86
25	CLEARANCE DE UREIA	R$ 3,86
26	CLEARANCE OSMOLAR	R$ 3,86
27	COAGULOGRAMA COMPLETO (TS, TC, PROVA LAÇO, RETRAÇÃO DO COÁGULO, CONTAGEM DE PLAQUETAS, TEMPO DA PROTROMBINA, TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO)	R$ 35,00
28	CONTAGEM DE ADDIS	R$ 4,07
29	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R$ 3,11
30	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8(cada)	R$ 36,30
31	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R$ 18,87
32	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R$ 5,20
33	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R$ 8,89
34	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R$ 1,96
35	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R$ 7,21
36	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R$ 4,76
37	CULTURA DO LEITE MATERNO (POS-PASTEURIZACAO)	R$ 4,76
38	CULTURA P/ HERPESVIRUS	R$ 6,19
39	CULTURA PARA BAAR	R$ 11,27
40	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R$ 4,60
41	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R$ 3,08
42	D – DÍMERO QUANTITATIVO	R$ 65,00
43	DOSAGEM TROPONINA	R$ 26,22
44	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R$ 80,00
45	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R$ 11,00
46	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	R$ 72,60
47	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	R$ 72,60
48	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	R$ 6,05
49	DETERMINACAO CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO P/ CORTISONA (4 DOSAG.)	R$ 10,00
50	DETERMINACAO CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO P/ CORTISONA (5 DOSAG.)	R$ 10,00
51	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	R$ 1,50
52	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R$ 2,10
53	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)	R$ 35,72
54	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R$ 9,68
55	DETERMINACAO DE CARIOTIPO/ CULTURA DE LONGA DURACAO BANDAS)	R$ 35,72
56	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	R$ 11,00
57	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	R$ 2,00
58	DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	R$ 7,29
59	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R$ 7,60
60	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R$ 10,00
61	DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	R$ 16,50
62	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R$ 9,53
63	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA – ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R$ 2,21
64	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	R$ 13,79
65	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	R$ 4,07
66	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	R$ 3,86
67	DETERMINACAO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIS	R$ 47,53
68	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	R$ 16,15
69	DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R$ 20,80
70	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	R$ 11,22
71	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	R$ 7,32
72	DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R$ 10,02
73	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R$ 7,32
74	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO –DUKE	R$ 11,56
75	DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	R$ 5,06
76	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	R$ 1,68
77	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R$ 3,00
78	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R$ 3,00
79	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)	R$ 3,00
80	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R$ 11,71
81	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	R$ 18,87
82	DOSAGEM ANTI CANDIDA IGG	R$ 31,13
83	DOSAGEM ANTI CANDIDA IGM	R$ 31,13
84	DOSAGEM ANTI GLIADINA GLUTEN IGA	R$ 31,13
85	DOSAGEM ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA	R$ 38,81
86	DOSAGEM ANTITROMBINA III	R$ 28,51
87	DOSAGEM BETA HCG HORMONIO GONODOTROFICO CORIONICA QUANTITATIVO	R$ 25,38
88	DOSAGEM BRUCELOSE IGG	R$ 28,31
89	DOSAGEM BRUCELOSE IGM	R$ 34,32
90	DOSAGEM CA 153	R$ 38,00
91	DOSAGEM CA 199	R$ 38,00
92	DOSAGEM CAXUMBA IGG	R$ 75,40
93	DOSAGEM CHAGAS IGG	R$ 28,31
94	DOSAGEM CHAGAS IGM	R$ 34,32
95	DOSAGEM DA FRACAO C1Q DO COMPLEMENTO	R$ 4,07
96	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R$ 7,39
97	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R$ 7,39
98	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	R$ 7,39
99	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R$ 35,84
100	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	R$ 3,86
101	DOSAGEM DE ACETONA	R$ 2,10
102	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	R$ 15,53
103	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R$ 4,04
104	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	R$ 2,45

