

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 003/2017  
139ª ALTERAÇÃO**

**1.1. O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE**, através da Comissão Permanente de Licitação, de conformidade com a Resolução n.º 106 de 07 de julho de 2017 de aprovação da Tabela de Valores de Procedimento Médicos Ambulatoriais e Hospitalares, Serviços de Apoio a Diagnose e Terapia – SADT e Fornecimento de Ortese/Protese, Lei Federal nº 8.666/93, suas alterações, Lei nº 8.080/90, Lei Estadual nº 15.608/07, Portaria nº 1.286/93 e Portaria nº 1.034/10 do Ministério da Saúde e demais legislações aplicáveis, torna pública a realização de **CREDENCIAMENTO DE FORNECEDORES E PRESTADORES DE SERVIÇOS DA ÁREA DE SAÚDE**, nos termos e condições estabelecidas no presente Edital.

**2. OBJETO**

**2.1.** O presente processo tem por objeto CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DE SAÚDE PARA FORNECIMENTO DE ÓRTESE/PRÓTESE E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS AMBULATORIAIS E SERVIÇOS DE APOIO À DIAGNOSE E TERAPIA (SADT), conforme tabela abaixo:

| <b>GRUPO A</b>  |   |                       |
|---|---|-----------------------|
| <b>CÓDIGO</b>   | <b>NOME</b>   | <b>VALOR UNITÁRIO</b> |
| <b>CONSULTAS E DEMAIS ATENDIMENTOS ESPECIALIZADOS</b> |   |                       |
| 03.01.01.007-2  | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA  | 73,00                 |
|   | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - MÉDICO COM ESPECIALIZAÇÃO EM OFTALMOLOGIA  |                       |
|   | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - MÉDICO COM ESPECIALIZAÇÃO EM PSIQUIATRIA   |                       |
|   | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - MÉDICO COM ESPECIALIZAÇÃO EM DERMATOLOGIA  |                       |
|   | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - MÉDICO COM ESPECIALIZAÇÃO EM CARDIOLOGIA   |                       |
|   | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - MÉDICO COM ESPECIALIZAÇÃO EM CIRURGIA BÁSICA   |                       |
|   | CONSULTA ESPECIALIZADA EM DOENÇAS HEPÁTICAS   |                       |
| 03.01.08.016-0  | ATENDIMENTO EM PSICOTERAPIA DE GRUPO  | 20,00                 |
| 03.01.08.017-8  | ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA  | 20,00                 |
| 90.01.01.465-0  | AVALIAÇÃO DIRECIONADA AOS ASPECTOS LEGAIS, COM INFORMAÇÕES SOBRE AS CONDIÇÕES OCUPACIONAIS OU INCAPACIDADES MENTAIS - NEUROPSICOLOGIA | 155,00                |
| 90.01.01.463-0  | AVALIAÇÃO DOS PROCESSOS DA APRENDIZAGEM E TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO - NEUROPSICOLOGIA                                       | 150,00                |
| 03.01.05.015-5  | ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM TERAPIA NUTRICIONAL   | 20,00                 |
| 03.01.01.030-7  | CONSULTA MEDICA ATENÇÃO ESPECIALIZADA ATRAVÉS DE TELEMEDICINA   | 73,00                 |

|                                 |  |            |
|---------------------------------|--|------------|
| 90.01.01.423-0                  | EQUOTERAPIA  | 90,00      |
| 03.09.05.002-2                  | SESSÃO DE ACUPUNTURA COM INSERÇÃO DE AGULHAS   | 20,00      |
| 90.01.01.372-0                  | SESSAO DE HIDROTERAPIA   | 120,00     |
| 90.01.01.030-0                  | SESSÃO DE PSICOPEDAGOGIA   | 108,00     |
| 90.01.01.474-0                  | SESSÃO DE TERAPIA EM ABA (ANÁLISE DO COMPORTAMENTO) PARA CASOS DE TEA  | 130,00     |
| 90.01.01.424-0                  | TERAPIA CRANIOSSACRAL  | 160,00     |
| 03.01.04.003-6                  | TERAPIA EM GRUPO   | 20,00      |
| 03.01.07.011-3                  | TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL   | 110,00     |
| 90.01.01.425-0                  | TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL - ESPECIALIZADA EM LINGUAGEM  | 150,00     |
| 90.01.01.218-0                  | TERAPIA FORMAL EM CABINE ACUSTICA PARA DESORDEM DO PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL (SESSAO)   | 117,00     |
| 90.01.01.475-0                  | PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL   | 192,34     |
| 90.01.01.420-0                  | TERAPIA OCUPACIONAL - COM DESLOCAMENTO   | 160,00     |
| 90.01.01.419-0                  | TERAPIA OCUPACIONAL - SEM DESLOCAMENTO   | 145,00     |
| 90.01.01.422-0                  | TRATAMENTO DE REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA PELO MÉTODO BOBATH  | 162,50     |
| 90.01.01.421-0                  | TRATAMENTO DE REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA PELO MÉTODO CUEVAS MEDECK EXERCISE NÍVEL I E/OU, II E/OU III - CME  | 200,00     |
| <b>PROCEDIMENTOS E DIAGNOSE</b> |  |            |
| 90.01.01.447-0                  | (02.02.03.114-4) TESTE DE CONTATO COM BATERIA ANTI INFLAMATORIOS (10 SUBST.)   | R\$ 200,00 |
| 90.01.01.446-0                  | (02.02.03.114-4) TESTE DE CONTATO COM BATERIA CORTICÓIDES (10 SUBST.)  | R\$ 200,00 |
| 90.01.01.449-0                  | (02.02.03.114-4) TESTE DE CONTATO COM BATERIA DENTAL (30 SUBST.)   | R\$ 600,00 |
| 90.01.01.444-0                  | (02.02.03.114-4) TESTE DE CONTATO COM BATERIA PADRÃO (30 SUBST.)   | R\$ 600,00 |
| 90.01.01.443-0                  | (02.02.03.114-4) TESTE DE CONTATO COM BATERIA PEDIATRICA (20 SUBST.)   | R\$ 400,00 |
| 90.01.01.445-0                  | (02.02.03.114-4) TESTE DE CONTATO COM BATERIA REGIONAL (10 SUBST.)   | R\$ 200,00 |
| 90.01.01.448-0                  | (02.02.03.114-4) TESTE DE CONTATO COM BATERIA UNHAS (20 SUBST.)  | R\$ 400,00 |
| 90.01.01.439-0                  | (02.02.03.115-2) TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA ALIMENTOS: CRUSTÁCEO MIX, CAMARÃO   | R\$ 60,00  |
| 90.01.01.427-0                  | (02.02.03.115-2) TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA ÁCAROS: D. PTERONYSSINUS, D. FARINAE, BLOMIA, TROPICALIS                        | R\$ 60,00  |
| 90.01.01.428-0                  | (02.02.03.115-2) TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA EPITÉLIO DE CÃO   | R\$ 32,00  |
| 90.01.01.429-0                  | (02.02.03.115-2) TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA EPITÉLIO DE GATO  | R\$ 32,00  |
| 90.01.01.430-0                  | (02.02.03.115-2) TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA CARNEIRO  | R\$ 32,00  |
| 90.01.01.431-0                  | (02.02.03.115-2) TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA PENAS MIX (PENAS DE GALINHA, GANSO, PATO E POMBO)                               | R\$ 32,00  |
| 90.01.01.432-0                  | (02.02.03.115-2) TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA FUNGOS: ASPERGILLUS FUMIGTUS  | R\$ 20,00  |
| 90.01.01.433-0                  | (02.02.03.115-2) TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA FUNGOS MIX (ALTERNARIA ALTERNATA, CLADOSPORIUM HERBARUM, ASPERGILLUS FUMIGATUS, | R\$ 28,00  |

|                |   |            |
|----------------|---|------------|
|                | PENICILLIUM NOTATUM, RHIZOPUS NIGRICANS, RHODOTORULA SPP)   |            |
| 90.01.01.434-0 | (02.02.03.115-2) TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA BARATAS MIX  | R\$ 28,00  |
| 90.01.01.435-0 | (02.02.03.115-2) TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA GRAMINEAS 1 (DACTYLIS GLOMERATA, FESTUCA PRATENSIS, PHLEUM PRATENSIS, POA PRATENSIS, LOLIUM MULTIFLORUM) | R\$ 26,80  |
| 90.01.01.436-0 | (02.02.03.115-2) TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA GRAMINEAS 2 (CYNODON DACTYLON, PASPALUM NOTATUM, LOLIUM MULTIFLORUM)                                     | R\$ 26,80  |
| 90.01.01.437-0 | (02.02.03.115-2) TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA ALIMENTOS: LEITE DE VACA, CASEÍNA, ALFA LACTA ALBUMINA, ALFA LACTO GLOBUMINA                             | R\$ 120,00 |
| 90.01.01.438-0 | (02.02.03.115-2) TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA ALIMENTOS: OVOUCOIDE, OVOALBUMINA, CLARA DO OVO, GEMA DO OVO   | R\$ 75,00  |
| 90.01.01.440-0 | (02.02.03.115-2) TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA ALIMENTOS: CASTANHA DO PARÁ, DE CAJU, AMENDOAS, NOZ  | R\$ 120,00 |
| 90.01.01.441-0 | (02.02.03.115-2) TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA ALIMENTOS: GLÚTEN, TRIGO, AVEIA  | R\$ 120,00 |
| 90.01.01.442-0 | (02.02.03.115-2) TESTE CUTANEO DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA PARA ALIMENTOS: KWI, TOMATE, PIMENTA DO REINO, ABACATE, MILHO, MORANGO  | R\$ 210,00 |
| 90.01.01.366-0 | (02.09.01.003-7) ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (EDA) COM/SEM TESTE DE UREASE + SEDAÇÃO/TAXA DE SALA - ESOFAGOGASTRODUODE-NOSCOPIA   | 260,00     |
| 90.01.01.209-0 | (02.11.06.007-0) ELETRO-OCULOGRAFIA (EOG)   | 1.100,00   |
| 90.01.01.154-0 | (02.11.06.008-9) ELETRORETINOLOGRAFIA (ERG)   | 1.100,00   |
| 90.01.01.213-0 | (04.01.01.004-0) ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÃO CUTÂNEA - MÁXIMO 5 POR PACIENTE  | 40,00      |
| 90.01.01.219-0 | (04.01.01.007-4) EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA - MÁXIMO 5 POR PACIENTE   | 68,53      |
| 90.01.01.222-0 | (04.01.01.009-0) FULGURAÇÃO/CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE LESÕES CUTÂNEAS - MÁXIMO 5 POR PACIENTE   | 40,00      |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA.   | 15,35      |
| 03.01.06.002-9 | ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATE 24 HORAS EM ATENCAO ESPECIALIZADA   | 19,50      |
| 90.01.01.110-0 | ACOMPANHAMENTO CLINICO ATRAVES DE ESTIMULO DE INSULINA PARA DOSAGEM DO HORMONIO DE CRESCIMENTO  | 200,00     |
| 07.03.01.069-0 | ADAPTAÇÃO DE LENTE ESCRERAL COM PRÓTESE   | 1.550,00   |
| 07.03.01.070-0 | ADAPTAÇÃO DE LENTES DE CONTATO ESFÉRICAS E TIPO SOPER PARA CERATOCONE   | 710,00     |
| 90.01.01.211-0 | AGULHAMENTO + MITOMICINA C - POR OLHO   | 600,00     |
| 90.01.01.147-0 | APLICAÇÃO DE INJEÇÃO INTRA-OCULAR PARA TRATAMENTO DA DEGENERAÇÃO MACULAR - MONOCULAR - COM MEDICAÇÃO RANIBIZUMAB  | 3.250,00   |
| 90.01.01.374-0 | APLICAÇÃO DE INJEÇÃO INTRA-OCULAR PARA TRATAMENTO DA DEGENERAÇÃO MACULAR - MONOCULAR - SEM MEDICAÇÃO  | 500,00     |
| 04.05.03.005-3 | INJEÇÃO INTRA-VITREO  | 134,30     |
| 90.01.01.140-0 | APLICAÇÃO DE TOXINA BOTULÍNICA TIPO A (POR MEMBRO)  | 100,00     |
| 02.11.09.001-8 | AVALIAÇÃO URODINÂMICA COMPLETA  | 460,00     |
| 02.11.06.001-1 | BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)  | 78,00      |
| 02.11.06.002-0 | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO   | 12,34      |
| 02.01.01.006-2 | BIOPSIA DE BEXIGA   | 152,76     |
| 02.01.01.021-6 | BIÓPSIA DE FÍGADO POR PUNÇÃO  | 369,23     |
| 02.01.01.027-5 | BIOPSIA DE MEDULA OSSEA   | 300,00     |

|                |   |           |
|----------------|---|-----------|
| 02.01.01.041-0 | BIOPSIA DE PROSTATA   | 425,00    |
| 02.01.01.047-0 | BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - PAAF  | 80,54     |
| 04.90.01.045-0 | BIÓPSIA RENAL COM DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO (POR MICROSCOPIA ÓPTICA E IMUNOFLOURESCÊNCIA) DE PATOLOGIA RENAL  | 2.315,00  |
| 90.01.01.457-0 | BIÓPSIA RENAL COM DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO (POR MICROSCOPIA ELETRÔNICA) DE PATOLOGIA RENAL   | 1.372,00  |
| 02.09.04.001-7 | BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA)  | 1.400,00  |
| 04.05.05.002-0 | CAPSULOTOMIA A YAG LASER  | 112,77    |
| 90.01.01.019-0 | CAUTERIZAÇÃO DE OUVIDO  | 35,00     |
| 90.01.01.018-0 | CAUTERIZAÇÃO NASAL  | 35,00     |
| 02.11.06.005-4 | CERATOMETRIA  | 30,00     |
| 04.90.01.054-0 | CIRURGIA CORREÇÃO REFRAÇÃO PRK (CERATECTOMIA FOTORETRATIVA)   | 950,00    |
| 04.90.01.055-0 | CIRURGIA CORREÇÃO REFRAÇÃO (LASIK)  | 1.850,00  |
| 02.09.02.001-6 | CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA  | 126,00    |
| 02.04.05.001-4 | CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE  | 590,00    |
| 02.04.05.003-0 | COLANGIOGRAFIA PÓS-OPERATORIA   | 385,00    |
| 02.09.01.002-9 | COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) (INCLUSO TAXA DE SALA E HONORÁRIOS DO ANESTESISTA)  | 619,00    |
| 02.11.04.002-9 | COLPOSCOPIA   | 11,54     |
| 04.18.01.003-0 | CONFECÇÃO DE FÍSTULA ARTERIO - VENOSA PARA HEMODIÁLISE  | 1.400,00  |
| 04.18.01.002-1 | CONFECÇÃO DE FÍSTULA ARTERIO - VENOSA COM ENXERTO AUTOLOGO  | 1.400,00  |
| 04.18.01.001-3 | CONFECÇÃO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA C/ ENXERTIA DE POLITETRAFLUORETILENO (PTFE)   | 3.000,00  |
| 04.05.01.001-0 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTRÓPIO E ECTROPIO   | 350,00    |
| 04.05.02.001-5 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MÚSCULOS)  | 1.661,76  |
| 04.05.02.002-3 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO (ATE 2 MUSCULOS)   | 1.167,82  |
| 02.11.06.006-2 | CURVA DIARIA DE PRESSAO OCULAR CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)  | 28,00     |
| 04.05.01.003-6 | DACRIOCISTORRINOSTOMIA  | 1.094,00  |
| 90.01.01.150-0 | DILATAÇÃO ESOFÁGICA / PILÓRICA POR ENDOSCOPIA   | 1.370,00  |
| 02.11.02.003-6 | ELETROCARDIOGRAMA COM LAUDO   | 20,00     |
| 90.01.01.249-0 | (02.11.05.008-3) ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) - 2 MEMBROS   | 400,00    |
| 02.04.06.003-6 | ESCANOMETRIA  | 180,00    |
| 02.11.08.005-5 | ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR   | 132,41    |
| 04.06.05.004-0 | ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO I (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA POR REENTRADA NODAL DE VIAS ANÔMALAS DIREITAS, DE TV IDIOPÁTICA, DE VENTRÍCULO DIREITO E VENTRÍCULO ESQUERDO). | 10.765,85 |
| 04.09.06.008-9 | EXCISÃO TIPO I DO COLO UTERINO  | 115,39    |
| 02.11.06.010-0 | FUNDOSCOPIA   | 24,24     |
| 02.04.05.006-5 | HISTEROSSALPINGOGRAFIA  | 790,00    |
| 90.01.01.214-0 | IMPLANTE INTRAVÍTREO DE LIBERAÇÃO CRÔNICA DE DEXAMETASONA (OZURDEX) P/ O TRATAMENTO DE EDEMA MACULAR (MEDICAMENTO INCLUSO) - POR APLICAÇÃO                                    | 5.114,77  |
| 03.03.09.003-0 | INFILTRAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS EM CAVIDADE SINOVIAL (ARTICULAÇÃO, BAINHA TENDINOSA)   | 20,77     |

|                |  |          |
|----------------|--|----------|
| 90.01.01.212-0 | INFILTRAÇÃO DO MEDICAMENTO ÁCIDO HIALURÔNICO – DOSE ÚNICA                                | 2.000,00 |
| 90.01.01.133-0 | INFILTRAÇÃO INTRA LESIONAL   | 25,00    |
| 90.01.01.100-0 | INSERÇÃO A LASER DE ANEL INTRA CORNEANO – MONOCULAR                                      | 8.330,00 |
| 90.01.01.061-0 | INSERÇÃO DE DISPOSITIVO INTRA – UTERINO (DIU)  | 200,00   |
| 04.18.02.001-9 | INTERVENÇÃO EM FÍSTULA ARTERIO – VENOSA  | 1.400,00 |
| 04.05.05.017-8 | IRIDECTOMIA CIRURGICA  | 297,46   |
| 90.01.01.017-0 | LAVAGEM DE OUVIDOS   | 22,00    |
| 90.01.01.217-0 | LENTE DE CONTATO, EM RIGIDA GAS PERMEAVEL, TIPO ASFERICA (PAR)                           | 1.580,00 |
| 07.03.01.076-0 | LENTE ESCLERAL COM VENTOSA   | 2.400,00 |
| 07.03.01.077-0 | LENTE ESCLERAL COM VENTOSA E TRATAMENTO HYDRA-PEG  | 2.700,00 |
| 07.03.01.078-0 | LENTE ESCLERAL SG COM VENTOSA  | 2.380,00 |
| 07.03.01.082-0 | LENTE ESCLERAL SG COM VENTOSA E TRATAMENTO HYDRA-PEG                                     | 2.600,00 |
| 07.03.01.079-0 | LENTE ESCLERAL   | 2.430,00 |
| 07.03.01.080-0 | LENTE ESCLERAL GEL COM VENTOSA   | 2.250,00 |
| 07.03.01.081-0 | LENTE ESPECIAL ESCLERAL GEL COM VENTOSA  | 2.300,00 |
| 90.01.01.426-0 | LENTE DIOPTRIAS ESPECIAIS -1.0D ATÉ -7.0D: 3 PEÇAS                                       | 614,59   |
| 90.01.01.471-0 | LENTE INTRA-OCULAR – LIO 3 PEÇAS (PÓS FACOEMULSIFICAÇÃO)                                 | 153,15   |
| 04.18.02.002-7 | LIGADURA DE FISTULA ARTERIO – VENOSA   | 1.400,00 |
| 04.09.01.018-9 | LITOTRIPSIA  | 968,00   |
| 03.09.03.011-0 | LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (ONDA DE CHOQUE – TRATAMENTO SUBSEQUENTE EM 2 REGIOES RENAIIS) | 533,00   |
| 90.01.01.340-0 | MANOMETRIA ESOFÁGICA COMPUTADORIZADA SEM TESTE PROVOCATIVO                               | 540,00   |
| 90.01.01.355-0 | MANOMETRIA ESOFÁGICA PARA LOCALIZAÇÃO DOS ESFÍNCTERES PRÉ-PH-METRIA                      | 180,00   |
| 02.11.06.013-5 | MEDIDA DE OFUSCAMENTO E CONTRASTE  | 50,00    |
| 02.11.06.014-3 | MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA  | 50,00    |
| 02.04.02.001-8 | MIELOGRAFIA  | 366,62   |
| 02.11.02.004-4 | MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)                                       | 61,10    |
| 02.05.02.002-0 | PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA   | 48,00    |
| 90.01.01.358-0 | PH-METRIA ESOFÁGICA COMPUTADORIZADA COM DOIS CANAIS                                      | 490,00   |
| 90.01.01.357-0 | PH-METRIA ESOFÁGICA COMPUTADORIZADA COM UM CANAL   | 420,00   |
| 02.04.05.008-1 | PIELOGRAFIA ASCENDENTE   | 175,97   |
| 02.11.05.010-5 | POLISSONOGRAFIA  | 550,00   |
| 02.11.06.015-1 | POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL   | 12,34    |
| 02.11.05.011-3 | POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO   | 97,78    |
| 02.11.05.012-1 | POTENCIAL EVOCADO VISUAL/OCCIPITO  | 1.100,00 |
| 90.01.01.148-0 | PUNCAO ASPIRATIVA DE MEDULA OSSEA (COLETA MIELOGRAMA)                                    | 300,00   |
| 02.01.01.060-7 | PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA GROSSA   | 323,09   |
| 02.01.01.064-0 | PUNCAO P/ ESVAZIAMENTO   | 20,77    |
| 04.05.05.040-2 | RADIAÇÃO PARA CROSS LINKING CORNEANO   | 650,00   |
| 02.11.06.017-8 | RETINOGRAFIA COLORIDA (BINOCULAR)  | 114,00   |
| 02.11.06.018-6 | RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR  | 114,00   |
| 03.03.07.004-8 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE ESOFAGO  | 199,00   |

