**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO Nº 003/2015**

**PROCESSO Nº 20473/2015**

**CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM ONCOLOGIA HABILITADOS PELO MS, AOS USUÁRIOS DO SUS**

**1— DA REALIZAÇÃO**

O Município de Patos de Minas, através da Secretaria Municipal de Saúde, torna público e dá ciência aos interessados que fará credenciamento de Instituições interessadas na prestação de serviços serviços de assistência à saúde em Oncologia, habilitados pelo MS, aos usuários do SUS, integrantes da rede privada de serviços de saúde localizados no município de Patos de Minas, que, conforme necessidade do gestor, serão contratados em conformidade com a Constituição Federal de 1988 em seu artigo 199, § 1º, combinado com o artigo 24 da Lei Federal nº 8.080/1990

**A Secretaria Municipal de Saúde receberá, em envelope lacrado, a documentação exigida no item 6 deste Edital na Secretaria de Saúde. Rua. Alzino Martelo, 710 – Bairro Nova Floresta, Setor de Compras e Licitações, pelo período de 13 dias corridos, a contar de 16 de dezembro de 2015 até 28 de dezembro de 2015**.

Informações poderão ser obtidas no local acima citado no horário das 7h às 11h e das

13h às 17h ou através do telefone (34) 3822 9801 ou 3822 9765.

O Edital, na íntegra, encontra-se no site: http://www.patosdeminas.mg.gov.br/licitacoes.

**2— DO OBJETO**

**2.1.** Constitui objeto deste termo de referencia o Credenciamento de pessoas jurídicas prestadoras de serviços de assistência à saúde em Oncologia, habilitados pelo MS, aos usuários do SUS em conformidade com a Constituição Federal de 1988 em seu artigo 199, § 1º, combinado com o artigo 24 da Lei Federal nº 8.080/1990, interessadas em credenciar-se junto à Secretaria Municipal de Saúde de Patos de Minas, para celebrar **CONTRATO**, de forma complementar, de acordo com a necessidade da SMS/SUS/Patos de Minas e Municípios pactuados, nos termos deste Termo de Referência. (ANEXO VIII).

**3— DOS QUANTITATIVOS DOS SERVIÇOS**

**3.1.** Os serviços serão contratados de acordo com as necessidades do gestor, conforme **estimativa mensal** do ANEXO I, com os grupos estabelecidos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

**3.2.** Os quantitativos físicos e financeiros mensais para cada prestador habilitado serão previstos contratualmente.

**3.3.** Os serviços ora contratados estão referidos a uma base territorial populacional, Microrregião Noroeste, conforme PDR-MG/PPI e serão ofertados conforme indicações técnicas de planejamento da saúde, compatibilizando-se demanda e disponibilidade de recursos financeiros do SUS.

**3.4.** Os serviços a serem contratados deverão enquadrar-se nos grupos das Tabelas de Procedimentos constantes no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e no Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), por valores iguais aos definidos pelo Ministério da Saúde.

**3.5**. Para todos os procedimentos, sem exceção, estão inclusos preparos, substâncias químicas, equipamentos, suprimentos de qualquer espécie e instalações físicas necessárias para sua realização, conforme descrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), salvo disposição em contrário prevista expressamente no Contrato.

**4— DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO**

4.1 Poderão participar deste processo qualquer entidade legalmente constituída, que possua matriz ou filial com domicílio no município de Patos de Minas, desde que satisfaça as exigências deste edital e seus anexos, **preste serviço compatível com o objeto do Credenciamento** e realizem, efetivamente, o serviço ofertado.

**4.2**. Não poderão participar as pessoas jurídicas:

**4.2.1** Concordatárias ou em processo de falência, sob concurso de credores, em dissolução ou em liquidação;

4**.2.2** Que tenham sido declaradas inidôneas por órgão da Administração Pública, direta ou indireta, federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, por meio de ato publicado no Diário Oficial da União, do Estado ou do Município, pelo órgão que o praticou, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição;

**4.2.3** Que estejam temporariamente suspensas de participar em licitação ou contratar com a Administração Pública federal, estadual ou municipal;

**4.2.4** Que tenham proprietários, administradores e dirigentes que exercem cargos de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS), conforme disposto no artigo 24, § 4º da Lei Federal nº 8.080/1990 e artigo 9º, inciso III, da Lei Federal nº 8.666/1993;

**4.2.5** Que incorram em outros impedimentos previstos em lei.

**4.3.** Todos os interessados em prestar serviços deverão participar do chamamento, **INCLUSIVE AS EMPRESAS JÁ CREDENCIADAS**, igualmente obrigadas a apresentar a documentação exigida e demonstrar o cumprimento dos requisitos deste termo de referencia e legislação vigente;

**4.4.** Os interessados deverão aceitar os valores de referência à prestação dos serviços constantes da Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde e serão reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes determinados pelo Ministério da Saúde.