Correio do Cidadão | QUARTA-FEIRA
7 de Fevereiro de 2024 - Edição nº 2173

105	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	R$ 4,04
106	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	R$ 2,26
107	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	R$ 17,21
108	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R$ 2,22
109	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R$ 3,86
110	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	R$ 4,04
111	DOSAGEM DE ACUCARES (POR CROMATOGRAFIA)	R$ 2,24
112	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R$ 13,07
113	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R$ 2,21
114	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	R$ 30,25
115	DOSAGEM DE ALDOLASE	R$ 2,10
116	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R$ 13,21
117	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R$ 4,04
118	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R$ 4,53
119	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	R$ 4,04
120	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R$ 11,00
121	DOSAGEM DE ALUMINIO	R$ 11,00
122	DOSAGEM DE AMILASE	R$ 4,04
123	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	R$ 11,00
124	DOSAGEM DE AMONIA	R$ 17,14
125	DOSAGEM DE AMONIA URINARIA	R$ 38,00
126	DOSAGEM DE AMP CICLICO	R$ 12,68
127	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R$ 15,81
128	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R$ 11,00
129	DOSAGEM DE ANTI GLIADINA GLUTEN IGG	R$ 22,65
130	DOSAGEM DE ANTI GLIADINA GLUTEN IGM	R$ 38,91
131	DOSAGEM DE ANTI NEUTRÓFILOS ANCA C	R$ 38,91
132	DOSAGEM DE ANTI NEUTRÓFILOS ANCA P	R$ 38,91
133	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R$ 4,52
134	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTI ILHOTA DE LANGHERANS	R$ 45,13
135	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	R$ 14,44
136	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R$ 19,70
137	DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTÁTICO LIVRE (PSA LIVRE)	R$ 19,70
138	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R$ 5,95
139	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R$ 14,82
140	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	R$ 7,20
141	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R$ 20,40
142	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R$ 3,86
143	DOSAGEM DE CADMIO	R$ 19,28
144	DOSAGEM DE CALCIO	R$ 4,00
145	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R$ 4,00
146	DOSAGEM DE CALCITONINA	R$ 10,84
147	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R$ 34,52
148	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	R$ 9,71
149	DOSAGEM DE CAROTENO	R$ 2,21
150	DOSAGEM DE CAXUMBA IGM	R$ 80,01
151	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R$ 2,10
152	DOSAGEM DE CHLAMYDIA IGG	R$ 52,12
153	DOSAGEM DE CHLAMYDIA IGM	R$ 45,13
154	DOSAGEM DE CHUMBO	R$ 64,47
155	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R$ 3,86
156	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R$ 77,02
157	DOSAGEM DE CITRATO	R$ 8,93
158	DOSAGEM DE CLORETO	R$ 2,21
159	DOSAGEM DE COBRE	R$ 9,86
160	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R$ 3,86
161	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R$ 3,86
162	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R$ 2,90
163	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R$ 4,04
164	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R$ 18,87
165	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R$ 6,31
166	DOSAGEM DE CORTISOL	R$ 12,37
167	DOSAGEM DE CREATININA	R$ 4,04
168	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R$ 2,21
169	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R$ 8,64
170	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R$ 4,04
171	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	R$ 18,87
172	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R$ 12,28
173	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	R$ 3,86
174	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	R$ 4,04
175	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R$ 3,86
176	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R$ 2,47
177	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R$ 17,21
178	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R$ 11,16
179	DOSAGEM DE ERITROPOIETINA	R$ 70,54
180	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	R$ 3,86
181	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R$ 12,70
182	DOSAGEM DE ESTRIOL	R$ 12,23
183	DOSAGEM DE ESTRONA	R$ 15,56
184	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	R$ 38,74
185	DOSAGEM DE FATOR II	R$ 3,00
186	DOSAGEM DE FATOR IX	R$ 1,68
187	DOSAGEM DE FATOR V	R$ 4,52
188	DOSAGEM DE FATOR VII	R$ 3,00
189	DOSAGEM DE FATOR VIII	R$ 27,50
190	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	R$ 4,52
191	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	R$ 3,00
192	DOSAGEM DE FATOR X	R$ 3,00
193	DOSAGEM DE FATOR XI	R$ 3,00
194	DOSAGEM DE FATOR XII	R$ 3,00
195	DOSAGEM DE FATOR XIII	R$ 4,52
196	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICA TARDIO)	R$ 13,31
197	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	R$ 22,99
198	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA	R$ 6,05
199	DOSAGEM DE FENITOINA	R$ 32,25
200	DOSAGEM DE FENOL	R$ 3,86
201	DOSAGEM DE FERRITINA	R$ 18,71
202	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R$ 4,21
203	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R$ 3,00
204	DOSAGEM DE FOLATO	R$ 4,04
205	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	R$ 2,47
206	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA NO ESPERMA	R$ 1,96
207	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	R$ 3,86
208	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R$ 3,50
209	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	R$ 2,21
210	DOSAGEM DE FOSFORO	R$ 2,50
211	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	R$ 2,10
212	DOSAGEM DE FRUTOSE	R$ 2,21
213	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	R$ 1,96
214	DOSAGEM DE GALACTOSE	R$ 2,10
215	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R$ 3,21
216	DOSAGEM DE GASTRINA	R$ 16,68
217	DOSAGEM DE GLICOSE	R$ 2,21
218	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R$ 1,96
219	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R$ 4,53
220	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R$ 8,63
221	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R$ 11,23
222	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R$ 3,86
223	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R$ 3,86
224	DOSAGEM DE HELICOBACTER PYLORI IGA	R$ 197,77
225	DOSAGEM DE HELICOBACTER PYLORI IGG	R$ 45,78
226	DOSAGEM DE HELICOBACTER PYLORI IGM	R$ 52,12
227	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R$ 3,00
228	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA – INSTABILIDADE A 37OC	R$ 3,00
229	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R$ 13,20
230	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R$ 10,44
231	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R$ 3,00
232	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R$ 2,10
233	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R$ 8,67
234	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R$ 9,86
235	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R$ 9,85
236	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R$ 11,18