|                    |  |          |
|--------------------|--|----------|
| 03.03.07.005-6     | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE ESTOMAGO / DUODENO   | 199,00   |
| 04.07.02.039-0     | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO/POLIPOS DO RETO/COLO SIGMOIDE   | 276,00   |
| 04.07.01.025-4     | RETIRADA DE PÓLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA  | 190,64   |
| 90.01.01.062-0     | RETIRADA DE DISPOSITIVO INTRA - UTERINO (DIU)  | 150,00   |
| 02.09.01.005-3     | RETOSIGMOIDOSCOPIA   | 54,25    |
| 03.03.09.008-1     | REVISAO C/ IMOBILIZACAO NAO GESSADA EM LESAO DA COLUNA VERTEBRAL                                     | 20,77    |
| 90.01.01.021-0     | TAMPONAMENTO NASAL PARA CONTROLE DE EPISTAXE   | 40,00    |
| 02.11.02.006-0     | TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMETRICO   | 100,00   |
| 02.11.06.023-2     | TESTE ORTÓPTICO  | 12,34    |
| 02.11.06.024-0     | TESTE P/ ADAPTACAO DE LENTE DE CONTATO   | 25,00    |
| 90.01.01.361-0     | TILT TEST (TESTE DE INCLINAÇÃO / TILT TABLE TEST)  | 600,00   |
| 02.11.04.006-1     | TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO  | 50,00    |
| 02.11.06.026-7     | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Córnea   | 150,00   |
| 90.01.01.136-0     | TRANSPLANTE CONJUNTIVAL + EXERESE DE PTERÍGIO  | 276,93   |
| 03.03.09.014-6     | TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE COSTELAS  | 20,77    |
| 03.03.09.016-2     | TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE OSSO METACARPICO  | 20,77    |
| 03.03.09.018-9     | TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DO ESTERNO   | 20,77    |
| 03.03.09.026-0     | TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESAO DE MECANISMO EXTENSOR DOS DEDOS                                      | 20,77    |
| 90.01.01.454-0     | TRATAMENTO DE FERIDAS + TROCA DE CURATIVOS ESPECIAIS   | 58,00    |
| 04.07.01.032-7     | TRATAMENTO ESCLEROSANTE DE LESÕES NÃO HEMORRAGICAS DO APARELHO DIGESTIVO INCLUINDO LIGADURA ELASTICA | 400,00   |
| 03.09.07.002-3     | TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (BILATERAL)                   | 392,62   |
| 03.09.07.001-5     | TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)                  | 300,78   |
| 02.04.05.017-0     | URETROCISTOGRAFIA  | 550,00   |
| 02.04.05.018-9     | UROGRAFIA VENOSA   | 180,00   |
| 90.01.01.462-0     | US ENDOSCOPICO COM BIÓPSIA AVALIAÇÃO CX  | 720,00   |
| 90.01.01.156-0     | VÍDEO ELETROENCEFALOGRAMA POR 12 HRS + TAXA DE INTERNAMENTO  | 1.800,00 |
| 90.01.01.020-0     | VIDEOENDOSCOPIA NASAL  | 190,67   |
| 02.09.04.004-1     | VIDEOLARINGOSCOPIA   | 190,67   |
| <b>RADIOGRAFIA</b> |  |          |
| 02.04.01.003-9     | RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)   | 30,00    |
| 02.04.05.011-1     | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)   | 30,00    |
| 02.04.05.012-0     | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO 3 INCIDENCIAS)  | 30,00    |
| 02.04.05.013-8     | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)  | 30,00    |
| 02.04.04.001-9     | RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO   | 30,00    |
| 02.04.01.004-7     | RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+OBLIQUAS)   | 30,00    |
| 02.04.04.002-7     | RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR  | 30,00    |
| 02.04.06.006-0     | RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL  | 30,00    |
| 02.04.04.003-5     | RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL   | 30,00    |
| 02.04.04.004-3     | RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO - CLAVICULAR  | 30,00    |
| 02.04.06.007-9     | RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO SACRO-ILIACA  | 30,00    |
| 02.04.01.005-5     | RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL  | 30,00    |
| 02.04.06.008-7     | RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA   | 30,00    |
| 02.04.06.009-5     | RADIOGRAFIA DE BACIA   | 30,00    |
| 02.04.04.005-1     | RADIOGRAFIA DE BRAÇO   | 30,00    |

|                |  |        |
|----------------|--|--------|
| 02.04.06.010-9 | RADIOGRAFIA DE CALCANEIO   | 30,00  |
| 02.04.01.006-3 | RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)                                 | 30,00  |
| 02.04.04.006-0 | RADIOGRAFIA DE CLAVICULA   | 30,00  |
| 02.04.02.004-2 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)            | 30,00  |
| 02.04.02.003-4 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL+ T.O + OBLIQUAS)          | 30,00  |
| 02.04.02.005-0 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA                    | 30,00  |
| 02.04.02.007-7 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO SACRA (COM OBLIQUAS)                       | 30,00  |
| 02.04.02.006-9 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA                                      | 30,00  |
| 02.04.02.008-5 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA                 | 30,00  |
| 02.04.02.009-3 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)                          | 30,00  |
| 02.04.02.010-7 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR                                    | 30,00  |
| 02.04.02.011-5 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINÂMICA                           | 30,00  |
| 02.04.03.005-6 | RADIOGRAFIA DE CORAÇÃO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLIQUAS)       | 30,00  |
| 02.04.03.006-4 | RADIOGRAFIA DE CORAÇÃO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)                  | 30,00  |
| 02.04.03.007-2 | RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)                                | 30,00  |
| 02.04.04.007-8 | RADIOGRAFIA DE COTOVELO  | 30,00  |
| 02.04.06.011-7 | RADIOGRAFIA DE COXA  | 30,00  |
| 02.04.01.007-1 | RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ)       | 30,00  |
| 02.04.01.008-0 | RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)                                   | 30,00  |
| 02.04.04.008-6 | RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO  | 30,00  |
| 02.04.04.011-6 | RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)                          | 30,00  |
| 02.04.03.008-0 | RADIOGRAFIA DE ESOFAGO   | 180,00 |
| 02.04.03.009-9 | RADIOGRAFIA DE ESTERNO   | 30,00  |
| 02.04.05.014-6 | RADIOGRAFIA DE ESTÔMAGO E DUODENO                                      | 180,00 |
| 02.04.05.015-4 | RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)                            | 180,00 |
| 02.04.06.012-5 | RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)                                   | 30,00  |
| 02.04.06.014-1 | RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA - (AP + LATERAL + OBLIQUAS + 3 AXIAIS) | 30,00  |
| 02.04.06.013-3 | RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)                 | 30,00  |
| 02.04.04.009-4 | RADIOGRAFIA DE MÃO   | 30,00  |
| 02.04.04.010-8 | RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO PARA DETERMINAÇÃO DE IDADE OSSEA            | 30,00  |
| 02.04.01.010-1 | RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)                         | 30,00  |
| 02.04.01.011-0 | RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUAS)                                 | 30,00  |
| 02.04.01.012-8 | RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN+LATERAL+HIRTZ)                        | 30,00  |
| 02.04.06.015-0 | RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE  | 30,00  |
| 02.04.06.016-8 | RADIOGRAFIA DE PERNA   | 30,00  |
| 02.04.04.012-4 | RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUOS)                         | 30,00  |
| 02.04.02.012-3 | RADIOGRAFIA DE REGIÃO SACRO-COCCIGEA                                   | 30,00  |
| 02.04.01.014-4 | RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)               | 30,00  |
| 02.04.01.015-2 | RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)                   | 30,00  |
| 02.04.03.012-9 | RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO - LORDORTICA)                              | 30,00  |
| 02.04.03.014-5 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA +LATERAL + OBLIQUA)                           | 30,00  |
| 02.04.03.015-3 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)                                     | 30,00  |
| 02.04.03.017-0 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)  | 30,00  |

|                                  |   |          |
|----------------------------------|---|----------|
| 02.04.01.017-9                   | RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDIBULA   | 48,64    |
| 90.01.01.470-0                   | RAIO-X, REGIME URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (18HS ÀS 07 HS)<br>SABADOS DOMINGOS E FERIADOS 24 HS | 50,00    |
| <b>EXAMES ULTRA-SONOGRAFICOS</b> |   |          |
| 02.05.01.001-6                   | ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE FARMACOLÓGICO   | 900,00   |
| 90.01.01.155-0                   | (02.05.01.002-4) ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFIGICA +<br>SEDAÇÃO/TAXA DE SALA               | 1.334,31 |
| 02.05.01.003-2                   | ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA   | 170,00   |
| 90.01.01.059-0                   | ECOCARDIOGRAMA FETAL  | 170,00   |
| 90.01.01.060-0                   | ECODOPPLERCARDIOGRAMA FETAL COM MAPEAMENTO DE<br>FLUXO E CORES                          | 170,00   |
| 90.01.01.273-0                   | ECOGRAFIA DE COLUNA DORSAL  | 44,12    |
| 90.01.01.205-0                   | ECOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR  | 44,12    |
| 90.01.01.276-0                   | ECOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL   | 44,12    |
| 90.01.01.137-0                   | ECOGRAFIA DE PARÓTIDAS  | 44,12    |
| 90.01.01.161-0                   | ECOGRAFIA DE PÊNIS  | 64,48    |
| 90.01.01.138-0                   | ECOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA  | 150,00   |
| 90.01.01.139-0                   | ECOGRAFIA OBSTÉTRICA TRANSLUCÊNCIA NUCAL  | 64,09    |
| 90.01.01.332-0                   | ELASTOGRAFIA HEPATICA   | 350,00   |
| 90.01.01.252-0                   | ULTRA-SONOGRAFIA DA REGIÃO POPLÍTEA   | 44,12    |
| 02.05.02.004-6                   | ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEM TOTAL   | 54,05    |
| 02.05.02.003-8                   | ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO,<br>VESICULA, VIAS BILIARES)               | 44,12    |
| 90.01.01.128-0                   | ULTRA-SONOGRAFIA DE ANTEBRAÇO   | 44,12    |
| 02.05.02.006-2                   | ULTRA-SONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO   | 44,12    |
| 02.05.02.007-0                   | ULTRA-SONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL  | 44,12    |
| 90.01.01.134-0                   | ULTRA-SONOGRAFIA DE BRAÇO   | 44,12    |
| 90.01.01.272-0                   | ULTRA-SONOGRAFIA DE FACE  | 44,12    |
| 90.01.01.207-0                   | ULTRA-SONOGRAFIA DE GLUTEO  | 44,12    |
| 90.01.01.127-0                   | ULTRA-SONOGRAFIA DE MANDÍBULA   | 44,12    |
| 90.01.01.130-0                   | ULTRA-SONOGRAFIA DE MÃO   | 44,12    |
| 90.01.01.116-0                   | ULTRA-SONOGRAFIA DE MUSCULATURA DA COXA   | 44,12    |
| 90.01.01.114-0                   | ULTRA-SONOGRAFIA DE PARTES MOLES DO PÉ  | 44,12    |
| 90.01.01.129-0                   | ULTRA-SONOGRAFIA DE PERNA   | 44,12    |
| 90.01.01.286-0                   | ULTRA-SONOGRAFIA DE PESCOÇO   | 44,12    |
| 02.05.02.010-0                   | ULTRA-SONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)  | 44,12    |
| 90.01.01.131-0                   | ULTRA-SONOGRAFIA DE QUADRIL   | 44,12    |
| 90.01.01.261-0                   | ULTRA-SONOGRAFIA DE REGIÃO AURICULAR  | 44,12    |
| 90.01.01.132-0                   | ULTRA-SONOGRAFIA DE REGIÃO INGUINAL   | 44,12    |
| 02.05.02.012-7                   | ULTRA-SONOGRAFIA DE TIREÓIDE  | 44,12    |
| 02.05.02.013-5                   | ULTRA-SONOGRAFIA DE TÓRAX (EXTRACARDIACA)   | 44,12    |
| 02.05.02.005-4                   | ULTRA-SONOGRAFIA DO APARELHO URINÁRIO   | 44,12    |
| 90.01.01.085-0                   | ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS ABDOMEN<br>TOTAL                             | 132,00   |
| 02.05.01.005-9                   | ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICA  | 80,00    |
| 02.05.02.009-7                   | ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL  | 44,12    |
| 02.05.02.014-3                   | ULTRA-SONOGRAFIA OBSTÉTRICA   | 46,64    |
| 02.05.02.015-1                   | ULTRA-SONOGRAFIA OBSTÉTRICA C/DOPPLER COLORIDO<br>PULSADO                               | 80,00    |
| 02.05.02.016-0                   | ULTRA-SONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)   | 43,34    |
| 90.01.01.093-0                   | ULTRA-SONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA) C/DOPPLER<br>COLORIDO PULSADO                   | 132,00   |
| 02.05.02.011-9                   | ULTRA-SONOGRAFIA PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)  | 175,08   |
| 90.01.01.115-0                   | ULTRA-SONOGRAFIA REGIÃO CERVICAL  | 44,12    |



|                         |  |        |
|-------------------------|--|--------|
| 90.01.01.287-0          | ULTRA-SONOGRAFIA SUPRA-CLAVICULAR  | 44,12  |
| 02.05.02.017-8          | ULTRA-SONOGRAFIA TRANSFONTANELA  | 44,12  |
| 02.05.02.018-6          | ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL  | 47,49  |
| 90.01.01.094-0          | ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL C/DOPPLER COLORIDO PULSADO   | 132,00 |
| 02.05.02.008-9          | ULTRASSONOGRAMA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)   | 74,39  |
| 90.01.01.097-0          | ULTRASSONOGRAMA DE PARTES MOLES  | 44,12  |
| 90.01.01.083-0          | ULTRASSONOGRAMA DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTERIAS RENAIAS                                     | 264,00 |
| 90.01.01.084-0          | ULTRASSONOGRAMA DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ILIACAS  | 132,00 |
| 90.01.01.086-0          | ULTRASSONOGRAMA DOPPLER COLORIDO DE ARTERIAS VISCERAIS, FIGADO, PANCREAS                         | 264,00 |
| 90.01.01.082-0          | ULTRASSONOGRAMA DOPPLER COLORIDO DE TESTICULOS   | 132,00 |
| 90.01.01.081-0          | ULTRASSONOGRAMA DOPPLER COLORIDO DE TIREOIDE   | 132,00 |
| 90.01.01.072-0          | ULTRASSONOGRAMA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (CAROTIDAS)  | 264,00 |
| 04.90.01.043-0          | ULTRASSONOGRAMA DOPPLER COLORIDO DE VASOS ARTERIAL (MID)   | 264,00 |
| 04.90.01.042-0          | ULTRASSONOGRAMA DOPPLER COLORIDO DE VASOS ARTERIAL (MIE)   | 264,00 |
| 90.01.01.076-0          | ULTRASSONOGRAMA DOPPLER COLORIDO DE VASOS ARTERIAL (MSD)   | 264,00 |
| 90.01.01.075-0          | ULTRASSONOGRAMA DOPPLER COLORIDO DE VASOS ARTERIAL (MSE)   | 264,00 |
| 90.01.01.087-0          | ULTRASSONOGRAMA DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS VENOSOS BILATERAL                            | 264,00 |
| 90.01.01.078-0          | ULTRASSONOGRAMA DOPPLER COLORIDO DE VASOS VENOSO (MID)   | 264,00 |
| 90.01.01.077-0          | ULTRASSONOGRAMA DOPPLER COLORIDO DE VASOS VENOSO (MIE)   | 264,00 |
| 90.01.01.080-0          | ULTRASSONOGRAMA DOPPLER COLORIDO DE VASOS VENOSO (MSD)   | 264,00 |
| 90.01.01.079-0          | ULTRASSONOGRAMA DOPPLER COLORIDO DE VASOS VENOSO (MSE)   | 264,00 |
| <b>MEDICINA NUCLEAR</b> |  |        |
| 02.08.09.001-0          | CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS                             | 993,48 |
| 02.08.02.001-2          | CINTILOGRAFIA DE FIGADO E BACO (MINIMO 5 IMAGENS)  | 189,80 |
| 02.08.02.002-0          | CINTILOGRAFIA DE FIGADO E VIAS BILIARES  | 267,66 |
| 02.08.09.002-9          | CINTILOGRAFIA DE GLANDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)   | 94,33  |
| 02.08.02.003-9          | CINTILOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTIMULO   | 125,18 |
| 02.08.09.003-7          | CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)  | 412,23 |
| 02.08.01.003-3          | CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECoes)  | 545,59 |
| 02.08.01.002-5          | CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECoes) | 581,84 |

|                              |   |          |
|------------------------------|---|----------|
| 02.08.05.003-5               | CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUINEO (CORPO INTEIRO)                           | 272,02   |
| 02.08.03.001-8               | CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES  | 462,23   |
| 02.08.06.001-4               | CINTILOGRAFIA DE PERFUSAO CEREBRAL C/ TALIO (SPCTO)                                       | 623,74   |
| 02.08.07.004-4               | CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECCOES)                                | 185,87   |
| 02.08.08.001-5               | CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA OSSEA)                               | 160,38   |
| 02.08.03.002-6               | CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ OU S/ CAPTACAO   | 110,06   |
| 02.08.02.005-5               | CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (LIQUIDO)                                   | 192,81   |
| 02.08.02.006-3               | CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (SEMI-SOLIDO)                               | 192,81   |
| 02.08.02.008-0               | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL                                      | 163,59   |
| 02.08.02.009-8               | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA                                   | 223,94   |
| 02.08.02.010-1               | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NAO ATIVA                               | 442,69   |
| 02.08.02.011-0               | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO                                     | 192,81   |
| 02.08.03.004-2               | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO  | 482,40   |
| 02.08.04.005-6               | CINTILOGRAFIA RENAL/ RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)                            | 490,40   |
| 02.08.01.008-4               | CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA) | 251,70   |
| 02.08.06.002-2               | CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIACAO DO TRANSITO LIQUORICO)           | 292,46   |
| 02.08.04.006-4               | CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA   | 175,14   |
| 02.08.04.007-2               | CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA   | 205,81   |
| 02.08.04.010-2               | ESTUDO RENAL DINÂMICO C/OU S/DIURÉTICO  | 403,85   |
| 02.08.08.004-0               | LINFOCINTILOGRAFIA  | 201,29   |
| 90.01.01.285-0               | TÉCNICA TOMOGRÁFICA   | 104,08   |
| 03.03.12.006-1               | TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO (PLUMMER - ATE 30 MCI)                                     | 631,95   |
| 03.03.12.007-0               | TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO GRAVES   | 512,31   |
| <b>ANESTESIA E CONTRASTE</b> |   |          |
| 90.01.01.013-0               | ANESTESIA DE GASTRO (P/CRANÇAS E PACIENTES ESPECIAIS)                                     | 136,00   |
| 04.17.01.005-2               | ANESTESIA REGIONAL  | 183,31   |
| 90.01.01.126-0               | CONTRASTE   | 61,10    |
| <b>ANGIOTOMOGRAFIA</b>       |   |          |
| 90.01.01.033-0               | ANGIOTOMOGRAFIA ABDOMINAL E ILIACAS   | 516,31   |
| 90.01.01.041-0               | ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR   | 571,14   |
| 90.01.01.038-0               | ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL  | 571,14   |
| 90.01.01.037-0               | ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORACICA   | 571,14   |
| 90.01.01.373-0               | ANGIOTOMOGRAFIA DE ARTERIAS CORONARIAS  | 1.500,00 |
| 90.01.01.039-0               | ANGIOTOMOGRAFIA DE ARTERIAS RENAIAS   | 571,14   |
| 90.01.01.034-0               | ANGIOTOMOGRAFIA DE CRÂNIO   | 536,31   |
| 90.01.01.035-0               | ANGIOTOMOGRAFIA DE MEMBRO INFERIOR  | 571,14   |
| 90.01.01.036-0               | ANGIOTOMOGRAFIA DE MEMBRO SUPERIOR  | 571,14   |
| 90.01.01.031-0               | ANGIOTOMOGRAFIA DE PESCOÇO  | 565,41   |
| 90.01.01.032-0               | ANGIOTOMOGRAFIA DE TORAX  | 536,31   |
| 90.01.01.042-0               | ANGIOTOMOGRAFIA PULMONAR  | 571,14   |