.

**4.5** Os interessados deverão apresentar os documentos de habilitação, rubricados, em envelope lacrado com o nome do proponente, no qual deverá externamente conter a indicação de que se trata dos documentos de habilitação do edital de chamada pública n°20394/2015.

**ENVELOPE 01:PROPOSTA**

**MUNICÍPIO DE PATOS DE MINAS**

**CHAMAMENTO PÚBLICO N.º: 20473/2015**

**DATA DE ABERTURA: 28/12/2015**

**RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA: (citar o nome da empresa)**

# 

**5— DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS**

Para o cumprimento do objeto deste contrato, o CONTRATADO obriga-se a oferecer ao usuário os recursos necessários a seu atendimento, conforme discriminação abaixo:

**5.1** - Assistência médico-ambulatorial, compreendendo:

a) Atendimento médico, por especialidade, com realização de todos os procedimentos específicos necessários para cada área, incluindo os de rotina, urgência ou emergência;

b) Assistência social;

c) Atendimento odontológico, quando disponível;

d) Assistência farmacêutica, de enfermagem, de nutrição e outras, quando indicadas.

**5.2** - Assistência técnico-profissional e hospitalar, compreendendo:

a) todos os recursos de diagnóstico e tratamento disponíveis necessários ao atendimento dos usuários do SUS;

b) encargos profissionais (incluindo plantonistas) e nasocomiais necessários;

c) utilização de sala de cirurgia, material e serviços do centro cirúrgico e instalações correlatas;

d) medicamentos receitados e outros materiais utilizados, sangue e hemoderivados;

e) serviços de enfermagem;

f) serviços gerais;

g) fornecimento de roupa hospitalar;

h) alimentação com observância das dietas prescritas;

i) procedimentos especiais, como hemodiálise, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, endoscopia e outros necessários ao adequado atendimento do usuário, de acordo com a capacidade instalada e complexidade do CONTRATADO.

# 5.3. Os serviços devem obedecer às legislações vigentes, ou outras que venham a substituí-las:

# - PORTARIA Nº 874, DE 16 DE MAIO DE 2013, Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

# Portaria nº 876/SAS/MS, de 16 de maio de 2013, Dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

# - PORTARIA Nº 140, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2014, que redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

**5.4.** Os interessados são responsáveis pela continuidade do tratamento dos pacientes, inclusive nos fins de semanas e de feriados.

**6— DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO**

Os interessados deverão apresentar os documentos em uma via, listando todos os documentos que deverão ser apresentados em cópia autenticada, ou então em cópias simples, desde que acompanhados do original, para autenticação pela Comissão de Licitação, atualizados e vigentes, entregues conforme abaixo discriminados:

**6.1.** Para comprovação da Habilitação Jurídica os interessados deverão apresentar os seguintes documentos:

**a.** Cópia autenticada do ato constitutivo, estatuto ou contrato social, e suas alterações, em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores, conforme o caso;

**b**. Cópia autenticada da inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício;

**c**. Cópia autenticada da Carteira de Identidade (CI) e do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) do representante legal;

**d.** Dados pessoais da diretoria, quando Fundação: nomes, nacionalidade, estado civil, profissão, endereço, número da CI e do CPF;

**6.2.** Para a comprovação da Regularidade Fiscal, os interessados deverão apresentar os seguintes documentos:

**a**. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ);

**b**.Prova de Regularidade para com a Fazenda Federal, e a Seguridade Social, mediante apresentação de Certidão Conjunta de Débitos Relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, emitida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil ou pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional em vigor;

**c**.Prova de regularidade relativa à Seguridade Social – Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS, emitida pelo órgão competente em vigor. A comprovação de regularidade poderá ser efetuada por meio de Certidão Conjunta de Débitos Relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, juntamente com a Certidão de Débitos Previdenciários, emitidas pela Secretaria da Receita Federal do Brasil, nos termos do art. 5º da Portaria MF nº 358, de 5 de setembro de 2014, no prazo de validade.