237	DOSAGEM DE IGF- BP3 PROTEINA LIGADORA DOS FATORES DE CRESCIMENTO	R$ 66,93
238	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R$ 20,40
239	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R$ 20,40
240	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R$ 10,17
241	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	R$ 11,00
242	DOSAGEM DE INSULINA	R$ 21,44
243	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	R$ 16,76
244	DOSAGEM DE LACTATO	R$ 4,04
245	DOSAGEM DE LEISHMANIOSE IGG	R$ 28,31
246	DOSAGEM DE LEISHMANIOSE IGM	R$ 34,32
247	DOSAGEM DE LEPTOSPIROSE IGG	R$ 38,91
248	DOSAGEM DE LEPTOSPIROSE IGM	R$ 52,13
249	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	R$ 4,86
250	DOSAGEM DE LIPASE	R$ 8,21
251	DOSAGEM DE LITIO	R$ 5,24
252	DOSAGEM DE MAGNESIO	R$ 4,04
253	DOSAGEM DE MERCURIO	R$ 4,52
254	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	R$ 11,00
255	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R$ 11,00
256	DOSAGEM DE METOTREXATO	R$ 11,00
257	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R$ 14,04
258	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R$ 7,20
259	DOSAGEM DE OXALATO	R$ 2,24
260	DOSAGEM DE PARACOCCIDIOIDOMICOSE ANTICORPOS TOTAIS IGG	R$ 65,68
261	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R$ 16,88
262	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R$ 31,24
263	DOSAGEM DE PIRUVATO	R$ 16,76
264	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R$ 3,00
265	DOSAGEM DE PORFIRINAS	R$ 7,12
266	DOSAGEM DE POTASSIO	R$ 3,00
267	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R$ 11,16
268	DOSAGEM DE PROLACTINA	R$ 14,50
269	DOSAGEM DE PROTEINA C FUNCIONAL	R$ 75,00
270	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R$ 10,17
271	DOSAGEM DE PROTEINA S FUNCIONAL	R$ 125,00
272	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R$ 3,34
273	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R$ 7,21
274	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R$ 3,00
275	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R$ 3,00
276	DOSAGEM DE QUINIDINA	R$ 2,21
277	DOSAGEM DE RENINA	R$ 16,88
278	DOSAGEM DE SALICILATOS	R$ 3,86
279	DOSAGEM DE SARAMPO IGG	R$ 28,31
280	DOSAGEM DE SARAMPO IGM	R$ 34,32
281	DOSAGEM DE SODIO	R$ 3,00
282	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R$ 54,42
283	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R$ 11,47
284	DOSAGEM DE SULFATOS	R$ 17,21
285	DOSAGEM DE TACROLIMUS	R$ 123,44
286	DOSAGEM DE TEOFILINA	R$ 4,04
287	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R$ 14,42
288	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R$ 16,88
289	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R$ 17,21
290	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R$ 9,63
291	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R$ 12,76
292	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R$ 13,20
293	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R$ 3,00
294	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R$ 3,00
295	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R$ 4,94
296	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R$ 4,21
297	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R$ 13,32
298	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA	R$ 14,52
299	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	R$ 9,90
300	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICA TARDIO)	R$ 11,71
301	DOSAGEM DE UREIA	R$ 6,35
302	DOSAGEM DE VASOPRESSINA	R$ 53,14
303	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R$ 3,13
304	DOSAGEM DE ZINCO	R$ 21,47
305	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	R$ 4,07
306	DOSAGEM FENOBARBITAL	R$ 26,22
307	DOSAGEM FRUTOSAMINAS	R$ 5,63
308	DOSAGEM HOMOCISTEINA	R$ 27,30
309	DOSAGEM LIPOPROTEINA A	R$ 14,50
310	DOSAGEM VITAMINA A	R$ 69,70
311	DOSAGEM VITAMINA E	R$ 69,70
312	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R$ 19,50
313	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R$ 6,34
314	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R$ 10,96
315	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	R$ 7,21
316	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R$ 5,50
317	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R$ 6,36
318	ESPERMOGRAMA	R$ 60,00
319	ESPLENOGRAMA	R$ 2,07
320	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA – BIOPSIA	R$ 47,53
321	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA – PECA CIRURGICA	R$ 26,40
322	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO – BIOPSIA	R$ 26,40
323	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO – PECA CIRURGICA	R$ 26,40
324	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO P/ CONGELAMENTO / PARAFINA (EXCETO COLO UTERINO) – PECA CIRURGICA	R$ 92,00
325	EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	R$ 11,71
326	EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA	R$ 55,00
327	EXAME CITOPATOLOGICO HORMONAL SERIADO (MINIMO 3 COLETAS)	R$ 11,71
328	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	R$ 3,86
329	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	R$ 6,36
330	EXAME DE CITOLOGIA ONCOTICA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)	R$ 17,56
331	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	R$ 12,63
332	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	R$ 4,07
333	EXAME TOXICOLÓGICO	R$ 150,00
334	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH – HR	R$ 11,71
335	GASOMETRIA (ARTERIAL OU VENOSA)	R$ 50,00
336	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)	R$ 3,00
337	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	R$ 358,17
338	HEMATOCRITO	R$ 5,50
339	HEMOCULTURA	R$ 6,19
340	HEMOGRAMA COMPLETO	R$ 6,94
341	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R$ 4,76
342	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	R$ 6,36
343	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	R$ 2,24
344	IGE ESPECÍFICO BETA LACTOGLOBULINA	R$ 20,25
345	IGE ESPECÍFICO PARA ALFA LACTOGLOBULINA	R$ 20,25
346	IGE ESPECÍFICO PARA CASEÍNA	R$ 20,25
347	IGE ESPECÍFICO PARA CLARA	R$ 20,25
348	IGE ESPECÍFICO PARA GEMA	R$ 20,25
349	IGE ESPECÍFICO PARA LEITE (F2)	R$ 20,25
350	IGE ESPECÍFICO PARA OVO	R$ 20,25
351	IGE ESPECÍFICO PARA SOJA	R$ 20,25
352	IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS	R$ 6,31
353	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R$ 11,00
354	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R$ 26,40
355	LEUCOGRAMA	R$ 4,40
356	MIELOGRAMA	R$ 10,67
357	PAINEL DE IMUNO-HISTOQUIMICA- ACIMA DE 5 MARCADORES	R$ 850,00
358	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R$ 3,08
359	PESQ. ANTICORPOS /OU ANTIGENO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	R$ 20,40
360	PESQ. DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R$ 11,00
361	PESQ. DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R$ 18,87
362	PESQ. DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R$ 20,40
363	PESQUISA ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R$ 20,40
364	PESQUISA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R$ 11,00
365	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	R$ 4,07
366	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	R$ 2,24
367	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R$ 18,87
368	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R$ 10,17

369	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R$ 18,87
370	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R$ 18,87
371	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R$ 18,87
372	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R$ 18,87
373	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R$ 18,87
374	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	R$ 18,87
375	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R$ 11,00
376	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	R$ 20,40
377	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R$ 20,40
378	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	R$ 8,55
379	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R$ 2,21
380	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R$ 10,68
381	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	R$ 20,40
382	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	R$ 20,40
383	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R$ 10,67
384	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R$ 3,11
385	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R$ 11,00
386	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R$ 11,00
387	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	R$ 10,17
388	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	R$ 4,51
389	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R$ 20,40
390	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	R$ 18,87
391	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R$ 3,11
392	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R$ 12,10
393	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R$ 10,17
394	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R$ 18,66
395	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	R$ 10,17
396	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	R$ 20,40
397	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	R$ 33,00
398	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R$ 11,00
399	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R$ 18,87
400	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R$ 20,59
401	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R$ 20,59
402	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R$ 20,59
403	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R$ 20,40
404	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R$ 18,87
405	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R$ 18,87
406	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	R$ 18,87
407	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R$ 12,77
408	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	R$ 11,00
409	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R$ 20,40
410	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	R$ 10,17
411	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R$ 22,00
412	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R$ 18,87
413	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R$ 18,87
414	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R$ 18,87
415	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R$ 18,87
416	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	R$ 14,68
417	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS 496EPSTEIN-BARR	R$ 4,51
418	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R$ 20,40
419	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R$ 20,40
420	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R$ 3,11
421	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R$ 11,00
422	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R$ 10,17
423	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R$ 11,00
424	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R$ 21,94
425	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R$ 21,94
426	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R$ 19,80
427	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R$ 20,40
428	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R$ 24,51
429	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R$ 18,11
430	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R$ 18,11
431	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R$ 16,00
432	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R$ 16,00
433	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES P/ METODO DA ELUICAO	R$ 6,36
434	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC	R$ 6,36
435	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	R$ 1,50
436	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R$ 19,94
437	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R$ 22,11
438	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	R$ 10,17
439	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R$ 4,76
440	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	R$ 2,24
441	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	R$ 2,24
442	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R$ 1,96
443	PESQUISA DE CELULAS LE	R$ 3,11
444	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	R$ 1,96
445	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R$ 2,24
446	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	R$ 20,40
447	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	R$ 4,07
448	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	R$ 10,17
449	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R$ 18,87
450	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	R$ 5,28
451	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	R$ 4,07
452	PESQUISA DE EOSINOFILOS	R$ 4,07
453	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	R$ 2,24
454	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APÓS VASECTOMIA)	R$ 2,07
455	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R$ 3,08
456	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R$ 7,81
457	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R$ 3,00
458	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R$ 2,24
459	PESQUISA DE FILARIA	R$ 16,56
460	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R$ 3,69
461	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	R$ 2,24
462	PESQUISA DE GORDURA FECAL	R$ 2,21
463	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R$ 4,76
464	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R$ 3,08
465	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R$ 18,06
466	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	R$ 33,34
467	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R$ 2,24
468	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECÍFICA	R$ 23,34
469	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	R$ 4,07
470	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R$ 8,93
471	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R$ 5,54
472	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R$ 4,04
473	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R$ 2,24
474	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	R$ 2,26
475	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	R$ 2,24
476	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	R$ 3,34
477	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R$ 4,07
478	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	R$ 4,88
479	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R$ 2,24
480	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R$ 10,67
481	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R$ 14,07
482	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R$ 9,24
483	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORA NAS FEZES	R$ 6,24
484	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R$ 2,24
485	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R$ 2,07
486	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R$ 14,90
487	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	R$ 9,24
488	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	R$ 4,07
489	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R$ 18,81
490	PESQUISA DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	R$ 2,24
491	PRÓ BPN – N TERMINAL	R$ 85,58
492	PROVA DA D-XILOSE	R$ 4,52
493	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R$ 18,87
494	PROVA DE DILUICAO (URINA)	R$ 13,79
495	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	R$ 2,07
496	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R$ 3,87
497	PROVA DO LACO	R$ 3,11
498	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	R$ 2,07
499	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R$ 2,07
500	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	R$ 1,81