|                                 |  |                       |
|---------------------------------|--|-----------------------|
| 90.01.01.040-0                  | ANGIOTOMOGRÁFIA DE PÉLVIS  | 571,14                |
| 90.01.01.479-0                  | ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (18HS ÀS 07 HS) SABADOS/DOMINGOS/FERIADOS PARA EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA | 64,00                 |
| <b>LAUDOS</b>                   |  |                       |
| 90.01.01.191-0                  | LAUDO DE ELETROCARDIOGRAMA   | 15,00                 |
| 90.01.01.056-0                  | LAUDO DE ELETROENCEFALOGRAMA - EEG   | 120,00                |
| 90.01.01.190-0                  | LAUDO DE EXAMES DE RX  | 12,50                 |
| 90.01.01.192-0                  | LAUDO DE MAMOGRAFIA  | 20,42                 |
| 90.01.01.226-0                  | LAUDO PARA EXAME DE HOLTER 24 HORAS  | 46,00                 |
| 90.01.01.227-0                  | LAUDO PARA EXAME DE MAPA 24 HORAS  | 46,00                 |
| <b>GRUPO B</b>                  |  |                       |
| <b>CÓDIGO</b>                   | <b>DESCRIÇÃO</b>   | <b>Valor Unitário</b> |
| <b>PROCEDIMENTOS E DIAGNOSE</b> |  |                       |
| 02.11.07.003-3                  | AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE   | 21,32                 |
| 02.11.07.004-1                  | AUDIOMETRIA TONAL LIMÍAR (VIA AEREA / OSSEA)   | 22,25                 |
| 90.01.01.223-0                  | BIÓPSIA DA PELE E PARTES MOLES - MÁXIMO 5 POR PACIENTE   | 90,41                 |
| 02.01.01.004-6                  | BIÓPSIA DE ANUS E CANAL ANAL   | 18,46                 |
| 02.01.01.015-1                  | BIÓPSIA DE ENDOMÉTRIO  | 18,33                 |
| 02.01.01.016-0                  | BIÓPSIA DE ENDOMETRIO POR ASPIRAÇÃO MANUAL INTRA-UTERINA   | 85,69                 |
| 02.01.01.035-6                  | BIÓPSIA DE PALPEBRA  | 18,33                 |
| 02.01.01.036-4                  | BIÓPSIA DE PAVILHÃO AURICULAR  | 14,66                 |
| 02.01.01.039-9                  | BIÓPSIA DE PIRÂMIDE NASAL  | 18,33                 |
| 02.01.01.066-6                  | BIÓPSIA DO COLO UTERINO  | 18,33                 |
| 02.01.01.056-9                  | BIÓPSIA/EXERESE DE NÓDULO DE MAMA  | 70,00                 |
| 02.01.01.050-0                  | BIÓPSIA/PUNÇÃO DE VAGINA   | 18,33                 |
| 02.01.01.051-8                  | BIÓPSIA/PUNÇÃO DE VULVA  | 18,33                 |
| 04.90.01.057-0                  | BLEFAROPLASTIA INFERIOR  | 2.900,00              |
| 04.90.01.056-0                  | BLEFAROPLASTIA SUPERIOR  | 3.000,00              |
| 02.11.06.003-8                  | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO  | 40,00                 |
| 04.05.05.003-8                  | CAUTERIZAÇÃO DE CORNEIA  | 19,14                 |
| 04.05.05.004-6                  | CICLOCRIOCOAGULAÇÃO/DIATERMIA  | 587,51                |
| 03.09.03.004-8                  | CRIOCAUTERIZAÇÃO/ELETROCOAGULAÇÃO DE COLO DE ÚTERO   | 11,26                 |
| 04.01.01.001-5                  | CURATIVO GRAU II C/ OU S/DEBRIDAMENTO (POR PACIENTE)   | 32,40                 |
| 04.15.04.003-5                  | DEBRIDAMENTO DE ÚLCERA/ DE TECIDOS DESVITALIZADOS  | 215,91                |
| 02.11.05.002-4                  | ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGÍLIA C/ OU S/ FOTO-ESTÍMULO   | 11,34                 |
| 02.11.05.003-2                  | ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG)  | 25,00                 |
| 04.05.01.006-0                  | EPIPLASIA DE CÍLIOS  | 22,93                 |
| 02.11.07.015-7                  | ESTUDO DE EMISSÕES OTOACÚSTICAS EVOCADAS TRANSITÓRIAS E PRODUTOS DE DISTRORÇÃO (EOA)                                   | 49,66                 |
| 04.09.06.003-8                  | EXCIÇÃO TIPO 3 DO COLO UTERINO   | 138,46                |
| 04.05.01.007-9                  | EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PALPEBRA E SUPERCÍLIOS  | 78,75                 |
| 04.09.07.014-9                  | EXERESE DE CISTO VAGINAL   | 250,00                |
| 04.05.05.008-9                  | EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA   | 82,28                 |
| 04.05.05.037-2                  | FACOLITIZAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL - COM ANESTESIA  | 954,91                |
| 04.05.03.004-5                  | FOTOCOAGULAÇÃO A LASER   | 107,61                |
| 02.11.06.011-9                  | GONIOSCOPIA  | 120,00                |
| 02.11.07.020-3                  | IMITANCIOMETRIA (tímpano, complacência e reflexo)  | 24,36                 |

|                |   |          |
|----------------|---|----------|
| 04.05.04.010-5 | EXPLANTE DE LENTE INTRA OCULAR  | 846,19   |
| 04.05.05.015-1 | IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTE INTRA-OCULAR - LIO   | 1112,83  |
| 02.11.07.021-1 | LOGOaudiometria (LDV, IRF e LRF)  | 27,81    |
| 04.08.06.015-8 | MANIPULACAO ARTICULAR   | 28,42    |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA  | 24,24    |
| 04.05.03.019-3 | PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER  | 430,46   |
| 04.05.05.020-8 | PARECENTESE DE CAMARA ANTERIOR  | 82,28    |
| 04.09.05.006-7 | PLÁSTICA DE FREIO BALANO- PREPUICIAL  | 34,10    |
| 04.09.05.008-3 | POSTECTOMIA   | 547,80   |
| 02.11.07.026-2 | POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MEDIA E LONGA LATÊNCIA                                 | 46,88    |
| 02.01.01.058-5 | PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA   | 66,48    |
| 04.05.01.011-7 | RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL  | 689,66   |
| 04.05.01.012-5 | RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DE PALPEBRA COM TARSORRAFIA  | 311,04   |
| 04.05.01.013-3 | RECONSTITUIÇÃO TOTAL DE PÁLPEBRA  | 1138,66  |
| 04.08.05.019-5 | REDUCAO INCRUENTA DA LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METATARSO-FALANGIANA / INTERFALANGIANA DO PE | 35,20    |
| 04.08.02.017-2 | REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LESAO FISARIA NO PUNHO                                       | 38,74    |
| 04.08.02.019-9 | REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERO  | 37,88    |
| 04.08.02.020-2 | REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRACO                              | 37,88    |
| 04.08.02.024-5 | REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO OU FRATURA / LUXACAO NO PUNHO                                  | 38,74    |
| 04.05.03.007-0 | RETINOPEXIA C/ INTROFLEXAO ESCLERAL   | 2.687,15 |
| 04.05.05.025-9 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CORNEA  | 25,00    |
| 04.04.01.031-8 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO/FARINGE/LARINGE/NARIZ                                  | 590,80   |
| 04.08.06.035-2 | RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-OSSEO   | 28,42    |
| 03.03.09.011-1 | REVISAO C/ TROCA DE APARELHO GESSADO EM LESAO DA COLUNA VERTEBRAL                           | 27,32    |
| 03.03.09.007-3 | REVISAO C/ TROCA DE APARELHO GESSADO EM MEMBRO INFERIOR                                     | 25,31    |
| 03.03.09.009-0 | REVISAO C/ TROCA DE APARELHO GESSADO EM MEMBRO SUPERIOR                                     | 22,21    |
| 04.05.01.016-8 | SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS  | 22,93    |
| 04.05.05.029-1 | SUTURA DE CONJUNTIVA  | 82,28    |
| 04.05.05.030-5 | SUTURA DE CORNEA  | 600,00   |
| 04.05.01.017-6 | SUTURA DE PALPEBRAS   | 143,99   |
| 02.11.07.034-3 | TESTES DE PROCESSAMENTO AUDITIVO  | 312,50   |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA  | 12,34    |
| 04.05.05.032-1 | TRABECULECTOMIA   | 1.348,36 |
| 04.05.05.036-4 | TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO  | 209,55   |
| 04.05.04.019-9 | TRATAMENTO CIRURGICO DE XANTELASMA  | 116,42   |
| 03.03.09.015-4 | TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE PUNHO COM LUVAS GESSADAS                               | 40,68    |
| 03.03.09.020-0 | TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO INFERIOR C/ IMOBILIZACAO                        | 41,93    |
| 03.03.09.022-7 | TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO SUPERIOR C/ IMOBILIZACAO                        | 41,63    |

|   |  |          |
|---|--|----------|
| 03.03.09.012-0                          | TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA NA CINTURA ESCAPULAR (C/ IMOBILIZACAO)   | 91,47    |
| 03.03.09.021-9                          | TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESAO DA COLUNA CERVICAL C/ IMOBILIZACAO   | 47,58    |
| 03.03.09.023-5                          | TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESAO DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA C/ ORTESE   | 39,09    |
| 03.03.09.025-1                          | TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESAO DE COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA C/ IMOBILIZACAO   | 47,58    |
| 03.03.09.028-6                          | TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESAO LIGAMENTAR EM MEMBRO C/ IMOBILIZACAO   | 35,20    |
| 04.05.04.020-2                          | TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL  | 449,44   |
| 04.05.03.013-4                          | VITRECTOMIA ANTERIOR   | 762,16   |
| 04.05.03.014-2                          | VITRECTOMIA POSTERIOR  | 2.667,29 |
| 04.05.03.016-9                          | VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER  | 4.183,12 |
| 04.05.03.017-7                          | VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO/ÓLEO DE SILICONE/ENDOLASER                                       | 4.701,84 |
| 90.01.01.046-0                          | VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUORCARBONO / GÁS C3F8 / ENDOLASER  | 3.283,41 |
| <b>ANATOMOPATOLOGIA E CITOPATOLOGIA</b> |  |          |
| 02.03.02.008-1                          | EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO DE COLO UTERINO - BIÓPSIA   | 40,78    |
| 02.03.02.006-5                          | EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO DE MAMA - BIOPSIA   | 45,83    |
| 02.03.02.007-3                          | EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO DE MAMA - PEÇA CIRURGICA  | 61,77    |
| 02.03.02.002-2                          | EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO-PEÇA CIRURGICA  | 61,77    |
| 02.03.02.003-0                          | EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA) | 55,00    |
| 02.03.01.008-6                          | EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA - RASTREAMENTO   | 14,37    |
| 02.03.01.001-9                          | EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL E MICROFLORA  | 13,72    |
| 02.03.01.004-3                          | EXAME CITOPATOLÓGICO DE MAMA   | 35,34    |
| 02.03.01.003-5                          | EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL E DE MAMA)  | 20,96    |
| 02.03.02.004-9                          | IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)  | 131,52   |
| <b>RADIODIAGNOSTICO</b>                 |  |          |
| 90.01.01.336-0                          | (02.04.03.018-8) MAMOGRAFIA CONVENCIONAL BILATERAL PARA RASTREAMENTO   | 45,00    |
| 90.01.01.334-0                          | (02.04.03.018-8) MAMOGRAFIA DIGITAL BILATERAL PARA RASTREAMENTO  | 55,00    |
| 02.10.01.004-5                          | AORTOGRAFIA ABDOMINAL  | 189,73   |
| 02.10.01.007-0                          | ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO (UNILATERAL)   | 179,46   |
| 02.10.01.014-2                          | ARTERIOGRAFIA SELETIVA POR CATETER (POR VASO)  | 201,51   |
| 02.10.01.015-0                          | ARTERIOGRAFIA SELETIVA VERTEBRAL   | 201,01   |
| 02.04.06.002-8                          | DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES E/OU FEMUR)   | 55,10    |
| 90.01.01.335-0                          | (02.04.03.003-0) MAMOGRAFIA CONVENCIONAL (UNILATERAL) DIAGNÓSTICA  | 22,50    |
| 90.01.01.333-0                          | (02.04.03.003-0) MAMOGRAFIA DIGITAL (UNILATERAL) DIAGNÓSTICA   | 27,50    |

| <b>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA</b> |   |          |
|-----------------------------------|---|----------|
| 90.01.01.467-0                    | TOMOGRAFIA 3D   | 260,00   |
| 02.06.03.001-0                    | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR  | 138,63   |
| 02.06.03.002-9                    | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR   | 86,75    |
| 02.06.02.001-5                    | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR   | 86,75    |
| 02.06.01.001-0                    | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL, COM OU SEM CONTRASTE.  | 86,76    |
| 02.06.01.002-8                    | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA COM OU SEM CONTRASTE   | 101,10   |
| 02.06.01.003-6                    | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA COM OU SEM CONTRASTE  | 86,76    |
| 02.06.01.007-9                    | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO  | 97,44    |
| 90.01.01.488-0                    | (02.06.01.007-9) - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO (SEM CONTRASTE + ANESTESIA)                               | 900,00   |
| 02.06.01.004-4                    | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DE FACE / ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES                            | 86,75    |
| 02.06.03.003-7                    | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR  | 138,63   |
| 90.01.01.489-0                    | (02.06.03.003-7) - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR (CONTRASTE INCLUSO + ANESTESIA) | 1.300,00 |
| 02.06.01.005-2                    | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOCO   | 86,75    |
| 02.06.02.002-3                    | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)                  | 86,75    |
| 02.06.02.003-1                    | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX   | 136,41   |
| 90.01.01.497-0                    | (02.06.02.003-1) TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX (CONTRASTE INCLUSO + ANESTESIA)                              | 1.300,00 |
| 02.06.01.006-0                    | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA  | 97,44    |
| 02.11.06.028-3                    | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA  | 280,00   |
| 90.01.01.458-0                    | TOMOGRAFIA DE CÓRNEA  | 300,00   |
| <b>RESSONANCIA MAGNETICA</b>      |   |          |
| 02.07.01.001-3                    | ANGIORESSONANCIA CEREBRAL (ARTERIAL E VENOSA)   | 268,75   |
| 02.07.01.002-1                    | RESSONÂNCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)   | 268,75   |
| 02.07.03.002-2                    | RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR   | 268,75   |
| 02.07.01.003-0                    | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO  | 268,75   |
| 02.07.01.004-8                    | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA   | 268,75   |
| 02.07.01.005-6                    | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA  | 268,75   |
| 90.01.01.466-0                    | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CORAÇÃO MORFOLÓGICA E FUNCIONAL  | 1.500,00 |
| 90.01.01.484-0                    | (02.07.01.006-4) - RESSONANCIA MAGNETICA DO ENCÉFALO (CONTRASTE INCLUSO + ANESTESIA)                              | 1.200,00 |
| 90.01.01.485-0                    | (02.07.03.002-2) - RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR (CONTRASTE INCLUSO + ANESTESIA)      | 2.100,00 |
| 90.01.01.486-0                    | RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULAÇÃO (CONTRASTE INCLUSO + ANESTESIA)  | 1.100,00 |
| 90.01.01.487-0                    | RESSONANCIA MAGNETICA DE MAMA BILATERAL (CONTRASTE INCLUSO + ANESTESIA)   | 1.300,00 |
| 90.01.01.490-0                    | (02.07.01.003-0) - RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOCO (COM ANESTESIA)                               | 900,00   |
| 90.01.01.491-0                    | (02.07.01.004-8) - RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBAR (COM ANESTESIA)   | 900,00   |

|                                  |   |        |
|----------------------------------|---|--------|
| 90.01.01.492-0                   | (02.07.01.005-6) - RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA (COM ANESTESIA)                                     | 900,00 |
| 90.01.01.493-0                   | (02.07.01.006-4) - RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO (COM ANESTESIA)  | 900,00 |
| 02.07.01.006-4                   | RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO   | 268,75 |
| 02.07.03.003-0                   | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)   | 268,75 |
| 02.07.02.002-7                   | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)   | 268,75 |
| 02.07.01.007-2                   | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TURSICA   | 268,75 |
| 02.07.02.003-5                   | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX  | 268,75 |
| 02.07.03.004-9                   | RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA   | 268,75 |
| 02.07.03.001-4                   | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ABDOMEN SUPERIOR   | 268,75 |
| <b>FISIOTERAPIA (POR SESSAO)</b> |   |        |
| 03.02.01.001-7                   | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICA EM PACIENTE NO PRE/PÓS-CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS                                  | 20,00  |
| 03.02.03.001-8                   | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS COM COMPROMETIMENTO SISTÊMICO     | 20,00  |
| 03.02.02.001-2                   | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS  | 20,00  |
| 03.02.01.002-5                   | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTES COM DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS                                       | 20,00  |
| 03.02.03.002-6                   | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS                                | 20,00  |
| 03.02.06.004-9                   | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM COMPROMETIMENTO COGNITIVO  | 20,00  |
| 03.02.06.001-4                   | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO - FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS | 20,00  |
| 03.02.07.003-6                   | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQUELA POR QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADO)                  | 20,00  |
| 03.02.04.003-0                   | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR                                  | 20,00  |
| 03.02.04.001-3                   | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS                | 20,00  |
| 03.02.04.002-1                   | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS                | 20,00  |
| 03.02.07.001-0                   | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO   | 20,00  |
| 03.02.06.005-7                   | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA                                 | 20,00  |
| 03.02.02.002-0                   | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICOS CLÍNICOS   | 20,00  |
| 03.02.04.004-8                   | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS-CIRURGIA CARDIOVASCULAR  | 20,00  |
| 03.02.06.002-2                   | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEUROKINÉTICO FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS   | 20,00  |
| 03.02.02.003-9                   | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS CIRÚRGIAS ONCOLÓGICA                                     | 20,00  |

|                           |   |         |
|---------------------------|---|---------|
| 03.02.05.001-9            | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS | 20,00   |
| 03.02.05.002-7            | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS   | 20,00   |
| 03.02.06.003-0            | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR                           | 20,00   |
| 03.02.04.005-6            | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS                                  | 20,00   |
| 90.01.01.045-0            | SESSÃO DE FOTOTERAPIA (POR SESSÃO)  | 72,00   |
| 90.01.01.026-0            | SESSÃO DE LASERTERAPIA (POR SESSÃO)   | 72,00   |
| <b>PRÓTESES AUDITIVAS</b> |   |         |
| 07.01.03.003-8            | APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO A                    | 525,00  |
| 07.01.03.004-6            | APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO B                    | 700,00  |
| 07.01.03.005-4            | APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO C                    | 1100,00 |
| 07.01.03.007-0            | APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRACANAL TIPO B                         | 700,00  |
| 07.01.03.008-9            | APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRACANAL TIPO C                         | 1100,00 |
| 07.01.03.009-7            | APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO MICROCANAL TIPO A                         | 525,00  |
| 07.01.03.010-0            | APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO MICROCANAL TIPO B                         | 700,00  |
| 07.01.03.011-9            | APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO MICROCANAL TIPO C                         | 1100,00 |
| 07.01.03.012-7            | APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO RETRO-AURICULAR TIPO A                    | 525,00  |
| 07.01.03.013-5            | APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO RETRO-AURICULAR TIPO B                    | 700,00  |
| 07.01.03.014-3            | APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO RETRO-AURICULAR TIPO C                    | 1100,00 |
| 07.01.03.006-2            | APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRACANAL TIPO A                         | 525,00  |
| 02.11.07.009-2            | AVALIAÇÃO PARA DIAGNÓSTICO DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA  | 26,22   |
| 07.01.03.015-1            | MOLDE AURICULAR (REPOSIÇÃO)   | 8,75    |
| 02.11.07.024-6            | PESQUISA DE GANHO DE INSERÇÃO   | 12,00   |
| 07.01.03.016-0            | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO DE CONDUÇÃO OSSEA CONVENCIONAL TIPO A                                     | 500,00  |
| 07.01.03.018-6            | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO A  | 525,00  |
| 07.01.03.019-4            | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO B  | 700,00  |
| 07.01.03.020-8            | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO C  | 1100,00 |
| 07.01.03.021-6            | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRACANAL TIPO A   | 525,00  |
| 07.01.03.022-4            | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRACANAL TIPO B   | 700,00  |
| 07.01.03.023-2            | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRACANAL TIPO C   | 1100,00 |
| 07.01.03.024-0            | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO MICRO-CANAL TIPO A  | 525,00  |
| 07.01.03.025-9            | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO MICRO-CANAL TIPO B  | 700,00  |
| 07.01.03.026-7            | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO MICRO-CANAL TIPO C  | 1100,00 |
| 07.01.03.027-5            | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO RETRO-AURICULAR TIPO A  | 525,00  |