**d.** Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS, emitida pela Caixa Econômica Federal, em vigor;

**e.** Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual do domicilio ou sede do licitante, mediante apresentação de certidão emitida pela Secretaria competente do Estado, em vigor;

**f.** Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal do domicilio ou sede do licitante, mediante apresentação de certidão emitida pela Secretaria competente do Município. A prova de regularidade com a Fazenda Municipal deverá abranger quaisquer tributos municipais. Em caso de divisão da fiscalização tributária deverão ser apresentadas certidões relativas aos tributos mobiliários e imobiliários, em vigor;

**g.** Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), em vigor;

**h.** Certidão Negativa de Falência, Concordata, Recuperação Judicial ou Extrajudicial expedida pelo(s) cartório(s) distribuidor (es) da sede ou domicílio da licitante. Caso o documento não declare sua validade somente será aceito documento expedido no máximo 60 (sessenta) dias antes da data do recebimento dos envelopes;

**i.** Alvará de funcionamento do estabelecimento, dentro da validade.

**6.3.** Para a comprovação da Qualificação Técnica referente aos serviços ambulatoriais, médico-hospitalares de Média Complexidade e alta complexidade, os interessados deverão apresentar os seguintes documentos:

**a**. Cópia autenticada da certidão de pessoa jurídica, junto a o Conselho Regional de Medicina, em vigor;

**b**. Cópia autenticada do documento da CI e do CPF do responsável técnico pelo estabelecimento, em vigor;

**c**. Cópia autenticada do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde (CEBAS), expedido pelo Ministério da Saúde ou Lei de Utilidade Pública federal, estadual ou municipal, quando instituições filantrópicas;

**d.** Cópia autenticada do Alvará de Fiscalização da Vigilância Sanitária Municipal, em vigor;;

**e**. Cópia autenticada do Relatório de Inspeção Sanitária atualizado, emitido pela Vigilância Sanitária municipal, dentro do período de um ano;

**f.** Parecer Conclusivo emitido pela Vigilância Sanitária municipal, dentro do período de um ano, constando que o interessado atende às legislações pertinentes para o credenciamento/contratação do(s) serviço(s);

**g.** Ficha Completa do CNES devidamente atualizada, assinada e carimbada, contendo a identificação do assinante.

**6.4.** Em se tratando do serviço de Oncologia apresentar ainda:

**a.** Comprovante de habilitação junto ao Ministério da Saúde, conforme Portarias Ministeriais, que habilitam o interessado a prestar os serviços a serem contratados, em vigor;;

**b**. Documento que comprove a inscrição do responsável técnico do serviço de alta complexidade, no respectivo Conselho Federal e/ou Conselho Regional, em vigor;;

**c**. Cópia do documento que comprove especialidade de todos os profissionais médicos envolvidos na prestação da assistência médico-ambulatorial habilitada, bem como cópia do cartão de inscrição desses profissionais nos respectivos Conselhos;

**6.5.** Em se tratando de serviços laboratoriais, os interessados deverão apresentar também os seguintes documentos:

**a.** Relação de todos os profissionais envolvidos na prestação dos serviços, por categoria com seu respectivo número do Conselho de Classe;

**b**.Documento que comprove a inscrição do responsável técnico do laboratório no respectivo Conselho Federal e/ou Conselho Regional. O responsável técnico é o profissional habilitado para realizar os exames e assinar os laudos emitidos pelo laboratório;

**c.** Apresentar regimento interno ou documento equivalente, atualizado, contemplando a definição e a descrição de todas as suas atividades técnicas, administrativas e assistenciais, responsabilidades e competências;

**d.** Apresentar certificado anual de conformidade e/ou comprovante de participação efetiva em um Programa de Controle Externo da Qualidade nas especialidades dos exames que realiza em sua estrutura física;

**e.** Apresentar relatório de Controle Interno da Qualidade contemplando as análises realizadas;

**f**. Apresentar Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);

**6.6.** Os interessados deverão apresentar ainda os seguintes documentos:

**a**. Declaração indicando o representante legal, que irá assinar o Contrato, apresentado cópia do RG e CPF do mesmo;

**b**. Declaração de inexistência de fato impeditivo da habilitação, ficando o prestador obrigado a declarar a superveniência de qualquer fato, na forma do § 2º, do artigo 32, da Lei 8.666/93; (Anexo III)

**c.** Declaração de que a entidade não possui em seu quadro de pessoal empregado(s) menor(es) de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e de dezesseis anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos, nos termos do inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal de 1988 (Lei nº 9.854/1999); (Anexo IV)