501	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	R$ 1,81
502	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	R$ 81,81
503	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	R$ 298,81
504	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R$ 18,87
505	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R$ 7,81
506	REACAO DE MONTENEGRO ID	R$ 9,81
507	REACAO DE PANDY	R$ 2,07
508	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R$ 2,07
509	ROTINA DE LIQUOR (CEFALORRAQUEANO)	R$ 168,00
510	SWAB ANAL PARA PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS EM GESTANTES VAGINAL/ANAL	R$ 40,00
511	T3 LIVRE (TRIIODOTIRONINA LIVRE)	R$ 13,20
512	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	R$ 10,17
513	TESTE DE CLEMENTS	R$ 5,15
514	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APÓS TRH	R$ 13,32
515	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APÓS CLORPROMAZINA	R$ 13,32
516	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APÓS GONADORRELINA	R$ 13,32
517	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APÓS GLUCAGON	R$ 13,32
518	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA – SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	R$ 5,15
519	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	R$ 18,87
520	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	R$ 35,72
521	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APÓS DEXAMETASONA	R$ 13,32
522	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APÓS GLICOSE	R$ 9,27

523	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	R$ 8,80
524	TESTE DE URÉASE	R$ 10,00
525	TESTE DE VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS	R$ 5,81
526	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R$ 10,17
527	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R$ 7,81
528	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R$ 7,81
529	TESTE GENÉTICO PARA INTOLERÂNCIA A LACTOSE	R$ 70,00
530	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R$ 6,36
531	TESTE ORAL PARA INTOLERÂNCIA A LACTOSE	R$ 21,60
532	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	R$ 16,36
533	TESTE RÁPIDO PARA DENGUE – NSI	R$ 50,00
534	TESTES ALERGICOS DE CONTATO	R$ 11,27
535	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	R$ 3,81
536	TESTES RAPIDOS P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R$ 7,81
537	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	R$ 7,30
538	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	R$ 4,81

CIS-IVAIPORÃ

RESOLUÇÃO Nº 05/2024

SÚMULA: "Atualiza os itens da tabela de 'Serviços do SUS' 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, edita a seguinte:

RESOLUÇÃO:

Art. 1º. Atualiza e torna pública a tabela de 'Serviços do SUS' em relação aos itens e seus respectivos valores de todos os procedimentos e exames laboratoriais praticados pela entidade conforme Anexo I desta Resolução, de acordo Contrato nº 0306.1194/2018 celebrado com este Consórcio e a SESA.

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 05 de fevereiro de 2024.