|                                    |   |         |
|------------------------------------|---|---------|
| 07.01.03.028-3                     | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO RETRO-AURICULAR TIPO B  | 700,00  |
| 07.01.03.029-1                     | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO RETRO-AURICULAR TIPO C  | 1100,00 |
| <b>ÓRTESES OCULARES</b>            |   |         |
| 90.01.01.375-0                     | ARMAÇÃO PARA ÓCULOS, MATERIAL DA ARMAÇÃO DE ACETADO DE CELULOSE OU METAL, TAMANHOS ADULTO E INFANTIL, HASTE COM AGULHA, TIPO ARO REDONDO, ESFÉRICO OU CILÍNDRICO, TIPO APOIO NARIZ PLAQUETA, CORES VARIADAS, COM PAR DE LENTES VISÃO SIMPLES. COMPREENDENDO A GRADUAÇÃO ESFÉRICO ENTRE -6.00 A + 6.00 COM OU SEM COMBINAÇÃO DE CILÍNDRICO ATÉ -4.00.  | 154,83  |
| 90.01.01.376-0                     | ARMAÇÃO PARA ÓCULOS, MATERIAL DA ARMAÇÃO DE ACETADO DE CELULOSE OU METAL, TAMANHOS ADULTO E INFANTIL, HASTE COM AGULHA, TIPO ARO REDONDO, ESFÉRICO OU CILÍNDRICO, TIPO APOIO NARIZ PLAQUETA, CORES VARIADAS, COM PAR DE LENTES VISÃO SIMPLES. COMPREENDENDO A GRADUAÇÃO ESFÉRICO ENTRE -6.25 A - 10.00 COM OU SEM COMBINAÇÃO DE CILÍNDRICO ATÉ -6.00, E ENTRE + 6.25 A +10.00 COM OU SEM COMBINAÇÃO DE CILÍNDRICO ATÉ -6.00   | 202,30  |
| 90.01.01.377-0                     | ARMAÇÃO PARA ÓCULOS, MATERIAL DA ARMAÇÃO DE ACETADO DE CELULOSE OU METAL, TAMANHOS ADULTO E INFANTIL, HASTE COM AGULHA, TIPO ARO REDONDO, ESFÉRICO OU CILÍNDRICO, TIPO APOIO NARIZ PLAQUETA, CORES VARIADAS, COM PAR DE LENTES VISÃO SIMPLES. COMPREENDENDO A GRADUAÇÃO ESFÉRICO ENTRE -10.25 A - 13.00 COM OU SEM COMBINAÇÃO DE CILÍNDRICO ATÉ -6.00, E ENTRE +10.25 A +14.25 COM OU SEM COMBINAÇÃO DE CILÍNDRICO ATÉ - 6.00   | 324,30  |
| 90.01.01.378-0                     | ARMAÇÃO PARA ÓCULOS, MATERIAL DA ARMAÇÃO DE ACETADO DE CELULOSE OU METAL, TAMANHOS ADULTO E INFANTIL, HASTE COM AGULHA, TIPO ARO REDONDO, ESFÉRICO OU CILÍNDRICO, TIPO APOIO NARIZ PLAQUETA, CORES VARIADAS, COM PAR DE LENTES VISÃO SIMPLES. COMPREENDENDO A GRADUAÇÃO ESFÉRICO ENTRE -13.25 A - 18.00 COM OU SEM COMBINAÇÃO DE CILÍNDRICO ATÉ -6.00, E ENTRE +14.50 A +18.00 COM OU SEM COMBINAÇÃO DE CILÍNDRICO ATÉ - 6.00. VISÃO SIMPLES ALTO ÍNDICE, DE MATERIAL ORGÂNICO. | 406,30  |
| 90.01.01.379-0                     | ARMAÇÃO PARA ÓCULOS, MATERIAL DA ARMAÇÃO DE ACETADO DE CELULOSE OU METAL, TAMANHOS ADULTO E INFANTIL, HASTE COM AGULHA, TIPO ARO REDONDO, ESFÉRICO OU CILÍNDRICO, TIPO APOIO NARIZ PLAQUETA, CORES VARIADAS, COM PAR DE LENTES VISÃO BIFOCAL. COMPREENDENDO A GRADUAÇÃO ESFÉRICO ENTRE + 8.00 A - 8.00 COM OU SEM COMBINAÇÃO DE CILÍNDRICO ATÉ -6.00, ADIÇÃO DE 1.00 ATÉ 3.50.  | 196,63  |
| 90.01.01.380-0                     | ARMAÇÃO PARA ÓCULOS, MATERIAL DA ARMAÇÃO DE ACETADO DE CELULOSE OU METAL, TAMANHOS ADULTO E INFANTIL, HASTE COM AGULHA, TIPO ARO REDONDO, ESFÉRICO OU CILÍNDRICO, TIPO APOIO NARIZ PLAQUETA, CORES VARIADAS, COM PAR DE LENTES VISÃO MULTIFOCAL. COMPREENDENDO A GRADUAÇÃO ESFÉRICO ENTRE +8.00 A -8.00 COM OU SEM COMBINAÇÃO DE CILÍNDRICO ATÉ -6.00, ADIÇÃO DE 1.00 ATÉ 3.50.   | 222,97  |
| <b>PROCEDIMENTOS ODONTÓLOGICOS</b> |   |         |
| 03.07.01.015-5                     | ADEQUAÇÃO DO COMPORTAMENTO DE CRIANÇAS  | 240,00  |
| 03.07.04.015-1                     | AJUSTE OCLUSAL  | 183,33  |
| 01.01.02.005-8                     | APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO   | 206,67  |
| 01.01.02.006-6                     | APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE)  | 156,67  |
| 01.01.02.007-4                     | APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR   | 123,33  |
| 90.01.01.412-0                     | AUMENTO DE VOLUME GENGIVAL: REMOÇÃO CIRÚRGICA   | 517,00  |
| 02.01.01.052-6                     | BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA   | 306,67  |
| 90.01.01.406-0                     | BIÓPSIA INCISIONAL DE TECIDOS MOLES   | 217,00  |

|                |   |        |
|----------------|---|--------|
| 03.07.01.001-5 | CAPEAMENTO PULPAR   | 166,67 |
| 90.01.01.238-0 | CIRURGIA - APLICAÇÃO DE SELANTE DE FÓSSULAS E FISSURAS POR ELEMENTO   | 126,67 |
| 90.01.01.239-0 | CIRURGIA - APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ FLUORETADO (POR ARCADEA)  | 133,33 |
| 90.01.01.240-0 | CIRURGIA - CONTROLE DE BIOFILME - POR SESSÃO  | 123,33 |
| 90.01.01.236-0 | CIRURGIA - EXODONTIA DE DENTES DECÍDUOS   | 203,33 |
| 90.01.01.235-0 | CIRURGIA - EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL   | 196,67 |
| 90.01.01.241-0 | CIRURGIA - PROFILAXIA E POLIMENTO CORONÁRIO   | 140,00 |
| 90.01.01.242-0 | CIRURGIA - REMINERALIZAÇÃO - POR SESSÃO   | 176,67 |
| 90.01.01.405-0 | CIRURGIA ORAL MENOR/EXTRAÇÃO DO SISO  | 358,00 |
| 90.01.01.411-0 | CIRURGIA PERIODONTAL PARA DENTÍSTICA RESTAURADORA: AUMENTO DE COROA CLÍNICA POR RETALHO   | 283,00 |
| 90.01.01.410-0 | CIRURGIA PERIODONTAL PARA DENTÍSTICA RESTAURADORA: GENGIVECTOMIA  | 400,00 |
| 90.01.01.417-0 | CIRURGIAS DE LESÕES DENTÁRIAS PERIAPICAIS   | 517,00 |
| 04.14.02.004-9 | CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES   | 316,67 |
| 04.14.02.005-7 | CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR   | 480,00 |
| 03.07.02.002-9 | CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECANICO   | 166,67 |
| 90.01.01.416-0 | DESINSERÇÕES DE TECIDO MOLES, CIRURGIA DE TECIDOS MOLES COM FINALIDADE PROTÉTICA, CIRURGIAS ESTÉTICO-FUNCIONAIS DE TECIDOS MOLES BUCAIS | 417,00 |
| 90.01.01.224-0 | DIAGNÓSTICO - CONDICIONAMENTO ODONTOPEDIATRIA   | 133,33 |
| 90.01.01.225-0 | DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA HALITOSE - POR SESSÃO   | 210,00 |
| 90.01.01.234-0 | DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE POR CANDIDOSE  | 250,00 |
| 04.14.02.012-0 | EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO  | 173,33 |
| 04.14.02.013-8 | EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE   | 263,33 |
| 04.01.01.008-2 | FRENECTOMIA   | 350,00 |
| 90.01.01.407-0 | LESÕES COM POTENCIAL DE MALIGNIZAÇÃO  | 217,00 |
| 90.01.01.414-0 | LESÕES DE FURCA: GRAU II - RASPAGEM E ALISAMENTO SUBGENGIVAL, CIRURGIA DE ACESSO, RESSEÇÃO RADICULAR E TUNELIZAÇÃO                      | 383,00 |
| 90.01.01.415-0 | LESÕES DE FURCA: GRAU III - RASPAGEM E ALISAMENTO SUBGENGIVAL, CIRURGIA DE ACESSO, RESSEÇÃO RADICULAR E TUNELIZAÇÃO                     | 393,00 |
| 90.01.01.413-0 | LESÕES DE FURCA: GRAU I - RASPAGEM E ALISAMENTO SUBGENGIVAL E CIRURGIA DE ACESSO  | 250,00 |
| 90.01.01.348-0 | MOLDAGEM COM CONFECÇÃO DE PRÓTESE PARCIAL - ESTRUTURA EM GRAMPO FUNDIDO   | 766,45 |
| 90.01.01.347-0 | MOLDAGEM COM CONFECÇÃO DE PRÓTESE TOTAL   | 684,34 |
| 90.01.01.243-0 | ODONTO RESTAURADORA - COLAGEM DE FRAGMENTOS DENTÁRIOS   | 200,00 |
| 90.01.01.244-0 | ODONTO RESTAURADORA - COROA PROVISÓRIA (POR ELEMENTO) EM ACRILICO   | 243,33 |
| 90.01.01.245-0 | ODONTO RESTAURADORA - PULPECTOMIA - INDEPENDENTEMENTE DA SEQUÊNCIA DO TRATAMENTO  | 260,00 |
| 90.01.01.246-0 | ODONTO RESTAURADORA - RASPAGEM SUB-GENGIVAL PARA TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO DA PERIODONTITE GRAVE DE ALTO RISCO - POR SEGMENTO            | 220,00 |
| 90.01.01.247-0 | ODONTO RESTAURADORA - RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - CLASSE II - 2 FACES   | 170,00 |
| 90.01.01.326-0 | ODONTO RESTAURADORA - RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - CLASSE II - 3 FACES  | 180,00 |
| 90.01.01.327-0 | ODONTO RESTAURADORA - RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL - CLASSE II - 1 FACE   | 206,67 |
| 90.01.01.328-0 | ODONTO RESTAURADORA - RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL - CLASSE II - 3 FACES  | 246,67 |

|  |  |          |
|--|--|----------|
| 90.01.01.330-0                                   | ODONTO RESTAURADORA - RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL - CLASSE II - 4 FACES                       | 293,33   |
| 90.01.01.337-0                                   | ODONTO RESTAURADORA - RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL CLASSE III                                  | 230,00   |
| 90.01.01.338-0                                   | ODONTO RESTAURADORA - RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL CLASSE IV                                   | 300,00   |
| 90.01.01.339-0                                   | ODONTO RESTAURADORA - RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL CLASSE V                                    | 206,67   |
| 90.01.01.341-0                                   | ODONTO RESTAURADORA - RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA/TRATAMENTO EXPECTANTE                                     | 140,00   |
| 90.01.01.356-0                                   | ODONTO RESTAURADORA - TRATAMENTO DE FLUROSE  | 166,67   |
| 90.01.01.248-0                                   | ODONTO RESTAURADORA - RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - CLASSE II - 3 FACES                                    | 190,00   |
| 90.01.01.288-0                                   | ODONTO RESTAURADORA - RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - CLASSE II - 4 FACES                                    | 240,00   |
| 90.01.01.325-0                                   | ODONTO RESTAURADORA - RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - CLASSE II - 2 FACES                           | 166,67   |
| 90.01.01.351-0                                   | ODONTO RESTAURADORA - TRATAMENTO DA MANUTENÇÃO PARA PERIODONTITE GRAVE (2 EM 2 MESES)                  | 270,00   |
| 90.01.01.360-0                                   | PACIENTES ESPECIAIS - ESTABILIZAÇÃO DO PACIENTE POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA             | 253,33   |
| 03.01.01.015-3                                   | PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA  | 216,67   |
| 03.07.02.007-0                                   | PULPOTOMIA DENTÁRIA  | 320,00   |
| 03.07.03.005-9                                   | RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS   | 196,67   |
| 03.07.03.002-4                                   | RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS   | 280,00   |
| 04.04.02.061-5                                   | REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR  | 200,00   |
| 90.01.01.404-0                                   | REMOÇÃO DE CISTOS  | 283,00   |
| 03.07.01.011-2                                   | RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA  | 173,33   |
| 03.07.01.009-0                                   | RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM AMÁLGAMA  | 150,00   |
| 03.07.01.010-4                                   | RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM IONÔMERO DE VIDRO   | 140,00   |
| 03.07.02.010-0                                   | RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNIRADICULAR  | 383,33   |
| 90.01.01.268-0                                   | (04.17.01.006-0) SEDAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS  | 350,00   |
| 01.01.02.009-0                                   | SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA  | 173,33   |
| 04.14.02.035-9                                   | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL   | 200,00   |
| 04.14.02.037-5                                   | TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL   | 263,33   |
| 04.14.02.038-3                                   | TRATAMENTO DE ALVEOLITE  | 250,00   |
| 90.01.01.408-0                                   | TRATAMENTO DE PERIODONTITES: RASPAGEM E ALISAMENTO RADICULAR SUBGENGIVAL                               | 393,00   |
| 90.01.01.409-0                                   | TRATAMENTO DE PERIODONTITES: CIRURGIA DE ACESSO  | 417,00   |
| 03.07.02.003-7                                   | TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE DECÍDUO  | 466,67   |
| 90.01.01.157-0                                   | TRATAMENTO ENDODÔNTICO POR ELEMENTO (INDEPENDENTE DO NÚMERO DE CANAIS QUE O ELEMENTO DENTÁRIO POSSUIR) | 280,00   |
| 03.07.01.007-4                                   | TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO (TRA/ART)   | 160,00   |
| 04.14.02.040-5                                   | ULOTOMIA/ULECTOMIA   | 250,00   |
| <b>TRANSPLANTES DE ORGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS</b> |  |          |
| 05.05.01.009-7                                   | TRANSPLANTE DE CÔRNEA  | 2.070,00 |
| 90.01.01.152-0                                   | TRANSPLANTE DE CÔRNEA (EM CIRURGIAS COMBINADAS)  | 1.129,30 |
| 90.01.01.153-0                                   | TRANSPLANTE DE CÔRNEA (EM REOPERAÇÕES)   | 1.129,30 |

| DESCRIÇÃO              | VALOR/KM |
|------------------------|----------|
| ADICIONAL DE LOCOMOÇÃO | 3,00     |

- Regramento do adicional de locomoção estabelecido no item 18.3. deste edital.

### **3. USUÁRIOS DOS SERVIÇOS**

**3.1.** Os usuários dos serviços referidos acima são oriundos dos Municípios consorciados ao CONIMS.

### **4. CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO**

**4.1.** Poderão credenciar-se todos os interessados que prestem e/ou forneça, serviços para fornecimento de órtese/prótese e prestação de serviços médicos ambulatoriais e serviços de apoio à diagnose e terapia (SADT), desde que atendam todos os requisitos exigidos neste instrumento de credenciamento.

#### **4.2. NÃO PODERÃO PARTICIPAR DO CREDENCIAMENTO**

**4.2.1.** Os interessados que estejam cumprindo as sanções previstas nos incisos III e IV, do art. 87, da Lei nº 8.666/93 e nas hipóteses do artigo 16 da Lei Estadual n.º 15.608/2007.

**4.2.2.** Não poderão participar deste credenciamento as pessoas físicas, empregados e servidores ou dirigente do órgão, empresas que se encontrem em processo de falência, dissolução, fusão, cisão ou de incorporação e as que estejam cumprindo suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com qualquer órgão Público, declaradas inidôneas, bem como as que se apresentem na forma de empresas em Consórcios.

### **5. PRAZO, LOCAL E FORMA PARA CADASTRAMENTO**

**5.1.** Os interessados poderão requerer o credenciamento, durante o período de expediente, no horário das 08h00min às 11h30min e das 14h00min às 16h00min horas, na sede do CONIMS, localizado na Rua Afonso Pena, 1902 na cidade de Pato Branco/PR ou pelo email do CONIMS – [www.credenciamento@conims.com.br](mailto:www.credenciamento@conims.com.br), mediante o cumprimento dos requisitos relacionados nos itens 06 e 07 deste edital durante sua vigência.

### **6. FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO**

**6.1.** O credenciamento será amplamente divulgado e estará permanentemente aberto aos interessados.

**6.2.** Os interessados poderão inscrever-se para o credenciamento a partir da publicação do presente Edital no jornal de circulação na região – Diário do Sudoeste de Pato Branco - e no sítio oficial do CONIMS – [www.conims.com.br](http://www.conims.com.br).

**6.3.** Serão consideradas credenciadas as empresas que apresentarem os documentos enumerados no item 07 deste instrumento.

**6.4.** Os interessados poderão ter acesso ao edital junto ao Setor de Licitações e Contratos do CONIMS e no seu site oficial: [www.conims.com.br](http://www.conims.com.br).

**6.5.** Somente será credenciado o prestador que estiver em conformidade com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, obtido no site <http://cnes.datasus.gov.br/o> qual deverá estar atualizado e compatível com o endereço dos alvarás, contrato social e local de prestação dos serviços a serem contratados.

## **7. DOCUMENTAÇÃO REFERENTE À HABILITAÇÃO**

### **7.1. Para prestadores com atendimentos/serviços em sede própria.**

**7.1.1** Requerimento para credenciamento, conforme modelo contido no anexo I.

**7.1.2.** Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - CNPJ.

**7.1.3.** Contrato social e todas as suas alterações.

**7.1.4.** Alvará de licença de funcionamento.

**7.1.5.** Alvará de licença da Vigilância Sanitária compatível com o endereço do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

**7.1.6.** Certidão Negativa de Falência, Concordata e Recuperação judicial/extrajudicial Lei nº 11.101/2005.

**7.1.7.** Balanço Patrimonial atualizado, devidamente registrado na Junta Comercial.

**7.1.8.** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, atualizado e compatível com o endereço dos Alvarás, Contrato Social e local de prestação dos serviços a serem executados.

**7.1.9.** Prova de regularidade fiscal para com a Receita Federal, Receita Estadual e Receita Municipal.

**7.1.10.** Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS).

**7.1.11.** Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, cfe. Art. 29, V inserido na Lei Nº 8.666/93 em 2011.

**7.1.12.** Cédula de identidade do (s) administrador (es).

**7.1.13.** CPF do (s) administrador (es).

**7.1.14.** Declaração de situação de regularidade, conforme anexo IV.

**7.1.15. Declaração de capacidade de produção/atendimentos mensais para cada espécie de exame/serviço que pretende prestar ao CONIMS, a fim de garantir a rotatividade exigida em lei.**

**7.2. Para prestadores com atendimentos/serviços nos municípios e nas unidades administradas pelo CONIMS.**

- 7.2.1. Requerimento para credenciamento, conforme modelo contido no anexo I.
- 7.2.2. Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - CNPJ.
- 7.2.3. Contrato social e todas as suas alterações.
- 7.2.4. Certidão Negativa de Falência, Concordata e Recuperação judicial/extrajudicial Lei nº 11.101/2005.
- 7.2.5. Balanço Patrimonial atualizado, devidamente registrado na Junta Comercial.
- 7.2.6. Prova de regularidade fiscal para com a Receita Federal, Receita Estadual e Receita Municipal.
- 7.2.7. Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS).
- 7.2.8. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, cfe. Art. 29, V inserido na Lei Nº 8.666/93 em 2011.
- 7.2.9. Cédula de identidade do (s) administrador (es).
- 7.2.10. CPF do (s) administrador (es).
- 7.2.11. Declaração de situação de regularidade, conforme anexo IV.
- 7.2.12. Declaração de capacidade de produção/atendimentos mensais para cada espécie de exame/serviço que pretende prestar ao CONIMS, a fim de garantir a rotatividade exigida em lei.**

### **7.3. DOCUMENTOS DOS PROFISSIONAIS QUE EXECUTARÃO OS SERVIÇOS:**

- 7.3.1. Cédula de identidade.
- 7.3.2. CPF.
- 7.3.3. Comprovante de inscrição no CONSELHO REGIONAL DA CATEGORIA.
- 7.3.4. Diplomas de cursos superior e especializações inerentes à área de atuação.
- 7.3.5. Declaração de emprego conforme anexo III.
- 7.3.6. Comprovante de residência atualizado, somente para prestadores com atendimentos/serviços em sede própria.

### **8. FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS**

- 8.1. Os documentos necessários à habilitação poderão ser apresentados em formato preferencialmente digitalizado e de forma legível.
- 8.2. Todos os documentos relacionados no item anterior devem estar dentro de sua validade, conforme o caso.
- 8.3. A Comissão Permanente de Licitação do CONIMS poderá, durante a análise da documentação, convocar os interessados para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários.
- 8.4. Será inabilitado o interessado que não apresentar toda a documentação válida exigida no presente edital.
- 8.5. **SUPRIMIDO. (Resolução nº 154 de 22/07/2022).**

## **9. PROCEDIMENTOS DO CADASTRO**

**9.1.** Ao requerer credenciamento, o interessado fornecerá os elementos necessários à satisfação das exigências contidas no item 7 (sete) deste Edital.

**9.2.** Os inscritos serão cadastrados por especialidade/serviço, segundo a avaliação técnica pelos elementos constantes da documentação relacionada no item 7 (sete) do presente Edital.

## **10. CRITÉRIOS DO CREDENCIAMENTO**

**10.1.** O credenciamento se dará a qualquer tempo, desde que o interessado preencha os requisitos do edital, sendo credenciados de acordo com a **necessidade da demanda**.