**d**. Declaração de que o(s) proprietário(s) e/ou diretor(es) e/ou provedor(es) do estabelecimento a ser contratado não pertence(m) ao quadro de servidores públicos da SMS-Patos de Minas (artigo 9º, inciso III, da Lei nº 8.666/1993), e nem exerce(m) cargo de chefia ou função de confiança no SUS federal, estadual ou municipal (artigo 26, § 4º da Lei nº 8.080/1990); (Anexo V)

**e**. Declaração firmada pelos sócios e/ou diretores da instituição que, expressamente:

- conhecem e aceitam as condições de remuneração dos serviços, na conformidade da Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e Insumos Estratégicos do SUS e de acordo com o programa de repasse e liberação de pagamentos, disponibilizado à Secretaria Municipal da Saúde; e

- tem disponibilidade para prestar atendimento consoante às regras do Conselho Nacional de Saúde e da Comissão Tripartite de Saúde, obedecendo às disposições éticas e técnicas dos respectivos Conselhos Regionais e com as regras de pactuação dos fluxos assistenciais fixadas pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e Secretaria Municipal de Saúde de Patos de Minas, seguindo assim as normas de prestação de serviço no SUS; (Anexo VI)

**6.7**. Será admitida a subcontratação parcial dos serviços constantes neste termo de referencia, desde que a entidade comunique à SMS-Patos de Minas a existência de serviços subcontratados, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

a. Cópia autenticada do Contrato celebrado entre a entidade interessada e a subcontratada;

b. Declaração da entidade interessada, constando quais e quantos serviços são subcontratados, conforme modelo constante no Anexo V;

c. Documentos da subcontratada conforme disposto nos itens **6.1, 6.2, 6.3 , 6.4 e 6.5** deste termo de referencia.

**6.8.** É vedada a subcontratação total do objeto deste termo de referencia.

**6.9.** A falta de quaisquer dos documentos ou o descumprimento das exigências previstas nos subitens anteriores implicará a INABILITAÇÃO do participante.

**6.10.** A(s) entidade(s) habilitada(s) terá(ão) mera expectativa de direito quanto à sua contratação.

**6.11.** As Declarações exigidas no item **6.4** deverão ser apresentadas em documento original, em papel timbrado ou com carimbo do prestador.

**7— DO JULGAMENTO DA HABILITAÇÃO**

**7.1** A Comissão analisará a documentação contida no envelope entregue pelas instituições. Para as instituições com a documentação **em desconformidade** com o que está estabelecido no item 6 deste edital, será concedido prazo de  **15 (quinze) dias úteis**, a contar da data do recebimento da notificação, para apresentação da documentação com vistas a sanar as incorreções apontadas pela Comissão.

**7.2** É facultado à Comissão solicitar esclarecimentos e dados técnicos subsidiários da documentação ao proponente.

**7.3** As instituições que estiverem com a documentação de acordo com o edital, após o esgotamento do prazo estabelecido no item 7.1, serão vistoriadas por representantes da Secretaria Municipal de Saúde.

**8— DOS RECURSOS**

Os recursos e prazos seguirão o disposto nos artigos 109 e seguintes da Lei 8666/93, e suas alterações.

**8.1** Dos atos da Administração Pública cabem:

I - recursos, no prazo de 05 (cinco) dias úteis a contar da intimação do ato ou lavratura da ata nos casos de:

a) indeferimento do pedido de inscrição em registro cadastral, sua alteração ou cancelamento;

b) anulação ou revogação da chamada pública;

c) aplicação das penas de advertência, suspensão temporária ou de multa;

d) rescisão do contrato, a que se refere o inc. I do art. 79 desta Lei;

II – representação, no prazo de 5 (cinco) dias úteis da intimação da decisão relacionada com o objeto da chamada pública ou do contrato, de que não caiba recurso hierárquico;

III – pedido de reconsideração, de decisão do Secretário Municipal, conforme o caso, na hipótese do §4º do art. 87 desta Lei, no prazo de 10 (dez) dias úteis da intimação do ato.

**8.1.1** A intimação dos atos referidos no inciso I, alíneas “b” e “d”, excluídos os relativos à advertência e multa de mora, e no inc.III, será feita mediante publicação na imprensa oficial.

**8.1.2** Os recursos previstos nas alíneas do inciso I, deste subitem não terão efeito suspensivo, podendo, todavia, a autoridade competente, motivadamente e presentes razões de interesse público, atribuir ao recurso interposto eficácia suspensiva.