RENAN MENCK ROMANICHEN
PRESIDENTE DO CIS

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

ANEXO I

Nº	PROCEDIMENTO - FPO (SUS)	CÓDIGO SUS	VALOR
PROCEDIMENTO CIRÚRGICOS (MÉDIA)			
1	CURATIVO GRAU II COM OU SEM DEBRIDAMENTO	04.01.01.001-5	R$ 32,40
PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA (ALTA)			
RESSONÂNCIAS			
2	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	02.07.01.002-1	R$ 268,75
3	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	02.07.01.003-0	R$ 268,75
4	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	02.07.01.004-8	R$ 268,75
5	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	02.07.01.005-6	R$ 268,75
6	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	02.07.01.006-4	R$ 268,75
7	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	02.07.01.007-2	R$ 268,75
8	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE	02.07.02.001-9	R$ 361,25
9	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	02.07.02.002-7	R$ 268,75
10	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	02.07.02.003-5	R$ 268,75
11	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	02.07.03.001-4	R$ 268,75
12	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	02.07.03.002-2	R$ 268,75
13	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	02.07.03.003-0	R$ 268,75
TOMOGRAFIAS			
14	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	02 06 01 001-0	R$ 86,76
15	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO SACRA	02 06 01 002-6	R$ 101,10
16	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/OU S/ CONTRASTE	02 06 01 003-9	R$ 86,76
17	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	02.06.01.007-9	R$ 97,44
18	TOMOGRAFIA COMP. DE ARTICULAÇÃO DE MEMBRO SUPERIOR	02 06 02 001-5	R$ 86,75
19	TOMOGRAFIA COMP. DE ARTICULAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR	02 06 03 002-9	R$ 86,75
20	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE/ BACIA / ABDÔMEN INFERIOR	02 06 03 003-7	R$ 138,63
PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA (LAB - MÉDIA)			
EXAMES LABORATÓRIAIS			
21	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	02.02.01.002-3	R$ 2,01
22	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	02.02.01.007-4	R$ 10,00
23	DOSAGEM DE ACIDO URICO	02.02.01.012-0	R$ 1,85
24	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	02.02.01.013-9	R$ 9,00
25	DOSAGEM DE ALDOLASE	02.02.01.014-7	R$ 3,68
26	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	02.02.01.015-5	R$ 3,68
27	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	02.02.01.016-3	R$ 3,68
28	DOSAGEM DE AMILASE	02.02.01.018-0	R$ 2,25
29	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	02.02.01.020-1	R$ 2,01
30	DOSAGEM DE CALCIO	02.02.01.021-0	R$ 1,85
31	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	02.02.01.022-8	R$ 3,51
32	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	02.02.01.027-9	R$ 3,51
33	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	02.02.01.028-7	R$ 3,51
34	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	02.02.01.029-5	R$ 1,85
35	DOSAGEM DE COLINESTERASE	02.02.01.030-9	R$ 3,68
36	DOSAGEM DE CREATININA	02.02.01.031-7	R$ 1,85
37	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	02.02.01.032-5	R$ 3,68
38	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	02.02.01.033-3	R$ 4,12
39	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	02.02.01.036-8	R$ 3,68
40	DOSAGEM DE FERRITINA	02.02.01.038-4	R$ 15,59
41	DOSAGEM DE FERRO SERICO	02.02.01.039-2	R$ 3,51
42	DOSAGEM DE FOLATO	02.02.01.040-6	R$ 15,65
43	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	02.02.01.042-2	R$ 2,01
44	DOSAGEM DE FOSFORO	02.02.01.043-0	R$ 1,85
45	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	02.02.01.046-5	R$ 3,51
46	DOSAGEM DE GLICOSE	02.02.01.047-3	R$ 1,85
47	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	02.02.01.048-1	R$ 3,68
48	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	02.02.01.050-3	R$ 7,86
49	DOSAGEM DE LACTATO	02.02.01.053-8	R$ 3,68
50	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	02.02.01.057-0	R$ 2,01
51	DOSAGEM DE POTASSIO	02.02.01.060-0	R$ 1,85
52	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	02.02.01.061-9	R$ 1,40
53	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	02.02.01.062-7	R$ 1,85
54	DOSAGEM DE SODIO	02.02.01.063-5	R$ 1,85
55	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	02.02.01.064-3	R$ 2,01
56	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	02.02.01.065-1	R$ 2,01
57	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	02.02.01.066-0	R$ 4,12
58	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	02.02.01.067-8	R$ 3,51
59	DOSAGEM DE UREIA	02.02.01.069-4	R$ 1,85
60	DOSAGEM DE VITAMINA B12	02.02.01.070-8	R$ 15,24
61	ELETROFORESE DE PROTEINAS	02.02.01.072-4	R$ 4,42
62	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)	02.02.01.073-2	R$ 15,65
63	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	02.02.01.076-7	R$ 15,24
64	CONTAGEM DE PLAQUETAS	02.02.02.002-9	R$ 2,73
65	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	02.02.02.003-7	R$ 2,73
66	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	02.02.02.007-0	R$ 2,73
67	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	02.02.02.009-6	R$ 2,73
68	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	02.02.02.013-4	R$ 5,77
69	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	02.02.02.014-2	R$ 2,73
70	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)	02.02.02.015-0	R$ 2,73
71	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	02.02.02.017-7	R$ 6,48
72	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	02.02.02.030-4	R$ 1,53
73	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	02.02.02.030-4	R$ 1,53
74	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	02.02.02.036-3	R$ 2,73
75	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	R$ 4,11
76	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	02.02.02.049-5	R$ 2,73
77	PROVA DO LACO	02.02.02.050-9	R$ 2,73
78	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	02.02.02.054-1	R$ 2,73
79	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	02.02.03.006-7	R$ 6,25
80	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	02.02.03.007-5	R$ 2,83
81	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	R$ 9,25
82	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	02.02.03.009-1	R$ 15,06
83	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	02.02.03.010-5	R$ 16,42
84	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	02.02.03.011-3	R$ 13,55
85	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	02.02.03.012-1	R$ 17,16
86	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	02.02.03.013-0	R$ 17,16
87	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	02.02.03.014-8	R$ 2,83
88	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	02.02.03.015-6	R$ 17,16
89	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	02.02.03.016-4	R$ 9,25
90	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	02.02.03.018-0	R$ 17,16
91	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	02.02.03.025-3	R$ 10,00
92	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	02.02.03.026-1	R$ 10,00
93	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	02.02.03.027-0	R$ 8,67
94	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	02.02.03.030-0	R$ 10,00
95	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	02.02.03.031-8	R$ 18,55
96	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	02.02.03.032-6	R$ 17,16
97	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	02.02.03.034-2	R$ 17,16
98	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	02.02.03.035-0	R$ 18,55
99	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	02.02.03.036-9	R$ 18,55
100	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	02.02.03.038-5	R$ 10,00
101	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	02.02.03.041-5	R$ 5,83
102	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	02.02.03.045-8	R$ 10,00
103	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	02.02.03.047-4	R$ 2,83
104	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	02.02.03.051-2	R$ 10,00
105	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	02.02.03.055-5	R$ 17,16
106	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	02.02.03.059-8	R$ 17,16
107	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	02.02.03.063-6	R$ 18,55
108	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	02.02.03.064-4	R$ 18,55
109	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	02.02.03.067-9	R$ 18,55
110	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	02.02.03.074-1	R$ 11,00
111	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	02.02.03.075-0	R$ 9,25
112	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	02.02.03.076-8	R$ 16,97
113	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	02.02.03.078-4	R$ 18,55
114	PESQUISA ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	02.02.03.079-2	R$ 30,00
115	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	02.02.03.080-6	R$ 18,55
116	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	02.02.03.081-4	R$ 17,16
117	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	02.02.03.082-2	R$ 17,16
118	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	02.02.03.083-0	R$ 17,16
119	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	02.02.03.084-9	R$ 17,16
120	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	02.02.03.085-7	R$ 11,61
121	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	02.02.03.086-5	R$ 10,00
122	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	02.02.03.087-3	R$ 18,55
123	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	02.02.03.089-0	R$ 18,55
124	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	02.02.03.090-3	R$ 20,00
125	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	02.02.03.091-1	R$ 18,55
126	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	02.02.03.092-0	R$ 17,16
127	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	02.02.03.093-8	R$ 17,16
128	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	02.02.03.094-6	R$ 17,16
129	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	02.02.03.095-4	R$ 17,16
130	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	02.02.03.096-2	R$ 13,35
131	PESQUISA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	02.02.03.097-0	R$ 18,55
132	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	02.02.03.098-9	R$ 18,55
133	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	02.02.03.100-4	R$ 2,83
134	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	02.02.03.101-2	R$ 4,10
135	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECÍFICA	02.02.03.103-9	R$ 9,25
136	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	02.02.03.104-7	R$ 10,00
137	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	02.02.03.112-8	R$ 10,00
138	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	02.02.03.113-6	R$ 10,00
139	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	02.02.04.005-4	R$ 1,65
140	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	02.02.04.009-7	R$ 1,65
141	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	02.02.04.010-0	R$ 1,65
142	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	02.02.04.012-7	R$ 1,65
143	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	02.02.04.013-5	R$ 10,25
144	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	02.02.04.014-3	R$ 1,65
145	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS/SEDIMENTO/ URINA	02.02.05.001-7	R$ 3,70
146	CLEARANCE DE CREATININA	02.02.05.002-5	R$ 3,51
147	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	02.02.05.009-2	R$ 8,12
148	DOSAGEM DE OXALATO	02.02.05.010-6	R$ 3,68
149	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	02.02.06.004-7	R$ 10,20
150	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	02.02.06.007-1	R$ 6,72
151	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	02.02.06.008-0	R$ 14,12
152	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	02.02.06.011-0	R$ 11,53
153	DOSAGEM DE CORTISOL	02.02.06.013-6	R$ 9,86
154	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	02.02.06.014-4	R$ 11,25
155	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	02.02.06.015-2	R$ 11,71
156	DOSAGEM DE ESTRADIOL	02.02.06.016-0	R$ 10,15
157	DOSAGEM DE ESTRIOL	02.02.06.017-9	R$ 11,55
158	DOSAGEM DE ESTRONA	02.02.06.018-7	R$ 11,12
159	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	02.02.06.021-7	R$ 7,85
160	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	02.02.06.022-5	R$ 10,21
161	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	02.02.06.023-3	R$ 7,89
162	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	02.02.06.024-1	R$ 8,97
163	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	02.02.06.025-0	R$ 8,96
164	DOSAGEM DE INSULINA	02.02.06.026-8	R$ 10,17
165	DOSAGEM DE PARATORMONIO	02.02.06.027-6	R$ 43,13
166	DOSAGEM DE PROLACTINA	02.02.06.030-6	R$ 10,15
167	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	02.02.06.032-2	R$ 15,35
168	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	02.02.06.033-0	R$ 13,11
169	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	02.02.06.034-9	R$ 10,43
170	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	02.02.06.035-7	R$ 13,11
171	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	02.02.06.036-5	R$ 15,35
172	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	02.02.06.037-3	R$ 8,76
173	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	02.02.06.038-1	R$ 11,60
174	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	02.02.06.039-0	R$ 8,71
175	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	02.02.06.047-0	R$ 12,15
176	ANTIBIOGRAMA	02.02.08.001-3	R$ 4,98
177	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	02.02.08.005-6	R$ 4,20
178	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	02.02.08.006-4	R$ 4,20
179	BACTEROSCOPIA (GRAM)	02.02.08.007-2	R$ 2,80
180	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	02.02.08.008-0	R$ 5,62
181	CULTURA PARA BAAR	02.02.08.011-0	R$ 5,63
182	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	02.02.08.013-7	R$ 4,19
183	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	02.02.08.014-5	R$ 2,80
184	HEMOCULTURA	02.02.08.015-3	R$ 11,49
185	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	02.02.08.021-8	R$ 4,33
186	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	02.02.12.002-3	R$ 1,37
187	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	02.02.12.008-2	R$ 1,37
188	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	02.02.12.009-0	R$ 2,73
189	DOSAGEM DE TROPONINA	02.02.03.120-9	R$ 9,00
190	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	02.02.03.111-0	R$ 2,83