**10.2.** O credenciamento se dará após a análise e aprovação dos documentos relacionados no item 07 (sete), pela Comissão Permanente de Licitação e firmado através do Termo de Contrato, anexo VI deste Edital.

## **11. CONDIÇÕES PARA CONTRATAÇÃO**

**11.1.** Cumpridos os requisitos de habilitação, será elaborado o "Contrato de Prestação de Serviços", nos termos da minuta que consta do Anexo V, deste edital, onde serão estabelecidas as condições para prestação dos serviços, as limitações na sua prestação, quantidades e valores contratados.

**11.2.** Serão contratados os interessados que apresentarem o requerimento para inscrição no credenciamento devidamente preenchido, em concordância com a TABELA (código e descrição), acompanhado da documentação exigida no item 07 (sete) deste edital.

**11.3.** Somente será admitido o credenciamento conforme objeto deste edital à interessada que não estiver em débito ou com alguma irregularidade junto ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), Certidão de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União e a Certidão de Débitos Trabalhistas.

## **12. CONTRATO**

**12.1.** O credenciamento será formalizado através de Contrato de Prestação de Serviços, conforme minuta do anexo V.

**12.2.** Quando houver mudança de endereço, horários e/ou suspensão dos serviços, deverá ser solicitado antecipadamente pelo prestador por meio de REQUERIMENTO DE ALTERAÇÕES CONTRATUAIS, Anexo II, o qual deverá ser apresentado ao Setor de Licitações e Contratos do CONIMS juntamente com a documentação referente à alteração solicitada, ficando vedada a inclusão de novos serviços no contrato já firmado.

**12.3.** É admitida a troca/substituição de profissionais indicados a prestar o serviço pela Contratada, desde que sejam apresentados documentos válidos do profissional alterado/substituto, na forma dos itens 7.1.2 e 7.1.1.8.

**12.4.** A inclusão de novos serviços/exames somente será promovida mediante novo contrato, o qual deverá obedecer às disposições habilitatórias previstas neste edital.

### **13. FORMA DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

**13.1.** A Contratada irá atender os usuários oriundos dos Municípios consorciados à Contratante.

**13.2.** A Contratada executará os serviços em local, dia e horário a serem acordados entre as partes, podendo a prestação dos serviços acontecer na sede da Contratante, bem como na sede da Contratada.

**13.2.1.** A contratada poderá executar os atendimentos na Secretaria Municipal de Saúde dos Municípios consorciados, dependendo do interesse do município, o qual deve solicitar via ofício, respeitando ao cronograma a ser estabelecido pelo Setor de Controladoria de Execuções do Consórcio.

**13.3.** A Contratante poderá fiscalizar a execução dos serviços contratados em qualquer tempo.

**13.4.** Para prestação dos serviços contratados a contratada disponibilizará o (s) profissional (s) competente (s) para execução dos serviços.

**13.5.** O fornecimento de equipamentos, insumos e materiais ambulatoriais necessários à prestação dos serviços, dependerão do local de realização dos serviços, *(como o local somente será conhecido após o término do processo, este parágrafo será elaborado posteriormente e seu conteúdo limitar-se-á ao descrito no edital).*

**13.5.1.** Para os atendimentos nas unidades da Contratante serão fornecidos os Equipamentos de Proteção Individual – EPI's, os quais deverão ser obrigatoriamente utilizados de forma correta pela Contratada, conforme preconiza a legislação de prevenção de acidentes.

**13.5.2.** Em caso da não utilização dos Equipamentos de Proteção Individual – EPI's a contratada fica sujeita as penalidades legais do Item 16 e subitens.

**13.6.** Caso se verifique defeitos nos equipamentos decorrentes de má utilização ou se constatare desperdícios dos materiais e/ou insumos ambulatoriais cedidos pela Contratante à Contratada, poderá a Contratante solicitar ressarcimento mediante processo administrativo a ser aberto e comunicado por escrito, cabendo a Contratada o direito ao contraditório e à ampla defesa. *(Este será o conteúdo apenas para os prestadores que venham atender na sede da Contratante).*

**13.7.** Para efeito de faturamento e pagamento, a competência inicia-se no dia 25 (vinte e cinco) do mês anterior e vai até 24 (vinte e quatro) do mês relativo a



competência.

**13.8.** Em caso de não atendimento por impedimento de urgência da Contratada, deverá comunicar-se com a Contratante para acordar o atendimento, garantindo a programação, sem qualquer prejuízo ou ônus à Contratante.

**13.9.** A prestação do serviço não constitui, em hipótese alguma, vínculo empregatício de qualquer espécie entre a Contratada e a Contratante, nem implica em responsabilidade civil ou criminal desta pelos fatos decorrentes dos atendimentos e serviços realizados pelo Contratado aos pacientes.

**13.10.** A Contratada deverá possuir cadastro de **assinatura eletrônica** criptografada.

**13.11.** Os atendimentos realizados por encaminhamento dos municípios consorciados não poderão ser referenciados para atendimento de forma particular ou solicitação de complementação de valores para procedimentos e/ou exames.

**13.12.** Toda necessidade de serviços complementares e/ou procedimentos e/ou cirurgias deverão ser solicitados em guias específicas do SUS (Sistema Único de Saúde).

**13.12.1.** Caso a Contratada identifique que o procedimento a ser realizado no paciente não seja contemplado pelo Sistema Único de Saúde – SUS, deverá comunicar a Contratante no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, informando o tipo do procedimento, via ofício ou e-mail, para que sejam tomadas as devidas e necessárias providências para o atendimento e finalização do tratamento.

**13.12.2.** Não será obrigatório o credenciamento de todos os exames contemplados na tabela deste credenciamento.

**13.12.3.** O prestador de serviço atenderá os municípios consorciados ao CONIMS, localizados nos estados do Paraná e Santa Catarina.

**13.12.4.** Havendo mais de um prestador credenciado no mesmo município será realizado rodízio para atender Instituto do Credenciamento onde deverá haver distribuição de saldos igualitários entre os credenciados.

**13.12.5.** Será responsabilidade exclusiva do município consorciado o controle e a realização do rodízio entre os laboratórios credenciados.

**13.12.6.** O rodízio dos laboratórios credenciados, se dará independente da demanda de serviço, conforme Art. 25 da Lei 15.608/2007.

**13.12.7.** Caberá ao CONIMS informar e/ou disponibilizar aos municípios quando houver prestadores credenciados.

**13.12.8.** Somente será permitido desatender o rodízio estipulado no caso de um dos prestadores credenciados não realizar todos os exames necessários ao mesmo paciente, ocasião em que o exame será solicitado ao próximo credenciado que seja capaz de realizar toda a demanda de exames requisitados para o paciente.

**13.12.9.** O CONIMS não fica obrigado a fazer uso de todos os exames objetos de credenciamento, mas somente em caso de real necessidade do usuário.

### **13.13. CONSULTAS ESPECIALIZADAS**

**13.13.1.** Somente serão aceitas guia de referência/contra referência ou ficha de reconsulta autorizada, contendo, carimbo e rubrica do funcionário do município origem.

**13.13.2.** O tempo mínimo preconizado para cada consulta é de 15 (quinze) minutos, conforme determinação da Organização Mundial de Saúde (OMS). Porém, poderá o profissional atender em tempo menor desde que não afete a qualidade do atendimento. Se houver perda de qualidade e constatado atendimento em tempo inferior ao preconizado, a Contratante poderá invocar o contido na cláusula sexta e, conseqüentemente, o contido na cláusula sétima do instrumento contratual, podendo também caber a rescisão do presente instrumento.

**13.13.3.** As guias de referência/contra referência e fichas de reconsulta deverão ser entregues diariamente a funcionário da Contratante. No caso dos atendimentos serem prestados em município divergente da Contratante, os documentos deverão ser encaminhados semanalmente através do serviço de correio ou outros.

**13.13.4.** As fichas de reconsultas terão validade de 15 (quinze) dias. Quando ocorrer o atendimento dentro do referido prazo, não haverá custo para a Contratante. Após decorrido o preconizado, tal atendimento será considerado como consulta normal e contará para efeito de faturamento e pagamento.

**13.13.5.** O parâmetro utilizado para solicitação de exames está condicionado a Portaria nº 1101/02.

**13.13.6.** Conforme determina o Código de Ética Médica – CFM Art. 87 § 1º. o profissional médico está obrigado a utilizar o prontuário eletrônico disponibilizado através do sistema Web do Consórcio ou elaborar prontuário legível para cada paciente, no qual deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, devendo ser preenchido em cada avaliação.

### **13.13.7. CONSULTAS ESPECIALIZADAS EM TELEMEDICINA**

**13.13.7.1.** O Projeto piloto engloba a teleconsulta; a emissão de receitas médicas subscritas via certificado digital; o telediagnóstico, que consiste no envio ao médico cardiologista responsável de exames, como eletrocardiograma e ecocardiograma, para avaliação; teleorientação e telemonitoramento, que pode ser útil no acompanhamento de enfermos hipertensos e com insuficiência cardíaca.

**13.13.7.2.** A Contratada atenderá, em sua sede, aos pacientes dos Municípios de São Lourenço do Oeste e Coronel Martins, adaptando seu pessoal, sua estrutura,

equipamentos e ferramentas tecnológicas aos fins desta Resolução, bem como deve possuir inscrição junto ao Conselho Regional de Medicina – CRM, com médico cardiologista responsável técnico.

**13.13.7.2.1.** A Contratada deverá utilizar o software disponibilizado pelo CONIMS, do qual receberá treinamento, para atendimento, preenchimento de prontuário, digitação e prestação de contas dos atendimentos realizados, registrando de forma detalhada a avaliação clínica dos pacientes (incluindo medicação prescrita e exames solicitados), bem como deverá preencher o ANEXO XIII - TERMO DE RESPONSABILIDADE DE EMPREGO DA TELEMEDICINA.

**13.13.7.2.2.** É dever do Prestador garantir a confidencialidade dos dados sobre pacientes, responsabilizando-se por todas as informações incluídas no sistema, e por eventuais danos que possam decorrer do uso indevido da senha, ainda que por terceiros.

**13.13.7.3.** Compete ao MUNICÍPIO gerenciar os agendamentos a que se refere esta Resolução, providenciando sala específica com infraestrutura de telecomunicação na unidade de saúde e computador integrado ao sistema de informações de prontuário eletrônico do CONIMS.

**13.13.7.3.1.** Por ocasião da consulta, o paciente será esclarecido do método de atendimento, em razão do que assinará TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE e ESCLARECIDO, constante do Anexo XII, e será acompanhado de servidor da área técnica de enfermagem do MUNICÍPIO, que funcionará como facilitador e auxiliar.

**13.13.7.3.2.** No atendimento específico por telemedicina, os agendamentos serão através do sistema IDS, sendo que o paciente virá até a sede do CONIMS, o qual disponibilizará, consultório com acompanhamento integral de profissional de enfermagem, que dará ciência ao paciente de todos os aspectos legais, com base na Lei Nº 13.709/2018 Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), Decreto Nº 10.046/2019 o qual Dispõe sobre a governança no compartilhamento de dados no âmbito da administração pública federal e Resolução CFM Nº 2.314/2022 que define e regulamenta a telemedicina.

**13.13.7.3.3.** O profissional médico, fará o atendimento de forma online, através do prontuário eletrônico do sistema de saúde e gerenciamento do CONIMS, observando a legislação descrita no item 13.13.7.3.2.

## **13.14. SERVIÇOS DE APOIO A DIAGNOSE E TERAPIA**

**13.14.1.** Os usuários, previamente agendados pelo município consorciado, serão atendidos mediante apresentação de requisição de exames e/ou procedimentos, com carimbo e rubrica do funcionário responsável do município de origem e também pelo funcionário responsável pela autorização no sistema do CONIMS.

**13.14.2.** Para os exames que geram imagens, estas deverão ser apresentadas em filme, juntamente com o laudo, sem qualquer acréscimo financeiro ao valor do exame.

**13.14.3.** Os resultados dos exames abaixo relacionados, deverão ser informados também no SISCAN (Sistema de Informação do Câncer).

0204030030 – MAMOGRAFIA

0204030018 – MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO

0203020019 - EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA

0203020081 – EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE COLO UTERINO – BIOPSIA

0203020022 – EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE COLO UTERINO – PEÇA CIRURGICA

0203020065 – EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA – BIOPSIA

0203020073 – EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA – PEÇA CIRURGICA

**13.14.4.** A Contratada deverá na primeira sessão de psicoterapia, fonoterapia, nutrição, acupuntura e/ou fisioterapia, emitir relatório inicial, relatando, inclusive, o tempo provável para o tratamento, o qual deverá ser apresentado ao médico solicitante que encaminhou o paciente para atendimento especializado, sendo que este deverá ser encaminhado para Secretaria Municipal de Saúde do Município de origem do paciente.

**13.14.5.** As terapias Fonoaudiológicas deverão ter duração mínima de 60 min (sessenta minutos) conforme determinação da Organização Mundial da Saúde – OMS

**13.14.6.** A sessão de psicoterapia individual terá duração mínima de 50 min (cinquenta minutos) e o atendimento em grupo está duração de 1hora e 20min (uma hora e vinte minutos).

**13.14.7.** As terapias de Nutrição deverão ter duração mínima de 40 min (quarenta minutos).

**13.14.8.** A sessão de acupuntura com inserção de agulhas terá duração mínima de 45 min (quarenta e cinco minutos).

**13.14.9.** O número de atendimentos dependerá da linha terapêutica utilizada, porém deverão ser destinados de 2 (duas) a 3 (três) sessões iniciais para a avaliação psicodiagnóstica.

**13.14.10.** No atendimento psicoterapêutico, fonoaudiológico infantil e nutrição deverá ser realizado o planejamento de sessões adicionais para orientação a pais e professores.

**13.14.11.** Determina-se que o contratado oriente o paciente para que, na necessidade de faltar, o mesmo justifique com antecedência e que se não o fizer poderá ser considerado abandono de tratamento;

**13.14.12.** Ao término do tratamento em psicoterapia, fonoterapia, nutrição, acupuntura e/ou fisioterapia a contratada deverá enviar ao médico solicitante que encaminhou o paciente, formulário de contra referência, o qual constará sucintamente a evolução e conclusão do tratamento, devendo proceder da mesma forma caso o paciente tenha abandonado o tratamento, este deverá ser encaminhado para Secretaria Municipal de Saúde do Município de origem do paciente.

**13.14.13.** As sessões poderão ser realizadas em menor tempo que o aqui estipulado, desde que não afete a qualidade do atendimento, sendo que, se houver perda de qualidade e constatado o atendimento em tempo inferior ao preconizado a Contratante poderá invocar o contido na cláusula sexta e conseqüentemente o contido na cláusula sétima do instrumento de contrato, podendo também acarretar a rescisão do contrato;

**13.14.14.** A Contratada deverá proceder ao preenchimento dos relatórios de atendimento em Nutrição conforme anexo VII, Terapia Fonoaudiológica de Grupo, conforme anexo VIII, Terapia Fonoaudiológica Individual, conforme anexo IX, Atendimento em Psicoterapia de Grupo, conforme anexo X, atendimento em Psicoterapia Individual, conforme anexo XI, Sessão de Acupuntura com inserção de agulhas, conforme anexo XII, para fins de controle e faturamento.

**13.14.15.** Para o atendimento de terapias o paciente deve assinar ao término de cada sessão realizada o relatório de atendimento, não podendo assinar de uma só vez.

### **13.15. ORTESE/PROTESE**

**13.15.1.** Os pacientes serão atendidos para a protetização mediante Guia de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais, contendo, carimbo e rubrica do funcionário do município de origem.

**13.15.2.** A Contratante disponibilizará um local para que se realize todas as etapas contemplando a moldagem, fornecimento e adaptação.

**13.15.3.** O atendimento e fornecimento ocorrerão conforme a agenda disponibilizada pela Contratante, em horário pré-acordado entre as partes.

**13.15.4.** A escolha do AASI (Aparelho de Amplificação Sonora Individual) para o usuário será por critério clínico determinado pela equipe de protetização auditiva da Contratante.

**13.15.5.** A Contratada deverá disponibilizar todos os aparelhos, garantindo o fornecimento pelo tempo de vigência do contrato, incluindo as substituições e trocas, bem como, deverá fornecer para cada usuário, 06 (seis) pilhas por aparelho e manual de utilização e cuidados.

**13.15.6.** Os aparelhos ofertados deverão ser novos, não sendo aceitos produtos

recondicionados ou usados.

**13.15.7.** No caso de aparelhos intra-auricular, intra-canal ou micro canal devem ser encaminhados aparelhos acoplados (montados). Ou seja, devem ser aparelhos completos e não apenas o circuito (faceplate) dos mesmos.

**13.15.8.** Os aparelhos intra-articulares deverão ser identificados com o nome do usuário, número de série, marca e modelo, devendo ser entregues no prazo máximo de 45 (quarenta e cinco) dias a contar do primeiro atendimento.

**13.15.9.** Em caso de inadaptação do usuário ao aparelho no período de 20 (vinte) dias após a protetização, este deverá ser substituído pela Contratada por outro que se adapte melhor, num prazo de 60 (sessenta) dias, sem ônus adicional para a Contratante e para o usuário.

**13.15.10.** Os aparelhos com bateria deverão receber revisão a cada 6 (seis) meses, dentro do prazo de garantia, caso ocorra algum problema técnico durante os testes.

**13.15.11.** A Contratada deverá manter permanentemente na Unidade de Protetização Auditiva da Contratante uma bateria de aparelhos para teste, com 1 (uma) cartela de 6 pilhas para cada modelo de bateria, contendo 02 (duas) próteses auditivas para cada modelo ofertado (tipos A B e C), além de material de moldagem e demais materiais necessários ao teste de verificação individual de cada usuário, sem ônus para a Contratante.

**13.15.12.** A Contratada responsabiliza-se pelo conserto do AASI durante o prazo de garantia, sem ônus para o usuário, incluindo o transporte do aparelho, exceto se a danificação decorrer do mau uso devidamente comprovado. Findado o prazo da garantia, o ônus do conserto passa a ser do usuário.

**13.15.13.** O prazo máximo para a devolução do aparelho consertado ao paciente deverá ser de 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega do aparelho à Contratada.

**13.15.14.** A Contratada deverá fornecer assistência técnica dos AASI até findada a garantia, independente do seu descredenciamento ou do vencimento do contrato.

**13.15.15.** A Contratada é responsável por comunicar à Contratante da indisponibilidade para entrega de qualquer dos modelos de aparelho auditivo, bem como o restabelecimento da disponibilidade, que não poderá exceder a 60 (sessenta) dias sob pena de descredenciamento.

**13.15.16.** O acompanhamento audiológico será realizado pela Contratada durante toda a fase de protetização.

**13.15.17.** A Contratada deverá orientar quanto aos cuidados com seu aparelho auditivo e entregar para cada paciente um Manual de Utilização e Cuidados do Aparelho Auditivo.

**13.15.18.** A Contratada terá que fazer a reposição de AASI sempre que ocorrer falha técnica do funcionamento dos componentes internos e/ou externos do AASI, até o

término do prazo de garantia do aparelho.

**13.15.19.** O prestador contratado para confeccionar e fornecer os óculos deverá adotar os seguintes procedimentos:

**13.15.19.1.** A contratada deverá registrar a data da entrega e tomar a assinatura do paciente no ato da entrega dos óculos, para conferência e faturamento do valor correspondente.

**13.15.19.2.** O prazo da garantia dos óculos, relacionados a defeitos de fabricação, se inicia a partir da data da entrega ao paciente, com 90 (noventa) dias para teste do paciente, e caso verificada alguma inconformidade nos óculos, a contratada deverá corrigir, isento de qualquer ônus por parte deste CONIMS, paciente, município consorciado.

### **13.16. SISTEMA**

**13.16.1.** O controle dos quantitativos de atendimentos realizados dentro do período é de responsabilidade única e exclusiva da Contratada, sendo que a Contratante disponibilizará o **Sistema** para processar a produção referente a competência, que ficará responsável pelo controle do saldo contratado, a qual deverá ser lançada e encaminhadas as guias de referência/contra referência, fichas de reconsulta, solicitações de exames e procedimentos e suas devidas autorizações, cabendo a Contratante apenas conferir as quantidades apresentadas no faturamento.

**13.16.1.1.** Através dos relatórios que podem ser emitidos pelo sistema, a contratada fica responsável pelo acompanhamento e conferência do saldo remanescente contratado.

**13.16.1.2.** A contratante fica eximida da responsabilidade de pagamento pelos serviços prestados acima do saldo contratado.

**13.16.2.** Os interessados em prestar serviços em **consultas médicas** especializadas devem dispor de computador com internet para alimentar o prontuário eletrônico no sistema, sendo que as consultas só serão pagas se for emitida a contra referência pelo profissional.

**13.16.3.** Os interessados em prestar serviços de **apoio à diagnose e terapia** devem dispor de computador com internet para alimentar no sistema o lançamento da produção no período do faturamento, sendo que só serão pagos se estiverem no sistema.

**13.16.4.** Os interessados em prestar serviços de **órtese/prótese** devem dispor de computador com internet para alimentar o prontuário eletrônico no sistema, sendo que só serão pagos mediante moldagem, adaptação e entrega do aparelho auditivo.

**13.16.5.** O sistema será disponibilizado única e exclusivamente para o atendimento aos usuários dos municípios consorciados ao CONIMS, sendo vetada a utilização que

não seja para a função descrita, ficando sujeito às penalidades previstas na legislação vigente, caso comprovado desvios de utilização.