**8.1.3** Interposto o recurso, será comunicado aos demais proponentes, que poderão impugná-lo no prazo de 05 (cinco) dias úteis.

**8.1.4** O recurso será dirigido à autoridade superior, por intermédio da que praticou o ato recorrido, a qual poderá reconsiderar sua decisão no prazo de 05 (cinco) dias úteis, ou, nesse mesmo prazo, fazê-lo subir, devidamente informado, devendo, neste caso, a decisão ser proferida, dentro do prazo de 05 (cinco) dias úteis, contado do recebimento do recurso.

**8.2** Os recursos devem observar os seguintes requisitos:

I - serem digitados e devidamente fundamentados;

II - serem assinados por representante legal da recorrente ou por Procurador devidamente habilitado.

**9— DO DESCREDENCIAMENTO**

**9.1.** Durante a prestação dos serviços, o prestador fica proibido de:

**9.1.1.** Cobrar qualquer sobretaxa em relação à tabela de preços do SUS;

**9.1.2.** Cobrar quaisquer serviços, direta ou indiretamente ao usuário;

**9.1.3.** Solicitar e/ou exigir que o usuário assine fatura ou guia de atendimento em branco;

**9.1.4.** Solicitar qualquer tipo de doação;

**9.1.5** Não atendimento à solicitação de esclarecimento e/ou documentação encaminhada pelos setores de Regulação, Controle e Avaliação, Auditoria da SMS sobre atendimento do usuário.

**9.1.6.** Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa do prestador poderá ensejar a rescisão do contrato.

**9.1.7.** Atraso injustificado na execução da prestação do serviço, bem como a sua paralisação sem justa causa e prévia comunicação à SMS/SUS/Patos de Minas.

**9.1.8.** O atraso na entrega dos pedidos de exames na Regulação da SMS em até 05 (cinco) remessas ao longo do ano ou 03 (três) remessas consecutivas.

**9.1.9.** Desempenho insatisfatório do prestador.

**9.2.** O prestador será descredenciado nos casos de descumprimento de regras e condições fixadas para o atendimento, sendo excluído do rol de credenciados de forma imediata.

**10— DA CONTRATAÇÃO**

**10.1.** Entre todas as entidades habilitadas, a preferência legal para contratação é das entidades privadas sem fins lucrativos e as entidades filantrópicas, sendo que as entidades privadas com fins lucrativos somente serão contratadas quando as primeiras não possuírem condições e/ou interesse em absorver a totalidade dos serviços.

**10.2.** Caso seja credenciada mais de uma entidade que se enquadre na mesma natureza jurídica (entidades privadas sem fins lucrativos e as entidades filantrópicas ou entidades privadas com fins lucrativos) deverá ser celebrado contrato com todas elas, sendo o recurso financeiro dividido igualmente, podendo obedecer a capacidade operacional de cada um, desde que devidamente demonstrado e fundamentado pela comissão examinadora designada na Portaria Nº 3.515 de 13 de agosto de 2015.

**10.3.** Como exigências imprescindíveis para a formalização e manutenção do Contrato, a entidade habilitada deverá atender às seguintes condições:

**a**. Atender às normas deste Termo de Referência e seus Anexos;

**b.** Realizar os serviços de acordo com as tabelas SIA/SUS e SIH/SUS vigentes;

**c.** Manter em suas instalações físicas arquivo permanente dos prontuários dos pacientes SUS contendo material biológico, material patológico, mapas de trabalho, arquivos dos exames de imagens acompanhados dos respectivos laudos;

**d.** Apresentar qualquer documento prontamente, sempre que solicitado pela SMS - Patos de Minas - MG, no prazo máximo de cinco dias úteis, sob pena de rescisão contratual.

**10.4.** A entidade que for contratada deverá informar à SMS - Patos de Minas - MG, de imediato, qualquer alteração em suas instalações físicas ou endereço de atendimento, que analisará a conveniência de manter os serviços prestados em outro endereço, bem como qualquer alteração do capital social da entidade ou de sua composição societária, com a apresentação do documento modificativo, sob pena de descredenciamento da Contratada.

**10.5.** A mudança do responsável técnico pelo serviço também deverá ser comunicada à Secretaria Municipal de Saúde.

**10.6.** Na ocorrência das situações previstas nos subitens **10.4 e 10.5**, deverá ser procedida alteração cadastral no CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, junto à Vigilância Sanitária da SMS - Patos de Minas - MG.