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

RATIFICAÇÃO

DISPENSA DE LICITAÇÃO 001/2024
PROCESSO ADMINISTRATIVO 16/2024

OBJETO: "CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA NA REALIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE ELABORAÇÃO, ORGANIZAÇÃO, PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO DE PROCESSO DE CONCURSO PÚBLICO PARA O PROVIMENTO DE CARGOS EFETIVOS DO CIS5ªRS"

A Diretora Executiva do Consórcio Intermunicipal de Saúde da 5ª Região de Saúde do Paraná, conforme Resolução 001/2022 de 24 de janeiro de 2022 e com base no Artigo ART. 75, Inciso XV da Lei Federal Nº 14133/2021, e alterações posteriores, bem como Parecer Jurídico da Assessoria Jurídica do consórcio Nº 022/2024, RATIFICA a DISPENSA de Licitação, para contratação da empresa:

ADJUTICATÁRIA	CNPJ	Quantidade	VALOR
FUNDAÇÃO DE APOIO AO CAMPUS DE PARANAVAÍ - FACULDADE ESTADUAL DE EDUCAÇÃO CIÊNCIAS E LETRAS DE PARANAVAÍ - FAFIPA	05.566.804/0001-76	1	R$ 28.900,00
		100 (Excedentes)	R$ 4.000,00
		Valor Total	**R$ 32.900,00**

PUBLIQUE-SE,

Guarapuava, 06 de fevereiro de 2024

MARIA JOSÉ MANDU RIBEIRO RIBAS
Diretora Executiva
CIS5ªRS

Rua Brigadeiro Rocha, 901 - Trianon - Guarapuava I PR
e-mail: consorciocis5rs@gmail.com

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

EXTRATO DE CONTRATO 021/2024
INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO 015/2024

OBJETO: "CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURIDICAS DA ÁREA DA SAÚDE PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE TELEMEDICINA NAS MODALIDADES DE TELECONSULTA, TELEINTERCONSULTA e TELECONSULTORIA PARA ATENDIMENTO A DEMANDA ACOMETIDA DOS MUNICIPIOS CONSORCIADOS AO CIS5ªRS"
CONTRATANTE: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA 5ª REGIÃO DE SAÚDE DO PARANÁ– CIS5ªRS.
CNPJ – 36.330.988/0001-02
CONTRATADA: DIGITALMEDICINA SERVIÇOS MÉDICOS LTDA
CNPJ – 37.655.562/0001-83
VALOR TOTAL: R$ 1.612.800,00 (um milhão e seiscentos e doze mil e oitocentos reais)
VIGÊNCIA: 12 meses
FORO: Comarca de Guarapuava, Estado do Paraná.
DATA DA ASSINATURA: 06/02/2024.

KLEYSSON DOUGLAS DE FARIA
Chefe de Divisão de Compra e Licitações
CIS5ªRS

Rua Brigadeiro Rocha, 901 - Trianon - Guarapuava I PR
e-mail: consorciocis5rs@gmail.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 06/2024

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: OCALIL VIEIRA

Data Inicial: 06/02/2024	Data Final: 07/02/2024	Matricula: 521

Número de Diárias:	Valor unitário:	Total:
01 (uma) Diária com pernoite.	R$ 600,00	R$ 600,00

VALOR TOTAL: R$ 600,00

Cidade Destino:	Curitiba – PR/ - Veículo da Frota Municipal

Descrição / Finalidade:
Participar de reunião na Secretaria Estadual do Desenvolvimento Social e Família.

Nova Tebas, 06 de fevereiro de 2024.