#### **14. PRAZO DE VIGÊNCIA**

**14.1.** O presente Credenciamento entrará em vigor na data de sua assinatura e tem validade por 12 (doze) meses, sendo que os contratos poderão ser prorrogados mediante assinatura de Termo Aditivo.

#### **15. OBRIGAÇÕES DAS PARTES**

##### **15.1. A CONTRATANTE FICA OBRIGADA**

**15.1.1.** Efetuar os pagamentos na forma ajustada.

**15.1.2.** Fornecer e colocar à disposição da Contratada todas as informações que se fizerem necessárias à execução dos serviços contratados.

**15.1.3.** Comunicar imediatamente à CONTRATADA quaisquer irregularidades com o objeto contratado.

**15.1.4.** Fiscalizar a realização do serviço contratado.

##### **15.2. A CONTRATADA FICA OBRIGADA**

**15.2.1.** Prestar os serviços na forma ajustada.

**15.2.2.** Obedecer às diretrizes emanadas do responsável competente da contratante, no tocante à organização e realização dos serviços em causa.

**15.2.3.** Permitir fiscalização pelo CONTRATANTE, nos serviços contratados, independente de agendamento prévio.

**15.2.4.** Providenciar a imediata correção das divergências apontadas pela CONTRATANTE quanto à execução dos serviços contratados.

**15.2.5.** Atender aos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais decorrentes da execução do presente Contrato.

**15.2.6.** A Contratada deverá manter durante toda a vigência contratual, compatibilidade com as obrigações assumidas assim como todas as condições de habilitação e qualificação, inclusive: Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas e Certidão de Quitação de Tributos e Contribuições Federais, adimplente com encargos sociais e todas as despesas diretas e indiretas do objeto contratado demonstrando situação regular no cumprimento.

**15.2.7.** Executar diretamente o contrato, não transferindo a terceiros, por qualquer forma, mesmo parcialmente, o Contrato, nem subcontratar quaisquer das prestações a que está obrigada.



**15.2.8.** Alimentar o sistema, informando todos os dados necessários para processar o faturamento no período do dia 25(vinte e cinco) do mês anterior a 24 (vinte e quatro) do mês relativo à competência.

**15.2.9.** A Contratada deverá possuir cadastro de assinatura eletrônica criptografada.

**15.2.10.** Ofertar aos usuários um espaço ou edificação acessível no caso de prestadores com atendimentos/serviços em sede própria, ou seja, a instalação deverá ser projetada e executada de acordo com as exigências legais e com o estabelecido nas Normas Brasileiras (NBRs) da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), subentendendo-se pelo documento da "Licença Sanitária e Localização" que por meio destes documentos está sendo cumprido as exigências de acessibilidade.

## **16. PENALIDADES**

**16.1.** Quando a Contratada não cumprir com as obrigações assumidas ou com os preceitos legais serão aplicadas as seguintes penalidades, cumulativas ou não, conforme o caso:

**16.1.1.** Advertência.

**16.1.2.** Multa de 2 % (dois por cento) sobre o valor contratual quando:

a) Os serviços estiverem em desacordo com as especificações contidas no contrato ou em descumprimento com uma das cláusulas.

b) Se houver rescisão por culpa ou requerimento da Contratada sem causa justificada ou amparo legal.

c) Pela descontinuidade dos serviços, a ser cobrada por dia parado, até o limite de 10 (dez) dias.

**16.2.** Sem prejuízo da multa estabelecida pela Contratante, a Contratada responderá pelas perdas e danos causados, os quais serão mensurados caso a caso.

**16.3.** Caso a Contratada não venha a recolher a multa devida dentro do prazo determinado, a mesma será descontada do valor das parcelas de pagamento vincendas, garantindo a esta o pleno direito de defesa.

**16.4.** Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a administração, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação, perante o CONIMS, que ocorrerá sempre que o faltoso ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada.

**16.5.** Impedimento de participar de licitações e contratar com o CONIMS, por prazo não superior a 02 (dois) anos.

**16.6.** Além das penalidades citadas, a licitante vencedora ficará sujeita, ainda, ao cancelamento de sua inscrição no cadastro de fornecedores do CONIMS e, no que couber às demais penalidades referidas no Capítulo IV da Lei nº 8.666/93.

## **17. RESCISÃO/DESCRENCIAMENTO**

**17.1.** Descrédenciamento Voluntário por qualquer das partes

**17.1.1.** Para efetuar a rescisão/descrédenciamento a contratada deverá enviar requerimento de descrédenciamento endereçado ao CONIMS, com um prazo de antecedência de 60 (sessenta) dias.

**17.1.2.** A rescisão/descrédenciamento contratual poderá ser solicitada também pelo CONIMS, o qual deverá demonstrar que tal fato não resultará em prejuízo à Administração Pública.

## **17.2. DESCRENCIAMENTO INVOLUNTÁRIO**

**17.2.1.** O CONIMS poderá rescindir o contrato, unilateralmente, e consequentemente descrédenciar a Contratada, mediante comunicação escrita, assegurando o contraditório e a ampla defesa, sem que, por isso, seja obrigada a suportar ônus de indenização, multa ou pagamento extra, a qualquer título, se a Contratada:

**17.2.1.1.** Deixar de executar os serviços na forma e nos prazos estipulados no Edital de Credenciamento, ou infringir qualquer disposição do Contrato, na forma dos artigos 77 e 78 da Lei nº 8.666/93, e posteriores alterações, com as consequências previstas no art. 80 da referida Lei, sem que caiba à Contratada direito a qualquer indenização.

**17.2.1.2.** Recusar-se a receber ou cumprir instruções para melhor execução e/ou fornecimento do serviço;

**17.2.1.3.** Verificada qualquer infração do contrato por parte da Contratada;

**17.2.1.4.** Quando houver a existência de 03 (três) reclamações por escrito de pacientes e gestores municipais, garantido o contraditório e a ampla defesa a contratada;

**17.2.1.5.** Proceder a eventual cobrança de qualquer valor excedente dos pacientes ou seus responsáveis.

**17.2.2.** A rescisão unilateral do contrato poderá também ocorrer, mediante autorização da autoridade competente, reduzida a termo no processo licitatório, quando comprovada a conveniência para a Administração.

**17.3.** Em caso de rescisão contratual o pagamento final será realizado até o dia 30 do mês posterior ao da data descrita na nota fiscal mesmo que o encerramento da prestação do serviço se dê anterior a esta data.

## **18. VALOR**

**18.1.** A remuneração pela prestação dos serviços será de acordo com a Tabela de Valores deste Credenciamento.

**18.2.** Fica vedado o pagamento de qualquer sobretaxa em relação à tabela adotada.

**18.3. DO ADICIONAL DE LOCOMOÇÃO** (INCLUÍDO PELA RESOLUÇÃO Nº 160/2022).

**18.3.1.** O adicional de locomoção será concedido com a anuência do município tomador dos serviços, e o seu valor será desembolsado de acordo com a data da execução dos serviços no município, constante nos relatórios do sistema de saúde, dentro de cada competência.

**18.3.2.** Para efeitos de concessão do adicional de locomoção ao prestador do serviço, será considerado como parâmetro a origem ou ponto de partida:

**18.3.2.1.** Do município da sede da pessoa jurídica ou do domicílio do profissional, dentre eles o de menor distância até o município de prestação do serviço, desde que esteja compreendido entre os municípios consorciados;

**18.3.2.2.** Caso o município da sede da pessoa jurídica ou do profissional não esteja compreendido entre os municípios consorciados, a distância até o município de prestação do serviço, considerado o mais próximo do destino entre: Pato Branco/PR, Chopinzinho/PR, São Lourenço do Oeste/SC ou município não consorciado.

**18.3.3.** O parâmetro da distância para desembolso adicional de locomoção será por quilômetro rodado, utilizando-se como ferramenta de consulta o endereço eletrônico <https://www.google.com.br/maps>.

**18.3.4.** O adicional de locomoção não será concedido:

**18.3.4.1.** Quando se referir a atendimentos nas Unidades do Consórcio Intermunicipal de Saúde: Sede em Pato Branco/PR, Chopinzinho/PR e São Lourenço do Oeste/SC;

**18.3.4.2.** Quando a pessoa jurídica ou profissional vinculado a PJ, estiver sediado (a)/domiciliado (a) no mesmo Município onde prestará o serviço.

## **19. GARANTIA DE QUALIDADE**

**19.1.** A Contratada garante qualidade em todo objeto do presente instrumento, valendo esta cláusula como certificado, a qual poderá ser invocada a qualquer tempo.

## **20. FATURAMENTO E PAGAMENTO.**

**20.1.** Para efeito de faturamento e pagamento, a competência inicia-se no dia 25(vinte e cinco) do mês anterior e vai até o dia 24(vinte e quatro) do mês relativo à competência.

**20.2.** Os serviços efetivamente prestados pela Contratada deverão ser apresentados, através da produção no Sistema, sendo que os pagamentos serão realizados até o dia 30 do mês posterior ao da data descrita na nota fiscal.

**20.2.1.** Somente serão realizados os pagamentos que não ultrapassarem o saldo contratado.

**20.3.** Constatados erros, divergências ou outra causa nos documentos apresentados à cobrança pela Contratada, será o respectivo valor descontado da fatura apresentada para fins de análise e verificação, sendo que, depois de corrigidos os problemas, o valor será incluído no pagamento da fatura seguinte, ou rejeitado mediante comunicação escrita à Contratada.

**20.4.** A iniciativa e encargo do cálculo da nota fiscal serão de responsabilidade da Contratada, cabendo à Contratante apenas a verificação do resultado obtido.

**20.5.** A Contratada deverá manter-se regularizada, perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas e Certidão de Quitação de Tributos e Contribuições Federais, para que a Contratante, possa efetuar os devidos pagamentos. Caso a Contratada esteja em débito com tais entidades eventuais pagamentos ficarão retidos e a suspensão da prestação de serviços, até regularização. Constatada a irregularidade a contratada será notificada para regularização e comunicada da retenção do pagamento e a suspensão dos serviços.

**20.6.** O pagamento será depositado diretamente na conta bancária da Contratada conforme dados fornecidos no ANEXO I do presente Edital.

**20.7.** O pagamento ficará retido no caso de descumprimento pela Contratada de qualquer disposição do edital ou do contrato.

**20.8.** Não poderá ser cobrado qualquer tipo de despesa senão única e exclusivamente o valor dos serviços contratados.

**20.9.** Quando inadimplente, o pagamento será monetariamente atualizado, a partir do dia de seu vencimento e até o de sua liquidação, segundo os mesmos critérios adotados para a atualização de obrigações tributárias da entidade, de acordo com o IPCA acumulado no período, e juros moratórios, à razão de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculados "pro rata tempore" em relação ao atraso verificado vigente na data de seu pagamento. Mediante aplicação das seguintes fórmulas:

$$I = (TX / 100) / 365$$

$$EM = I \times N \times VP$$

Onde:

I = Índice de atualização financeira;

TX = Percentual da taxa de juros de mora anual;

EM = Encargos moratórios;

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

VP = Valor da parcela em atraso.

**20.10.** Em caso de Processo Administrativo, o CONIMS poderá deduzir o valor de multas impostas do saldo a pagar.

## **21. REAJUSTE**

**21.1.** Os valores poderão ser reajustados, conforme deliberação do Conselho Deliberativo do Consórcio.

## **22. SUBCONTRATAÇÃO**

**22.1.** O Contrato de Prestação de Serviços não poderá ser objeto de cessão, transferência, subcontratação no todo ou em parte, não podendo a Contratada se valer deste para vincular terceiros a presente contratação, sob pena de imediata rescisão/descredenciamento e aplicação das penalidades previstas no item 16(dezesseis) e 17(dezessete) do presente instrumento.

## **23. DISPOSIÇÕES GERAIS**

**23.1.** Esclarecimentos relativos ao presente edital e às condições para atendimento das obrigações necessárias ao cumprimento do seu objeto, serão prestados pelo Setor de Licitações e Contratos, na Sede do CONIMS, localizada na Rua Afonso Pena nº 1902, CEP 85.501-530, Fone/Fax (46) 3313-3550 ou e-mail licitacao@conims.com.br.

**23.2.** A participação no presente credenciamento implica no conhecimento e na aceitação plena deste Edital e suas condições.

**23.3.** Após as contratações, todos os serviços/profissionais serão disponibilizados aos municípios consorciados, ficando a cargo desse a decisão em consenso com seu usuário a referência ao serviço/profissional.

**23.4.** As despesas geradas em função da aquisição do objeto do presente contrato correrão por conta das dotações orçamentárias previstas sob códigos n.º 02.01.2.002.3.3.90.39.00.00.00.00 – Fontes 076, 000.

**23.5.** Fica eleito o foro da cidade de Pato Branco, Estado do Paraná, como competente para dirimir todas as questões decorrentes do credenciamento.

## **24. ENCERRAMENTO DO EDITAL**

**24.1.** O presente edital poderá ser encerrado mediante deliberação do Conselho de Prefeitos e/ou Conselho Deliberativo.

## **25. ANEXOS**

**25.1.** Fazem parte integrante deste Edital, para todos os fins e efeitos, os seguintes anexos:

**25.1.1.** Anexo I – Modelo de Requerimento para Inscrição no credenciamento de pessoas jurídicas da área de saúde para fornecimento de órtese/prótese e prestação de serviços médicos ambulatoriais e serviços de apoio à diagnose e terapia - (SADT)

**25.1.2.** Anexo II – Modelo REQUERIMENTO DE ALTERAÇÕES CONTRATUAIS;

**25.1.3.** Anexo III - Modelo de Declaração de Emprego;

**25.1.4.** Anexo IV-Declaração de Situação de Regularidade;

**25.1.5.** Anexo V- Minuta do Contrato;

**25.1.6.** Anexo VI – Modelo Relatório de Atendimento de Nutrição;

**25.1.7.** Anexo VII – Modelo Relatório de Atendimento de Fonoaudiologia (Grupo);

**25.1.8** Anexo VIII – Modelo Relatório de Atendimento de Fonoaudiologia (Individual);

**25.1.9.** Anexo IX – Modelo Relatório de Atendimento de Psicologia (Grupo);

**25.1.10.** Anexo X – Modelo de Relatório de atendimento de Psicologia (Individual);

**25.1.11.** Anexo XI – Modelo Relatório de Atendimento de Acupuntura;

**25.1.12.** Anexo XII - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Uso, em Regime de Exceção, da Telemedicina;

**25.1.13.** Anexo XIII - Termo de Responsabilidade de Emprego da Telemedicina.

Pato Branco/PR, 19 de janeiro de 2024.

**PAULO HORN**  
**PRESIDENTE**

**ANEXO I**  
**MODELO DE REQUERIMENTO PARA INSCRIÇÃO NO**  
**CREDENCIAMENTO**

Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde  
Setor de Licitações e Contratos  
Pato Branco – PR

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DE SAÚDE PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS divulgado pelo **Consórcio Intermunicipal de Saúde – CONIMS**, nos termos do presente Edital.

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Comercial: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

C.N.P.J: \_\_\_\_\_ Estadual: \_\_\_\_\_ Inscr.

Municipal \_\_\_\_\_ Banco \_\_\_\_\_ Ag: \_\_\_\_\_ Conta

Corrente n. ° \_\_\_\_\_ Profissional que executará os serviços: \_\_\_\_\_

Nº do conselho da categoria do profissional que executará os serviços:  
Procedimentos (relacionar os itens de acordo com a Tabela-código e descrição)

WhatsApp do Profissional: \_\_\_\_\_

E-mail do Profissional: \_\_\_\_\_

| Código | Descrição |
|--------|-----------|
| _____  | _____     |
| _____  | _____     |
| _____  | _____     |
| _____  | _____     |

Horários e dias que o prestador disponibilizará para o atendimento aos serviços credenciados

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Local (is) onde será(ão) executado(s) o(s) serviço(s):

(  ) Local próprio - Empresa

(  ) CONIMS

(  ) Município

(Cidade), (dia) de (mês) de (ano).

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do representante legal)

**ANEXO II**  
**REQUERIMENTO DE ALTERAÇÕES CONTRATUAIS**

Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde  
Setor de Licitações e Contratos  
Pato Branco – PR

Para a troca de profissionais ser efetivada, os documentos do profissional devem atender ao item 7.1.2 e 7.1.1.8 (quadro de profissionais da empresa – CNES).

O interessado abaixo qualificado requer alteração do Contrato de Prestação de serviços nº 003/2017, objetivando as seguintes alterações:

- ( ) Contrato Social
- ( ) Endereço
- ( ) Dias de atendimento
- ( ) Horários de atendimento
- ( ) Troca de Profissional ( este deve fazer parte do quadro de profissionais da empresa no CNES)
- ( ) Suspensão de Profissional
- ( ) Suspensão de serviços
- ( ) Outros

COMPLEMENTAR: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Cidade), (dia) de (mês) de (ano).

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do representante legal)



**ANEXO III  
MODELO DE  
DECLARAÇÃO DE EMPREGO**

Eu, (Nome do (a) profissional) apresento essa declaração de emprego, cargos ou funções, remuneradas sob qualquer forma, ou serviços federais, estaduais, municipais, paraestatais, sociedades de economia mista, forças armadas, entidades privadas, etc.

1. **Nome das entidades empregadoras:** (empresas onde o profissional trabalha).

- a)
- b)
- c)

2. **Natureza das atividades que exerce:** (funções desempenhadas nas empresas citadas nos itens acima).

- a)
- b)
- c)

3. **Horários ou compromissos de trabalho:** (horário de trabalho nas empresas citadas nos itens acima).

- a)
- b)
- c)

4. **Locais de trabalho:** (local de trabalho nas empresas citadas nos itens acima).

- a)
- b)
- c)

Declaro não exercer nenhum emprego, cargo ou função, além dos acima enumerados, bem como aceitar as normas vigentes como locador de serviços.

(Cidade), (dia) de (mês) de (ano).

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do profissional)

\*Obs. Os horários em que serão realizados os atendimentos para o CONIMS não devem ser relacionados nos itens acima, pois já se encontra no requerimento. Anexo I

**ANEXO IV**  
**DECLARAÇÃO DE SITUAÇÃO DE REGULARIDADE**

Declaramos, para fins de participação no Chamamento Público:

- a)** A inexistência de fato impeditivo à habilitação nos termos do Art. 32 § 2.º da Lei nº 8.666/93 e que não fomos declarados inidôneos para licitar ou contratar com o Poder Público em qualquer de suas esferas. Comprometemo-nos, sob as penas da Lei, a levar ao conhecimento do CONIMS qualquer fato superveniente que venha a impossibilitar a habilitação;
  - b)** Aceitar expressamente todas as condições fixadas nos documentos de licitação, e, eventualmente, em seus anexos e suplementos, no que não conflitarem com a legislação em vigor;
  - c)** Termos cumpridos com o disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal;
  - d)** Nos submetemos a qualquer decisão que o CONIMS venha a tomar na escolha da proposta vencedora, obedecidos os critérios estabelecidos na licitação em curso, reconhecendo ainda que não teremos direitos a nenhuma indenização em virtude de anulação ou cancelamento do presente Pregão
- Por ser expressão da verdade, firmamos o presente.

(Cidade), (dia) de (mês) de (ano).

---

(Assinatura do representante legal)

## **ANEXO V MINUTA DE CONTRATO**

**CONTRATANTE: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE - CONIMS**, pessoa jurídica de direito público, sem fins lucrativos, estabelecida à Rua Afonso Pena, nº 1902, Bairro Anchieta, inscrita no C.N.P.J. Sob nº 00.136.858/0001-88, cidade de Pato Branco/PR, neste ato representado pelo Presidente, Sr. Altair José Gasparetto.

**CONTRATADA:** (dados da proponente)

Pelo presente instrumento, oriundo do Processo \_\_\_\_\_ na modalidade de Inexigibilidade de Licitação nº \_\_\_\_\_, devidamente justificada pelo Edital de Chamamento Público nº 003/2017 para Credenciamento de Pessoa Jurídica da Área de Saúde e em conformidade com o disposto na Lei nº 8.666/93, suas alterações, Lei nº 8.080/90, Lei Estadual nº 15.608/07, Portaria nº 1.286/93 e Portaria nº 1.034/10 do Ministério da Saúde e respectivas alterações, a CONTRATANTE e a CONTRATADA, neste ato representado por seus representantes legais ao final subscritos, tem entre si justo e avençado o presente contrato, mediante as seguintes cláusulas e condições:

### **CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO**

**1.1.** O PRESENTE CONTRATO TEM POR OBJETO CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DE SAÚDE PARA FORNECIMENTO DE ÓRTESE/PRÓTESE E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS AMBULATORIAIS E SERVIÇOS DE APOIO À DIAGNOSE E TERAPIA (SADT), CONFORME ANEXO I: *(o qual será elaborado após conclusão do processo)*.

### **CLÁUSULA SEGUNDA – FORMA DE PRESTAÇÃO**

**2.1.1.** A Contratada irá atender os usuários oriundos dos Municípios consorciados à Contratante.

**2.1.2.** A Contratada executará os serviços em local, dia e horário a serem acordados entre as partes, podendo a prestação dos serviços acontecer na sede da Contratante, bem como na sede da Contratada.

**2.1.2.1.** A contratada poderá executar os atendimentos na Secretaria Municipal de Saúde dos Municípios consorciados, dependendo do interesse do município, o qual deve solicitar via ofício, respeitando ao cronograma a ser estabelecido pelo Setor de Controladoria de Execuções do Consórcio.

**2.1.3.** A Contratante poderá fiscalizar a execução dos serviços contratados em qualquer tempo.

**2.1.4.** Para prestação dos serviços contratados a contratada disponibilizará o (s) profissional (s) competente (s) para execução dos serviços.

**2.1.5.** O fornecimento de equipamentos, insumos e materiais ambulatoriais necessários à prestação dos serviços, dependerão do local de realização dos serviços, *(como o local somente será conhecido após o término do processo, este parágrafo será elaborado posteriormente e seu conteúdo limitar-se-á ao descrito no edital).*

**2.1.6.** Para os atendimentos nas unidades da Contratante serão fornecidos os Equipamentos de Proteção Individual – EPI’s, os quais deverão ser obrigatoriamente utilizados de forma correta pela Contratada, conforme preconiza a legislação de prevenção de acidentes.

**2.1.7.** Em caso da não utilização dos Equipamentos de Proteção Individual – EPI’s a contratada fica sujeita as penalidades legais do Item 16 e subitens.

**2.1.8.** Caso se verifique defeitos nos equipamentos decorrentes de má utilização ou se constate desperdícios dos materiais e/ou insumos ambulatoriais cedidos pela Contratante à Contratada, poderá a Contratante solicitar ressarcimento mediante processo administrativo a ser aberto e comunicado por escrito, cabendo a Contratada o direito ao contraditório e à ampla defesa. *(Este será o conteúdo apenas para os prestadores que venham atender na sede da Contratante).*

**2.1.9.** Para efeito de faturamento e pagamento, a competência inicia-se no dia 25 (vinte e cinco) do mês anterior e vai até 24 (vinte e quatro) do mês relativo a competência.

**2.1.10.** Em caso de não atendimento por impedimento de urgência da Contratada, deverá comunicar-se com a Contratante para acordar o atendimento, garantindo a programação, sem qualquer prejuízo ou ônus à Contratante.

**2.1.11.** A prestação do serviço não constitui, em hipótese alguma, vínculo empregatício de qualquer espécie entre a Contratada e a Contratante, nem implica em responsabilidade civil ou criminal desta pelos fatos decorrentes dos atendimentos e serviços realizados pelo Contratado aos pacientes.

**2.1.12.** A Contratada deverá possuir cadastro de assinatura eletrônica criptografada.

**2.1.13.** Os atendimentos realizados por encaminhamento dos municípios consorciados não poderão ser referenciados para atendimento de forma particular ou solicitação de complementação de valores para procedimentos e/ou exames.

**2.1.14.** Toda necessidade de serviços complementares e/ou procedimentos e/ou cirurgias deverão ser solicitados em guias específicas do SUS (Sistema Único de Saúde).

**2.1.15.** Caso a Contratada identifique que o procedimento a ser realizado no paciente não seja contemplado pelo Sistema Único de Saúde – SUS, deverá comunicar a Contratante no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, informando o tipo do

procedimento, via ofício ou e-mail, para que sejam tomadas as devidas e necessárias providências para o atendimento e finalização do tratamento.

**2.1.16.** Não será obrigatório o credenciamento de todos os exames contemplados na tabela deste credenciamento.

**2.1.17.** Os municípios consorciados ao CONIMS são: Bom sucesso do Sul, Chopinzinho, Clevelândia, Coronel Domingos Soares, Coronel Vivida, Honório Serpa, Itapejara d'Oeste, Mangueirinha, Mariópolis, São João, Saudade do Iguazu, Sulina, Vitorino no Estado do Paraná e no Estado de Santa Catarina são: Campo Erê, Coronel Martins, Galvão, Jupiá, Novo Horizonte, São Bernardino e São Lourenço do Oeste.

**2.1.18.** Havendo mais de um prestador credenciado no mesmo município será realizado rodízio para atender Instituto do Credenciamento onde deverá haver distribuição de saldos igualitários entre os credenciados.

**2.1.19.** Será responsabilidade exclusiva do município consorciado o controle e a realização do rodízio entre os laboratórios credenciados.

**2.1.20.** O rodízio dos prestadores credenciados, se dará independente da demanda de serviço, conforme Art. 25 da Lei 15.608/2007.

**2.1.21.** Caberá ao CONIMS informar e/ou disponibilizar aos municípios quando houver prestadores credenciados.

**2.1.22.** Somente será permitido desatender o rodízio estipulado no caso de um dos prestadores credenciados não realizar todos os exames necessários ao mesmo paciente, ocasião em que o exame será solicitado ao próximo credenciado que seja capaz de realizar toda a demanda de exames requisitados para o paciente.

**2.1.23.** O CONIMS não fica obrigado a fazer uso de todos os exames objetos de credenciamento, mas somente em caso de real necessidade do usuário.

## **2.2. CONSULTAS ESPECIALIZADAS**

**2.2.1.** Somente serão aceitas guia de referência/contra referência ou ficha de reconsulta autorizada, contendo, carimbo e rubrica do funcionário do município origem.

**2.2.2.** O tempo mínimo preconizado para cada consulta é de 15 (quinze) minutos, conforme determinação da Organização Mundial de Saúde (OMS). Porém, poderá o profissional atender em tempo menor desde que não afete a qualidade do atendimento. Se houver perda de qualidade e constatado atendimento em tempo inferior ao preconizado, a Contratante poderá invocar o contido na cláusula sexta e, conseqüentemente, o contido na cláusula sétima do instrumento contratual, podendo também caber a rescisão do presente instrumento.

**2.2.3.** As guias de referência/contra referência e fichas de reconsulta deverão ser entregues diariamente a funcionário da Contratante. No caso dos atendimentos

serem prestados em município divergente da Contratante, os documentos deverão ser encaminhados semanalmente através do serviço de correio ou outros.

**2.2.4.** As fichas de reconsultas terão validade de 15 (quinze) dias. Quando ocorrer o atendimento dentro do referido prazo, não haverá custo para a Contratante. Após decorrido o preconizado, tal atendimento será considerado como consulta normal e contará para efeito de faturamento e pagamento.

**2.2.5.** O parâmetro utilizado para solicitação de exames está condicionado a Portaria nº 1101/02.

**2.2.6.** Conforme determina o Código de Ética Médica – CFM Art. 87 § 1º. o profissional médico está obrigado a utilizar o prontuário eletrônico disponibilizado através do sistema Web do Consórcio ou elaborar prontuário legível para cada paciente, no qual deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, devendo ser preenchido em cada avaliação.

### **2.2.7. CONSULTAS ESPECIALIZADAS EM TELEMEDICINA**

**2.2.7.1.** O Projeto piloto engloba a teleconsulta; a emissão de receitas médicas subscritas via certificado digital; o telediagnóstico, que consiste no envio ao médico cardiologista responsável de exames, como eletrocardiograma e ecocardiograma, para avaliação; teleorientação e telemonitoramento, que pode ser útil no acompanhamento de enfermos hipertensos e com insuficiência cardíaca.

**2.2.7.2.** A Contratada atenderá, em sua sede, aos pacientes dos Municípios de São Lourenço do Oeste e Coronel Martins, adaptando seu pessoal, sua estrutura, equipamentos e ferramentas tecnológicas aos fins desta Resolução, bem como deve possuir inscrição junto ao Conselho Regional de Medicina – CRM, com médico cardiologista responsável técnico.

**2.2.7.2.1.** A Contratada deverá utilizar o software disponibilizado pelo CONIMS, do qual receberá treinamento, para atendimento, preenchimento de prontuário, digitação e prestação de contas dos atendimentos realizados, registrando de forma detalhada a avaliação clínica dos pacientes (incluindo medicação prescrita e exames solicitados), bem como deverá preencher o ANEXO XIII - TERMO DE RESPONSABILIDADE DE EMPREGO DA TELEMEDICINA.

**2.2.7.2.2.** É dever do Prestador garantir a confidencialidade dos dados sobre pacientes, responsabilizando-se por todas as informações incluídas no sistema, e por eventuais danos que possam decorrer do uso indevido da senha, ainda que por terceiros.

**2.2.7.3.** Compete ao MUNICÍPIO gerenciar os agendamentos a que se refere esta Resolução, providenciando sala específica com infraestrutura de telecomunicação na

unidade de saúde e computador integrado ao sistema de informações de prontuário eletrônico do CONIMS.

**2.2.7.3.1.** Por ocasião da consulta, o paciente será esclarecido do método de atendimento, em razão do que assinará TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE e ESCLARECIDO, constante do Anexo XII, e será acompanhado de servidor da área técnica de enfermagem do MUNICÍPIO, que funcionará como facilitador e auxiliar.

**2.2.7.3.2.** No atendimento específico por telemedicina, os agendamentos serão através do sistema IDS, sendo que o paciente virá até a sede do CONIMS, o qual disponibilizará, consultório com acompanhamento integral de profissional de enfermagem, que dará ciência ao paciente de todos os aspectos legais, com base na Lei Nº 13.709/2018 Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), Decreto Nº 10.046/2019 o qual Dispõe sobre a governança no compartilhamento de dados no âmbito da administração pública federal e Resolução CFM Nº 2.314/2022 que define e regulamenta a telemedicina.

**2.2.7.3.3.** O profissional médico, fará o atendimento de forma online, através do prontuário eletrônico do sistema de saúde e gerenciamento do CONIMS, observando a legislação descrita no item 2.2.7.3.2.

### **2.3. SERVIÇOS DE APOIO A DIAGNOSE E TERAPIA**

**2.3.1.** Os usuários, previamente agendados pelo município consorciado, serão atendidos mediante apresentação de requisição de exames e/ou procedimentos, com carimbo e rubrica do funcionário responsável do município de origem e também pelo funcionário responsável pela autorização no sistema do CONIMS.

**2.3.2.** Para os exames que geram imagens, estas deverão ser apresentadas em filme, juntamente com o laudo, sem qualquer acréscimo financeiro ao valor do exame.

**2.3.3.** Os resultados dos exames abaixo relacionados, deverão ser informados também no SISCAN (Sistema de Informação do Câncer).

0204030030 – MAMOGRAFIA

0204030018 – MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO

0203020019 - EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA

0203020081 – EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE COLO UTERINO – BIOPSIA

0203020022 – EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE COLO UTERINO – PEÇA CIRURGICA

0203020065 – EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA – BIOPSIA

0203020073 – EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA – PEÇA CIRURGICA

**2.3.4.** A Contratada deverá na primeira sessão de psicoterapia, fonoterapia, nutrição, acupuntura e/ou fisioterapia, emitir relatório inicial, relatando, inclusive, o

tempo provável para o tratamento, o qual deverá ser apresentado ao médico solicitante que encaminhou o paciente para atendimento especializado, sendo que este deverá ser encaminhado para Secretaria Municipal de Saúde do Município de origem do paciente.

**2.3.5.** As terapias Fonoaudiológicas deverão ter duração mínima de 60 min (sessenta minutos) conforme determinação da Organização Mundial da Saúde – OMS

**2.3.6.** A sessão de psicoterapia individual terá duração mínima de 50 min (cinquenta minutos) e o atendimento em grupo está duração de 1hora e 20min (uma hora e vinte minutos).

**2.3.7.** As terapias de Nutrição deverão ter duração mínima de 40 min (quarenta minutos).

**2.3.8.** A sessão de acupuntura com inserção de agulhas terá duração mínima de 45 min (quarenta e cinco minutos).

**2.3.9.** O número de atendimentos dependerá da linha terapêutica utilizada, porém deverão ser destinados de 2 (duas) a 3 (três) sessões iniciais para a avaliação psicodiagnóstica.

**2.3.10.** No atendimento psicoterapêutico, fonoaudiológico infantil e nutrição deverá ser realizado o planejamento de sessões adicionais para orientação a pais e professores.

**2.3.11.** Determina-se que a Contratado oriente o paciente para que, na necessidade de faltar, o mesmo justifique com antecedência e que se não o fizer poderá ser considerado abandono de tratamento;

**2.3.12.** Ao término do tratamento em psicoterapia, fonoterapia, nutrição, acupuntura e/ou fisioterapia a contratada deverá enviar ao médico solicitante que encaminhou o paciente, formulário de contra referência, o qual constará sucintamente a evolução e conclusão do tratamento, devendo proceder da mesma forma caso o paciente tenha abandonado o tratamento, este deverá ser encaminhado para Secretaria Municipal de Saúde do Município de origem do paciente.

**2.3.13.** As sessões poderão ser realizadas em menor tempo que o aqui estipulado, desde que não afete a qualidade do atendimento, sendo que, se houver perda de qualidade e constatado o atendimento em tempo inferior ao preconizado a Contratante poderá invocar o contido na cláusula sexta e conseqüentemente o contido na cláusula sétima do instrumento de contrato, podendo também acarretar a rescisão do contratado;

**2.3.14.** A Contratada deverá proceder ao preenchimento dos relatórios de atendimento em Nutrição conforme anexo VII, Terapia Fonoaudiológica de Grupo, conforme anexo VIII, Terapia Fonoaudiológica Individual, conforme anexo IX, Atendimento em Psicoterapia de Grupo, conforme anexo X, atendimento em



Psicoterapia Individual, conforme anexo XI, Sessão de Acupuntura com inserção de agulhas, conforme anexo XII, para fins de controle e faturamento.

**2.3.15.** Para o atendimento de terapias o paciente deve assinar o relatório de atendimento ao término de cada sessão realizada, não podendo assinar de uma só vez.

## **2.4. ORTESE/PROTESE**

**2.4.1.** Os pacientes serão atendidos para a protetização mediante Guia de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais, contendo, carimbo e rubrica do funcionário do município de origem.

**2.4.2.** A Contratante disponibilizará um local para que se realize todas as etapas contemplando a moldagem, fornecimento e adaptação.

**2.4.3.** O atendimento e fornecimento ocorrerão conforme a agenda disponibilizada pela Contratante, em horário pré-acordado entre as partes.

**2.4.4.** A escolha do AASI (Aparelho de Amplificação Sonora Individual) para o usuário será por critério clínico determinado pela equipe de protetização auditiva da Contratante.

**2.4.5.** A Contratada deverá disponibilizar todos os aparelhos, garantindo o fornecimento pelo tempo de vigência do contrato, incluindo as substituições e trocas, bem como, deverá fornecer para cada usuário, 06 (seis) pilhas por aparelho e manual de utilização e cuidados.

**2.4.6.** Os aparelhos ofertados deverão ser novos, não sendo aceitos produtos recondicionados ou usados.

**2.4.7.** No caso de aparelhos intra-auricular, intra-canal ou micro canal devem ser encaminhados aparelhos acoplados (montados). Ou seja, devem ser aparelhos completos e não apenas o circuito (faceplate) dos mesmos.

**2.4.8.** Os aparelhos intra-articulares deverão ser identificados com o nome do usuário, número de série, marca e modelo, devendo ser entregues no prazo máximo de 45 (quarenta e cinco) dias a contar do primeiro atendimento.

**2.4.9.** Em caso de inadaptação do usuário ao aparelho no período de 20 (vinte) dias após a protetização, este deverá ser substituído pela Contratada por outro que se adapte melhor, num prazo de 60 (sessenta) dias, sem ônus adicional para a Contratante e para o usuário.

**2.4.10.** Os aparelhos com bateria deverão receber revisão a cada 6 (seis) meses, dentro do prazo de garantia, caso ocorra algum problema técnico durante os testes.

**2.4.11.** A Contratada deverá manter permanentemente na Unidade de Protetização Auditiva da Contratante uma bateria de aparelhos para teste, com 1 (uma) cartela de 6 pilhas para cada modelo de bateria, contendo 02 (duas) próteses auditivas para

cada modelo ofertado (tipos A B e C), além de material de moldagem e demais materiais necessários ao teste de verificação individual de cada usuário, sem ônus para a Contratante.

**2.4.12.** A Contratada responsabiliza-se pelo conserto do AASI durante o prazo de garantia, sem ônus para o usuário, incluindo o transporte do aparelho, exceto se a danificação decorrer do mau uso devidamente comprovado. Findado o prazo da garantia, o ônus do conserto passa a ser do usuário.

**2.4.13.** O prazo máximo para a devolução do aparelho consertado ao paciente deverá ser de 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega do aparelho à Contratada.

**2.4.14.** A Contratada deverá fornecer assistência técnica dos AASI até findada a garantia, independente do seu descredenciamento ou do vencimento do contrato.

**2.4.15.** A Contratada é responsável por comunicar à Contratante da indisponibilidade para entrega de qualquer dos modelos de aparelho auditivo, bem como o restabelecimento da disponibilidade, que não poderá exceder a 60 (sessenta) dias sob pena de descredenciamento.

**2.4.16.** O acompanhamento audiológico será realizado pela Contratada durante toda a fase de protetização.

**2.4.17.** A Contratada deverá orientar quanto aos cuidados com seu aparelho auditivo e entregar para cada paciente um Manual de Utilização e Cuidados do Aparelho Auditivo.

**2.4.18.** A Contratada terá que fazer a reposição de AASI sempre que ocorrer falha técnica do funcionamento dos componentes internos e/ou externos do AASI, findo o prazo de garantia do aparelho.

**2.4.19.** O prestador contratado para confeccionar e fornecer os óculos deverá adotar os seguintes procedimentos:

**2.4.19.1.** A contratada deverá registrar a data da entrega e tomar a assinatura do paciente no ato da entrega dos óculos, para conferência e faturamento do valor correspondente.

**2.4.19.2.** O prazo da garantia dos óculos, relacionados a defeitos de fabricação, se inicia a partir da data da entrega ao paciente, com 90 (noventa) dias para teste do paciente, e caso verificada alguma inconformidade nos óculos, a contratada deverá corrigir, isento de qualquer ônus por parte deste CONIMS, paciente, município consorciado

### **CLÁUSULA TECEIRA - SISTEMA**

**3.1.** O controle dos quantitativos de atendimentos realizados dentro do período é de responsabilidade única e exclusiva da Contratada, sendo que a Contratante disponibilizará o **Sistema** para processar a produção referente a competência, que

ficará responsável pelo controle do saldo contratado, a qual deverá ser lançada e encaminhadas as guias de referência/contra referência, fichas de consulta, solicitações de exames e procedimentos e suas devidas autorizações, cabendo a Contratante apenas conferir as quantidades apresentadas no faturamento.

**3.2.** Através dos relatórios que podem ser emitidos pelo sistema, a contratada fica responsável pelo acompanhamento e conferência do saldo remanescente contratado.

**3.3.** A contratante fica eximida da responsabilidade de pagamento pelos serviços prestados acima do saldo contratado.

**3.4.** Os interessados em prestar serviços em **consultas médicas** especializadas devem dispor de computador com internet para alimentar o prontuário eletrônico no sistema, sendo que as consultas só serão pagas se for emitida a contra referência pelo profissional.

**3.5.** Os interessados em prestar serviços de **apoio à diagnose e terapia** devem dispor de computador com internet para alimentar no sistema o lançamento da produção no período do faturamento, sendo que só serão pagos se estiverem no sistema.

**3.6.** Os interessados em prestar serviços de **órtese/prótese** devem dispor de computador com internet para alimentar o prontuário eletrônico no sistema, sendo que só serão pagos mediante moldagem, adaptação e entrega do aparelho auditivo.

**3.7.** O sistema será disponibilizado única e exclusivamente para o atendimento aos usuários dos municípios consorciados ao CONIMS, sendo vetada a utilização que não seja para a função descrita, ficando sujeito às penalidades previstas na legislação vigente, caso comprovado desvios de utilização.

#### **CLÁUSULA QUARTA - PRAZO DE VIGÊNCIA.**

**4.1.** O prazo de vigência do Contrato será de 12 (doze) meses, contados a partir de sua assinatura, podendo ser prorrogado mediante assinatura de Termo Aditivo entre as partes, mantido os direitos, obrigações e responsabilidades contratuais, sendo que qualquer prorrogação deverá ser solicitada no prazo de vigência do contrato, com justificativa por escrito, nos termos do art.57§§ 1º e 2º, da Lei 8.666/93.

#### **CLÁUSULA QUINTA – OBRIGAÇÕES DAS PARTES**

##### **5.1. A CONTRATANTE FICA OBRIGADA**

**5.1.1.** Efetuar os pagamentos na forma ajustada.

**5.1.2.** Fornecer e colocar à disposição da Contratada todas as informações que se fizerem necessárias à execução dos serviços contratados.

**5.1.3.** Comunicar imediatamente à CONTRATADA quaisquer irregularidades com o objeto contratado.

**5.1.4.** Fiscalizar a realização do serviço contratado.

## **5.2. A CONTRATADA FICA OBRIGADA**

**5.2.1.** Prestar os serviços na forma ajustada.

**5.2.2.** Obedecer às diretrizes emanadas do responsável competente da contratante, no tocante à organização e realização dos serviços em causa.

**5.2.3.** Permitir fiscalização pelo CONTRATANTE, nos serviços contratados, independente de agendamento prévio.

**5.2.4.** Providenciar a imediata correção das divergências apontadas pela CONTRATANTE quanto à execução dos serviços contratados.

**5.2.5.** Atender aos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais decorrentes da execução do presente Contrato.

**5.2.6.** A Contratada deverá manter durante toda a vigência contratual, compatibilidade com as obrigações assumidas assim como todas as condições de habilitação e qualificação, inclusive: Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas e Certidão de Quitação de Tributos e Contribuições Federais, adimplente com encargos sociais e todas as despesas diretas e indiretas do objeto contratado demonstrando situação regular no cumprimento.