ODAIR MEDEIROS DE OLIVEIRA
PRESIDENTE

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

I RETIFICAÇÃO AVISO DE PRORROGAÇÃO
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 03/2024
SISTEMA DE REGISTRO DE PREÇOS
COM BENEFÍCIOS PARA MICRO E PEQUENAS EMPRESAS

O Município de Guarapuava, através do Departamento de Licitações e Contratos, devidamente autorizado, torna público que fará realizar a Licitação abaixo:
PROCESSO Nº 275/2023.
OBJETO: Registro de preço para eventual aquisição de reagentes e materiais para realização de exames complementares.
Onde se lê:
VALOR MÁXIMO: R$ 510.236,01 (quinhentos e dez mil, duzentos e trinta e seis reais e um centavo).
Leia-se:
VALOR MÁXIMO: R$ 524.576,01 (quinhentos e vinte e quatro mil, quinhentos e setenta e seis reais e um centavo).
TIPO DE LICITAÇÃO: Menor Preço – Por Item.
SUPORTE LEGAL: Lei Federal nº 14.133, de 2021, Decretos Municipais nºs: 6.320/2017, 7545/2019, 9.463/2022, 9.781/2022, 10.140/2023, 10.475/2023.
SISTEMA EMPREGADO: BLL (Bolsa de Licitações e Leilões) <https://bllcompras.com/>.
CREDENCIAMENTO E CADASTRAMENTO DE PROPOSTAS: Ocorrerá até às 09h00min do dia 26/02/2024 (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(A): ROSIMERE DE PARIS DIAS.
INFORMAÇÕES: O Edital e seus anexos, bem como a íntegra do processo poderão ser obtidos: – Pelo Portal da Transparência: <https://guarapuava.atende.net/?pg=transparencia#!/grupo/1/item/1/tipo/1>; ou – No Departamento de Licitações e Contratos, sito à Rua Brigadeiro Rocha, 2.777 – 1° andar – CEP: 85.010-990. Telefones (42) 3142-1047 – 3142-1048, de segunda a sexta-feira, das 08h00 às 17h00.

Guarapuava, 06 de fevereiro de 2024.
PUBLIQUE-SE.
SILVIA LETICIA GOMES GECHELE
Diretora Interina de Licitações e Contratos

Prefeitura Municipal de Nova Tebas
CUIDANDO DA NOSSA GENTE

EXTRATO DE CONTRATO ADMINISTRATIVO Nº 012/2024
PREGÃO NA FORMA ELETRÔNICO Nº 001/2024
PROCEDIMENTO LICITATÓRIO Nº 002/2024

CONTRATANTE: **PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA TEBAS – PR**

CNPJ - **80.620.172/0001-05**

CONTRATADA: **CENTRO DE INTEGRACAO DE ESTUDANTES - ESTAGIOS CIN**

CNPJ – **03.233.240/0001-24**

OBJETO: **CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE AGENTE DE INTEGRAÇÃO DE ESTÁGIOS COM VISTAS A ADMINISTRAÇÃO DO PROGRAMA DE CONCESSÃO DE VAGAS DE BOLSA DE ESTÁGIO REMUNERADAS A ESTUDANTES REGULARMENTE MATRICULADOS E COM FREQUÊNCIA EFETIVA NOS CURSOS VINCULADOS À ESTRUTURA MÉDIO, TÉCNICO E SUPERIOR (GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO, PÚBLICO E PARTICULAR, OFICIAIS E RECONHECIDAS PELO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO - MEC.**

DATA DO CONTRATO: 06 de fevereiro de 2024

VIGÊNCIA: O prazo de vigência da contratação é de 12 (DOZE) MESES contados da assinatura do contrato, na forma do artigo 105 da Lei n° 14.133, de 2021.

PAGAMENTO: O pagamento será realizado até o dia 10 de cada mês subsequente a prestação dos serviços mediante apresentação de documento fiscal emitido pela empresa e atestado a realização do serviço pelos responsáveis de cada secretaria.

VALOR TOTAL: R$ 889.857,00 (oitocentos e oitenta e nove mil e oitocentos e cinquenta e sete reais). sendo que R$ 881.088,00 (oitocentos e oitenta e um mil e oitenta e oito reais) representam o valor de repasse das bolsas e R$ 8.769,00 (oito mil, setecentos e sessenta e nove reais) representam os valores de taxas administrativas.

FORO: Comarca de Manoel Ribas–PR.

CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS:06028232939 Assinado de forma digital por CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS:06028232939 Dados: 2024.02.06 16:40:26 -03'00'

CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS
PREFEITO MUNICIPAL DE NOVA TEBAS – PR

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

CHAMAMENTO PÚBLICO

Edital de Credenciamento nº 001/2024

Procedimento Licitatório nº 011/2024.

O Município de Nova Tebas, Estado do Paraná comunica que realiza chamamento público de edital de credenciamento conforme as seguintes especificações:

OBJETO: CREDENCIAMENTO DE EMPRESA COM PROFISSIONAL CIRURGIÃO DENTISTA ESPECIALIZADO EM ENDODONTIA, PERIODONTIA E CIRURGIAS DE ORAL MENOR E SIMPLES PARA PRESTAR ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA EM ATENDIMENTO AO SESB - SERVIÇO DE ESPECIALIDADES EM SAÚDE BUCAL NA UNIDADE BÁSICA MARIO MOLETA EM REGIME DE 30 HORAS SEMANAIS E EM SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS PARA ATENDIMENTO AO PROGRAMA BRASIL SORRIDENTE NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE NOVA TEBAS, EM REGIME DE 40H SEMANAIS, DEVENDO CUMPRIR COM TODAS AS DEMANDAS E OBRIGAÇÕES DESSAS ATIVIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA E PRIMÁRIA DA INCIDÊNCIA BUCAL.

PERIODO DE INSCRIÇÃO E APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS: a partir de 06 de fevereiro de 2024 das 08h00 min (oito horas) até o dia 06 de fevereiro de 2025 até as 17h00min (dezessete horas).

INFORMAÇÕES: Avenida Belo Horizonte, 695 Centro – Secretaria Municipal de Licitações e Contratos – CEP 85.250-000, Nova Tebas – Paraná. Fone: (42) 3643-1109 no horário de expediente. Edital e anexos encontram-se disponíveis na Prefeitura Municipal de Nova Tebas – PR e no site do Município www.novatebas.pr.gov.br.

Nova Tebas-PR, 06 de fevereiro de 2024.

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

---

Prefeitura Municipal de Nova Tebas
CUIDANDO DA NOSSA GENTE

EXTRATO DE ATA DE REGISTRO DE PREÇO Nº 013/2024
PREGÃO NA FORMA ELETRÔNICO Nº 014/2023
PROCEDIMENTO LICITATÓRIO Nº 041/2023

CONTRATANTE: **PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA TEBAS – PR**
CNPJ - **80.620.172/0001-05**

CONTRATADA: **ALTERMED MATERIAL MEDICO HOSPITALAR LTDA**

CNPJ – **00.802.002/0001-02**

OBJETO: **REGISTRO DE PREÇOS VISANDO A FUTURA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA ATENDER AS DEMANDA VINDAS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, HOSPITAL MUNICIPAL DR. ANTÔNIO PIETROBON, LAR DOS IDOSOS ENTRE OUTROS, POR UM PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES.**

DATA DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS: 31 de janeiro de 2024.

VIGÊNCIA: A presente Ata de Registro de Preços terá validade até 06 (seis) de junho 2024.

PAGAMENTO: O pagamento será efetuado mediante depósito em conta corrente da **CONTRATADA**, por meio de ordem bancária, em até 30 dias, após a declaração formal **(recebimento definitivo)** da aceitação do item adjudicado por parte da **CONTRATANTE** e mediante a apresentação da fatura/nota fiscal respectiva pela **CONTRATADA,** devidamente discriminada, com a informação dos dados bancários.

VALOR TOTAL: R$ 6.499,92 (seis mil, quatrocentos e noventa e nove reais e noventa e dois centavos).

FORO: Comarca de Manoel Ribas–PR.

CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS:06028232939 Assinado de forma digital por CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS:06028232939 Dados: 2024.02.05 08:29:34 -03'00'

CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS
PREFEITO MUNICIPAL DE NOVA TEBAS – PR

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
CUIDANDO DA NOSSA GENTE

EXTRATO DE ATA DE REGISTRO DE PREÇO Nº 015/2024
PREGÃO NA FORMA ELETRÔNICO Nº 014/2023
PROCEDIMENTO LICITATÓRIO Nº 041/2023

CONTRATANTE: **PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA TEBAS – PR**
CNPJ - **80.620.172/0001-05**

CONTRATADA: **ECO FARMAS COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS LTDA**

CNPJ – **85.477.586/0001-32**

OBJETO: **REGISTRO DE PREÇOS VISANDO A FUTURA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA ATENDER AS DEMANDA VINDAS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, HOSPITAL MUNICIPAL DR. ANTÔNIO PIETROBON, LAR DOS IDOSOS ENTRE OUTROS, POR UM PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES.**

DATA DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS: 31 de janeiro de 2024.

VIGÊNCIA: A presente Ata de Registro de Preços terá validade até 06 (seis) de junho de 2024.

PAGAMENTO: O pagamento será efetuado mediante depósito em conta corrente da **CONTRATADA**, por meio de ordem bancária, em até 30 dias, após a declaração formal **(recebimento definitivo)** da aceitação do item adjudicado por parte da **CONTRATANTE** e mediante a apresentação da fatura/nota fiscal respectiva pela **CONTRATADA,** devidamente discriminada, com a informação dos dados bancários.

VALOR TOTAL: R$ 696,00 (seiscentos e noventa e seis reais).

FORO: Comarca de Manoel Ribas–PR.

CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS:06028232939 Assinado de forma digital por CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS:06028232939 Dados: 2024.02.06 09:42:26 -03'00'

CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS
PREFEITO MUNICIPAL DE NOVA TEBAS – PR

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
CUIDANDO DA NOSSA GENTE

EXTRATO DE ATA DE REGISTRO DE PREÇO Nº 015/2024
PREGÃO NA FORMA ELETRÔNICO Nº 014/2023
PROCEDIMENTO LICITATÓRIO Nº 041/2023

CONTRATANTE: **PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA TEBAS – PR**
CNPJ - **80.620.172/0001-05**

CONTRATADA: **ECO FARMAS COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS LTDA**

CNPJ – **85.477.586/0001-32**

OBJETO: **REGISTRO DE PREÇOS VISANDO A FUTURA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA ATENDER AS DEMANDA VINDAS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, HOSPITAL MUNICIPAL DR. ANTÔNIO PIETROBON, LAR DOS IDOSOS ENTRE OUTROS, POR UM PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES.**

DATA DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS: 31 de janeiro de 2024.

VIGÊNCIA: A presente Ata de Registro de Preços terá validade até 06 (seis) de junho de 2024.

PAGAMENTO: O pagamento será efetuado mediante depósito em conta corrente da **CONTRATADA**, por meio de ordem bancária, em até 30 dias, após a declaração formal **(recebimento definitivo)** da aceitação do item adjudicado por parte da **CONTRATANTE** e mediante a apresentação da fatura/nota fiscal respectiva pela **CONTRATADA,** devidamente discriminada, com a informação dos dados bancários.

VALOR TOTAL: R$ 696,00 (seiscentos e noventa e seis reais).

FORO: Comarca de Manoel Ribas–PR.

CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS:06028232939 Assinado de forma digital por CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS:06028232939 Dados: 2024.02.06 09:42:26 -03'00'

CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS
PREFEITO MUNICIPAL DE NOVA TEBAS – PR

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

---

CÂMARA MUNICIPAL DE NOVA TEBAS
ESTADO DO PARANÁ
CGC/MF Nº 80.620.180/0001-43
Av. Belo Horizonte, 695 - Nova Tebas/PR CEP: 85.250-000 Fone (042) 3643-1225

PORTARIA Nº 06, DE 05 DE FEVEREIRO DE 2024.

ESTABELECE PONTO FACULTATIVO NO ÂMBITO DA CÂMARA DE VEREADORES DO MUNICÍPIO DE NOVA TEBAS-PR., NA FORMA A SEGUIR INDICADA.

O PRESIDENTE DA CÂMARA DE VEREADORES DO MUNICIPIO DE NOVA TEBAS, Estado do Paraná, no uso de suas atribuições legais conferidas pelo Regimento Interno e Lei Orgânica Municipal e,

***CONSIDERANDO** que no dia 13 de fevereiro de 2024(terça feira) é feriado nacional "**CARNAVAL**".*

RESOLVE:

***Art. 1º –** Estabelece Ponto Facultativo nos dias 12 de fevereiro de 2023 (segunda feira) e 14 de fevereiro de 2024 (quarta-feira), no âmbito da Câmara de Vereadores do Município de Nova Tebas-Paraná.*

***Art. 2º –** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.*

Gabinete da Presidência da Câmara de Vereadores do Município de Nova Tebas, Estado do Paraná, aos 05 dias do mês de fevereiro de 2024.

ODAIR MEDEIROS DE OLIVERIA
PRESIDENTE