**5.2.7.** Executar diretamente o contrato, não transferindo a terceiros, por qualquer forma, mesmo parcialmente, o Contrato, nem subcontratar quaisquer das prestações a que está obrigada.

**5.2.8.** Alimentar o sistema, informando todos os dados necessários para processar o faturamento no período do dia 25(vinte e cinco) do mês anterior a 24 (vinte e quatro) do mês relativo à competência.

**5.2.9.** A Contratada deverá possuir cadastro de assinatura eletrônica criptografada.

**5.2.10.** Ofertar aos usuários um espaço ou edificação acessível no caso de prestadores com atendimentos/serviços em sede própria, ou seja, a instalação deverá ser projetada e executada de acordo com as exigências legais e com o estabelecido nas Normas Brasileiras (NBRs) da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), subentendendo-se pelo documento da "Licença Sanitária e Localização" que por meio destes documentos está sendo cumprido as exigências de acessibilidade.

## **CLÁUSULA SEXTA - PENALIDADES**

**6.1.** Quando a Contratada não cumprir com as obrigações assumidas ou com os preceitos legais serão aplicadas as seguintes penalidades, cumulativas ou não, conforme o caso:

**6.1.1.** Advertência.

**6.1.2.** Multa de 2 % (dois por cento) sobre o valor contratual quando:

- a) Os serviços estiverem em desacordo com as especificações contidas no contrato ou em descumprimento com uma das cláusulas.
- b) Se houver rescisão por culpa ou requerimento da Contratada sem causa justificada ou amparo legal.
- c) Pela descontinuidade dos serviços, a ser cobrada por dia parado, até o limite de 10 (dez) dias.

**6.2.** Sem prejuízo da multa estabelecida pela Contratante, a Contratada responderá pelas perdas e danos causados, os quais serão mensurados caso a caso.

**6.3.** Caso a Contratada não venha a recolher a multa devida dentro do prazo determinado, a mesma será descontada do valor das parcelas de pagamento vincendas, garantindo a esta o pleno direito de defesa.

**6.4.** Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a administração, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação, perante o CONIMS, que ocorrerá sempre que o faltoso ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada.

**6.5.** Impedimento de participar de licitações e contratar com o CONIMS, por prazo não superior a 02 (dois) anos.

**6.6.** Além das penalidades citadas, a licitante vencedora ficará sujeita, ainda, ao cancelamento de sua inscrição no cadastro de fornecedores do CONIMS e, no que couber às demais penalidades referidas no Capítulo IV da Lei nº 8.666/93.

## **CLÁUSULA SÉTIMA - RESCISÃO/DESCRENCIAMENTO**

**7.1.** Descredenciamento Voluntário por qualquer das partes

**7.1.1.** Para efetuar a rescisão/descredenciamento a contratada deverá enviar requerimento de descredenciamento endereçado ao CONIMS, com um prazo de antecedência de 60 (sessenta) dias.

**7.1.2.** A rescisão/descredenciamento contratual poderá ser solicitada também pelo CONIMS, o qual deverá demonstrar que tal fato não resultará em prejuízo à Administração Pública.

## **7.2. DESCRENCIAMENTO INVOLUNTÁRIO**

**7.2.1.** O CONIMS poderá rescindir o contrato, unilateralmente, e conseqüentemente descredenciar a Contratada, mediante comunicação escrita, assegurando o contraditório e a ampla defesa, sem que, por isso, seja obrigada a suportar ônus de indenização, multa ou pagamento extra, a qualquer título, se a Contratada:

**7.2.1.1.** Deixar de executar os serviços na forma e nos prazos estipulados no Edital de Credenciamento, ou infringir qualquer disposição do Contrato, na forma dos artigos 77 e 78 da Lei nº 8.666/93, e posteriores alterações, com as consequências previstas no art. 80 da referida Lei, sem que caiba à Contratada direito a qualquer indenização.

**7.2.1.2.** Recusar-se a receber ou cumprir instruções para melhor execução e/ou fornecimento do serviço;

**7.2.1.3.** Verificada qualquer infração do contrato por parte da Contratada;

**7.2.1.4.** Quando houver a existência de 03 (três) reclamações por escrito de pacientes e gestores municipais, garantido o contraditório e a ampla defesa a contratada;

**7.2.1.5.** Proceder a eventual cobrança de qualquer valor excedente dos pacientes ou seus responsáveis.

**7.2.2.** A rescisão unilateral do contrato poderá também ocorrer, mediante autorização da autoridade competente, reduzida a termo no processo licitatório, quando comprovada a conveniência para a Administração.

**7.3.** Em caso de rescisão contratual o pagamento final será realizado até o dia 30 do mês posterior ao da data descrita na nota fiscal mesmo que o encerramento da prestação do serviço se dê anterior a esta data.

## **CLÁUSULA OITAVA - VALOR**

**8.1.** A remuneração pela prestação dos serviços será de acordo com a Tabela de Valores deste Credenciamento.

**8.2.** Fica vedado o pagamento de qualquer sobretaxa em relação à tabela adotada.

**8.3. DO ADICIONAL DE LOCOMOÇÃO** (INCLUÍDO PELA RESOLUÇÃO Nº 160/2022).

**8.3.1.** O adicional de locomoção será concedido com a anuência do município tomador dos serviços, e o seu valor será desembolsado de acordo com a data da execução dos serviços no município, constante nos relatórios do sistema de saúde, dentro de cada competência.

**8.3.2.** Para efeitos de concessão do adicional de locomoção ao prestador do serviço, será considerado como parâmetro a origem ou ponto de partida:

**8.3.2.1.** Do município da sede da pessoa jurídica ou do domicílio do profissional, dentre eles o de menor distância até o município de prestação do serviço, desde que esteja compreendido entre os municípios consorciados;

**8.3.2.2.** Caso o município da sede da pessoa jurídica ou do profissional não esteja compreendido entre os municípios consorciados, a distância até o município de

prestação do serviço, considerado o mais próximo do destino entre: Pato Branco/PR, Chopinzinho/PR, São Lourenço do Oeste/SC ou município não consorciado.

**8.3.3.** O parâmetro da distância para desembolso adicional de locomoção será por quilômetro rodado, utilizando-se como ferramenta de consulta o endereço eletrônico <https://www.google.com.br/maps>.

**8.3.4.** O adicional de locomoção não será concedido:

**8.3.4.1.** Quando se referir a atendimentos nas Unidades do Consórcio Intermunicipal de Saúde: Sede em Pato Branco/PR, Chopinzinho/PR e São Lourenço do Oeste/SC;

**8.3.4.2.** Quando a pessoa jurídica ou profissional vinculado a PJ, estiver sediado (a)/domiciliado (a) no mesmo Município onde prestará o serviço.

## **CLÁUSULA NONA - GARANTIA DE QUALIDADE**

**9.1.** A Contratada garante qualidade em todo objeto do presente instrumento, valendo esta cláusula como certificado, a qual poderá ser invocada a qualquer tempo.

## **CLÁUSULA DÉCIMA - FATURAMENTO E PAGAMENTO.**

**10.1.** Para efeito de faturamento e pagamento, a competência inicia-se no dia 25(vinte e cinco) do mês anterior e vai até o dia 25(vinte e cinco) do mês relativo à competência.

**10.2.** Os serviços efetivamente prestados pela Contratada deverão ser apresentados, através da produção no Sistema, sendo que os pagamentos serão realizados até o dia 30 do mês posterior ao da data descrita na nota fiscal.

**10.2.1.** Somente serão realizados os pagamentos que não ultrapassarem o saldo contratado.

**10.3.** Constatados erros, divergências ou outra causa nos documentos apresentados à cobrança pela Contratada, será o respectivo valor descontado da fatura apresentada para fins de análise e verificação, sendo que, depois de corrigidos os problemas, o valor será incluído no pagamento da fatura seguinte, ou rejeitado mediante comunicação escrita à Contratada.

**10.4.** A iniciativa e encargo do cálculo da nota fiscal serão de responsabilidade da Contratada, cabendo à Contratante apenas a verificação do resultado obtido.

**10.5.** A Contratada deverá manter-se regularizada, perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas e Certidão de Quitação de Tributos e Contribuições Federais, para que a Contratante, possa efetuar os devidos pagamentos. Caso a Contratada esteja em débito com tais entidades eventuais pagamentos ficarão retidos e a suspensão da prestação de serviços, até regularização. Constatada a irregularidade a Contrata será notificada para regularização e comunicada da retenção do pagamento e a suspensão dos serviços.

**10.6.** O pagamento será depositado diretamente na conta bancária da Contratada conforme dados fornecidos no ANEXO I do presente Edital.

**10.7.** O pagamento ficará retido no caso de descumprimento pela Contratada de qualquer disposição do edital ou do contrato.

**10.8.** Não poderá ser cobrado qualquer tipo de despesa senão única e exclusivamente o valor dos serviços contratados.

**10.9.** Quando inadimplente, o pagamento será monetariamente atualizado, a partir do dia de seu vencimento e até o de sua liquidação, segundo os mesmos critérios adotados para a atualização de obrigações tributárias da entidade, de acordo com o IPCA acumulado no período, e juros moratórios, à razão de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculados "pro rata tempore" em relação ao atraso verificado vigente na data de seu pagamento. Mediante aplicação das seguintes fórmulas:

$$I = (TX / 100) / 365$$

$$EM = I \times N \times VP$$

Onde:

I = Índice de atualização financeira;

TX = Percentual da taxa de juros de mora anual;

EM = Encargos moratórios;

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

VP = Valor da parcela em atraso.

**10.10.** Em caso de Processo Administrativo, o CONIMS poderá deduzir o valor de multas impostas do saldo a pagar.

## **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - REAJUSTE**

**11.1.** Os valores poderão ser reajustados, conforme deliberação do Conselho Deliberativo do Consórcio.

## **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - SUBCONTRATAÇÃO**

**12.1.** O Contrato de Prestação de Serviços não poderá ser objeto de cessão, transferência, subcontratação no todo ou em parte, não podendo a Contratada se valer deste para vincular terceiros a presente contratação, sob pena de imediata rescisão/descredenciamento e aplicação das penalidades previstas no item 16(dezesseis) e 17(dezessete) do presente instrumento.

## **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DISPOSIÇÕES GERAIS**

**13.1.** Esclarecimentos relativos ao presente edital e às condições para atendimento das obrigações necessárias ao cumprimento do seu objeto, serão prestados pelo Setor de Licitações e Contratos, na Sede do CONIMS, localizada na Rua Afonso Pena



nº 1902, CEP 85.501-530, Fone/Fax (46) 3313-3550 ou e-mail licitacao@conims.com.br.

**13.2.** A participação no presente credenciamento implica no conhecimento e na aceitação plena deste Edital e suas condições.

**13.3.** Após as contratações, todos os serviços/profissionais serão disponibilizados aos municípios consorciados, ficando a cargo desse a decisão em consenso com seu usuário a referência ao serviço/profissional.

**13.4.** As despesas geradas em função da aquisição do objeto do presente contrato correrão por conta das dotações orçamentárias previstas sob códigos n.º 02.01.2.002.3.3.90.39.00.00.00.00 – Fontes 076, 000.

**13.5.** Fica eleito o foro da cidade de Pato Branco, Estado do Paraná, como competente para dirimir todas as questões decorrentes do credenciamento.

Pato Branco/PR, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

(Representante da contratada)

(representante da contratante)

Contratada

Contratante

**Testemunhas:**



## ANEXO VI

### Consórcio Intermunicipal de Saúde – S.U.S - Sistema Único de Saúde Relatório de Atendimento de Nutrição – (Especialidade 03 – CBO 223710)

Tipo: 2 = Inicial e 3 = Retorno

Cód: 0301010048- Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada Mês:

Assinatura do Profissional:

| Data | Nome do Paciente | Tipo | Idade | Nascimento | Município | Assinatura do Paciente/<br>Responsável |
|------|------------------|------|-------|------------|-----------|--|
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |



**ANEXO VII**  
**Consórcio Intermunicipal de Saúde – S.U.S - Sistema Único de Saúde**  
**Relatório de Atendimento de Fonoaudiologia – (Especialidade 54 – CBO 223810)**

Cód: 0301040036- Terapia em de grupo Mês:

Assinatura do Profissional:

| <b>Data</b> | <b>Nome do Paciente</b> | <b>Tipo</b> | <b>Idade</b> | <b>Nascimento</b> | <b>Município</b> | <b>Assinatura do Paciente/<br/>Responsável</b> |
|-------------|-------------------------|-------------|--------------|-------------------|------------------|--|
|             |                         |             |              |                   |                  |  |
|             |                         |             |              |                   |                  |  |
|             |                         |             |              |                   |                  |  |
|             |                         |             |              |                   |                  |  |
|             |                         |             |              |                   |                  |  |
|             |                         |             |              |                   |                  |  |
|             |                         |             |              |                   |                  |  |
|             |                         |             |              |                   |                  |  |
|             |                         |             |              |                   |                  |  |
|             |                         |             |              |                   |                  |  |
|             |                         |             |              |                   |                  |  |
|             |                         |             |              |                   |                  |  |
|             |                         |             |              |                   |                  |  |
|             |                         |             |              |                   |                  |  |
|             |                         |             |              |                   |                  |  |
|             |                         |             |              |                   |                  |  |
|             |                         |             |              |                   |                  |  |
|             |                         |             |              |                   |                  |  |
|             |                         |             |              |                   |                  |  |
|             |                         |             |              |                   |                  |  |



## ANEXO VIII

**Consórcio Intermunicipal de Saúde – S.U.S - Sistema Único de Saúde  
Relatório de Atendimento de Fonoaudiologia – (Especialidade 54 – CBO 223810)**

Cód: 0301070113- Terapia Fonoaudiológica Individual Mês:

Assinatura do Profissional:

| Data | Nome do Paciente | Tipo | Idade | Nascimento | Município | Assinatura do Paciente/<br>Responsável |
|------|------------------|------|-------|------------|-----------|--|
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |

**ANEXO IX**  
**Consórcio Intermunicipal de Saúde – S.U.S - Sistema Único de Saúde**  
**Relatório de Atendimento de Psicologia – (Especialidade 62 – CBO 251510)**

Tipo: 2 = Inicial e 3 = Retorno

Cód: 0301080160- Atendimento em Psicoterapia de grupo Mês:

Assinatura do Profissional:

| Data | Nome do Paciente | Tipo | Idade | Nascimento | Município | Assinatura do Paciente/<br>Responsável |
|------|------------------|------|-------|------------|-----------|--|
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |



## ANEXO X

### Consórcio Intermunicipal de Saúde – S.U.S - Sistema Único de Saúde Relatório de Atendimento de Psicologia – (Especialidade 62 – CBO 251510)

Tipo: 2 = Inicial e 3 = Retorno

Cód: 0301080178- Atendimento Individual em Psicoterapia Mês:

Assinatura do Profissional:

| Data | Nome do Paciente | Tipo | Idade | Nascimento | Município | Assinatura do Paciente/<br>Responsável |
|------|------------------|------|-------|------------|-----------|--|
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |

**ANEXO XI**  
**Consórcio Intermunicipal de Saúde – S.U.S - Sistema Único de Saúde**  
**Relatório de Atendimento de Acupuntura – (Especialidade 01 – CBO 223505)**

Tipo: 2 = Inicial e 3 = Retorno

Cód: 0309050022- Sessão de Acupuntura com inserção de agulhas Especializada Mês:

Assinatura do Profissional:

| Data | Nome do Paciente | Tipo | Idade | Nascimento | Município | Assinatura do Paciente/<br>Responsável |
|------|------------------|------|-------|------------|-----------|--|
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |
|      |                  |      |       |            |           |  |

## ANEXO XII

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O USO, EM REGIME DE EXCEÇÃO, DA TELEMEDICINA

Eu, \_\_\_\_\_, nascido em \_\_\_\_\_, na data \_\_\_\_\_ inscrito no CPF/MF sob o nº \_\_\_\_\_ e no RG sob o nº \_\_\_\_\_, residente \_\_\_\_\_ na qualidade de paciente, declaro que fui devidamente informado pelo Dr. \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_ que a utilização da telemedicina será feita na forma de exceção, decorrente do quadro de pandemia do COVID19. Tal situação deve-se ao controle epidemiológico da pandemia assim como o isolamento social recomendado pelas entidades nacionais e mundiais de saúde, o Ministério da Saúde do Brasil e a Organização Mundial da Saúde.

Declaro que fui orientado(a) sobre as formas de telemedicina e então optei pela modalidade assinalada abaixo, após informação esclarecida pelo meu médico.

TELEORIENTAÇÃO, para que médicos realizem orientação à distância a seus pacientes e com possibilidade de encaminhamento, caso necessário.

TELEMONITORAMENTO médico, ato médico para monitoramento ou vigilância à distância de parâmetros de saúde e/ou doença.

TELEINTERCONSULTA entre médicos, exclusivamente para troca de informações (clínicas, laboratoriais e de imagens) e opiniões, para auxílio diagnóstico ou terapêutico.

TELECONSULTA, realizada entre médico e paciente, sem exame presencial, com a possibilidade de prescrição de tratamento, solicitação de exames e outros procedimentos, bem como emissão de atestado e relatório. Ficando facultado ao médico decidir sobre a pertinência de atendimento presencial em primeira consulta.

Estou ciente que a telemedicina apresenta limitações por não possibilitar o meu exame médico presencial, podendo ser, em alguns casos, limitados por vídeo e/ou foto.

Declaro estar ciente que a telemedicina é uma alternativa nesse momento de exceção, e caso eu ou o meu médico percebamos a necessidade da avaliação presencial ou em caso de interrupção da comunicação por falha técnica, a telemedicina é considerada interrompida e o paciente encaminhado ao ambulatório ou hospital, dentro da necessidade.

Após esse período de excepcionalidade, sei que o médico estará à disposição presencial para o tratamento.

Nos casos de teleinterconsulta, eu autorizo o envio de dados/documentos/fotos/vídeos que permitam a minha identificação, uma vez que ela se faz entre médicos.



Este consentimento para uso de imagens se dá de forma gratuita, sem qualquer custo em meu benefício ou prejuízo à minha pessoa, e poderá ser revogado a meu pedido ou solicitação.

Declaro também que fui informado que a emissão de receitas, relatórios e atestados médicos à distância é válida em meio eletrônico, durante a realização da telemedicina, segundo a Portaria MS nº 467, de 20 de março de 2020.

Reconheço a excepcionalidade do momento, e me comprometo a preservar e manter a confidencialidade das imagens (foto e vídeo), dos dados, dos diálogos, orientações, prescrições e todo o conteúdo referentes à forma da telemedicina a que fui submetido, sob pena de sanções legais por exposição de dados e imagem. Da mesma forma, afirmo meu compromisso em não gravar, fotografar ou editar qualquer momento ou etapa da telemedicina empregada, assim como asseguro minha ciência que tal fato não tem o consentimento do meu médico.

Toda pessoa tem o seu direito de imagem, por esta razão a publicação de qualquer material sem autorização prévia do outro trata-se de crime, de acordo com o art. 5º da Constituição Federal "são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurando o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação".

Assim, ao assinar esse termo declaro estar seguro (a) e ciente para a realização da telemedicina e ao mesmo tempo, declaro e dou fé que a assinatura abaixo é minha devido a impossibilidade de autenticação, pelo momento de pandemia.

Plenamente ciente e esclarecido, DECLARO estar totalmente informado de todos os fatores de risco acima mencionados, dando meu aceite para que os procedimentos e tratamentos propostos pelo meu médico assistente sejam levados a termo, na forma por ele indicada, no intuito do restabelecimento de minha saúde.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20XX.

\_\_\_\_\_

Nome do paciente

CPF \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_

## ANEXO XIII

### TERMO DE RESPONSABILIDADE DE EMPREGO DA TELEMEDICINA

Eu, \_\_\_\_\_ inscrito no CRM/PR \_\_\_\_\_, na qualidade de MÉDICO, declaro que prestei os devidos esclarecimentos ao paciente \_\_\_\_\_ inscrito no CPF/MF sob o nº \_\_\_\_\_ e no RG sob o nº \_\_\_\_\_, quanto à utilização da telemedicina restrito ao quadro de pandemia do COVID19, como instrumento de controle epidemiológico da pandemia assim como o isolamento social recomendado pelas entidades nacionais e mundiais de saúde, o Ministério da Saúde do Brasil e a Organização Mundial da Saúde.

Declaro, que estou ciente que, uma vez consentido o uso da telemedicina, em qualquer de sua modalidade, tenho o dever de elaborar um prontuário para cada paciente, contendo os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico.

Declaro também que fui informado que a emissão de receitas, relatórios e atestados médicos à distância é válida em meio eletrônico, durante a realização da telemedicina, segundo a Portaria MS nº 467, de 20 de março de 2020.

Reconheço a excepcionalidade do momento, e me comprometo a preservar e manter a confidencialidade das imagens (foto e vídeo), dos dados, dos diálogos, orientações, prescrições e todo o conteúdo referentes à forma da telemedicina a que submeti o paciente, sob pena de sanções legais por exposição de dados e imagem, a fim de preservar o direito de imagem, de privacidade e da personalidade do paciente.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20XX.

\_\_\_\_\_  
Nome do Médico

CRM/PR \_\_\_\_\_