**10.7.** Alterações cadastrais que impliquem mudanças de preço na Planilha de Oferta de Serviços aprovada devem ser previamente autorizadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

**11 - DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS**

Para o cumprimento do objeto deste contrato, o CONTRATADO obriga-se a oferecer ao usuário os recursos necessários a seu atendimento, conforme discriminação abaixo:

**11.1** - Assistência médico-ambulatorial, compreendendo:

a) Atendimento médico, por especialidade, com realização de todos os procedimentos específicos necessários para cada área, incluindo os de rotina, urgência ou emergência;

b) Assistência social;

c) Atendimento odontológico, quando disponível;

d) Assistência farmacêutica, de enfermagem, de nutrição e outras, quando indicadas.

**11.2** - Assistência técnico-profissional e hospitalar, compreendendo:

a) todos os recursos de diagnóstico e tratamento disponíveis necessários ao atendimento dos usuários do SUS;

b) encargos profissionais (incluindo plantonistas) e nasocomiais necessários;

c) utilização de sala de cirurgia, material e serviços do centro cirúrgico e instalações correlatas;

d) medicamentos receitados e outros materiais utilizados, sangue e hemoderivados;

e) serviços de enfermagem;

f) serviços gerais;

g) fornecimento de roupa hospitalar;

h) alimentação com observância das dietas prescritas;

i) procedimentos especiais, como hemodiálise, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, endoscopia e outros necessários ao adequado atendimento do usuário, de acordo com a capacidade instalada e complexidade do CONTRATADO.

# 11.3. Os serviços devem obedecer às legislações vigentes, ou outras que venham a substituí-las:

- **Portaria nº 3.432/MS/GM, de 12 de agosto de 1998**, estabelece critérios de classificação entre as Unidades de Tratamento Intensivo, de acordo com a incorporação de tecnologia, a especialização dos recursos humanos e a área física disponível;

- **Resolução RDC/ANVISA nº 50 de 21 de fevereiro de 2002**, ou outra que venha a substituí-la, quanto às normas específicas referentes às áreas de engenharia, arquitetura e vigilância sanitária em vigor, com vistas a garantir as condições físicas adequadas ao atendimento da clientela;

- **Resolução-RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**, Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências;

**11.4.** Os interessados são responsáveis pela continuidade do tratamento dos pacientes, inclusive nos fins de semanas e de feriados.

**12 - DAS OBRIGAÇÕES DOS PRESTADORES**

Para o cumprimento do objeto desta contratualização, a CONTRATADA obriga-se a prestar os serviços em estrita observância às exigências contidas neste Edital, devendo:

**12.1** - Manter à disposição do SUS a capacidade total ofertada neste Contrato;

**12.2** - Assegurar o cumprimento integral das normas e diretrizes do SUS, assim como de normas complementares estaduais e municipais, no que couber;

**12.3** - Ofertar os serviços contratados de acordo com as legislações pertinentes ao objeto deste contrato;

**12.4** - Atender às diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH;

**12.5** - Submeter-se a avaliações sistemáticas, de acordo com o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS e promover as adequações necessárias, quando for o caso;

**12.6** - Assegurar o funcionamento, em perfeitas condições, dos serviços ora propostos e nos casos que demandarem a utilização de equipamentos que porventura venham a apresentar defeito técnico ou que necessitem de intervalos de uso para a manutenção ou substituição, bem como a ausência temporária de profissionais, deverá ser comunicado imediatamente à esta SECRETARIA com proposta de solução **visando a não interrupção da assistência**.

**12.7** - Garantir quadro de recursos humanos qualificados e compatível aos serviços ora contratados, de modo que a prestação se dê de forma contínua e ininterrupta;

**12.8** - Manter afixado em lugar visível placa informando que a CONTRATADA atende pelo SUS e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;

**12.9** - Atender o usuário do SUS com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo a qualidade na prestação de serviços,disponibilizando acesso único aos usuários, não importando se o atendimento se dará através do SUS ou por qualquer outro tipo de convênio;

**12.10 -** É vedada a cobrança dos serviços, direta ou indiretamente ao usuário, no que tange aos serviços cobertos pelo SUS, assim como solicitar doações em dinheiro ou que o mesmo forneça material ou medicamento para exames.

**12.11** - Responder pelas obrigações fiscais, eventualmente devidas, de qualquer natureza, relativa à equipe, sendo-lhe defeso invocar a existência desse Contrato para tentar eximir-se daquelas obrigações ou transferí-las à CONTRATANTE;

**12.12** - Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados, disponibilizando a qualquer momento à CONTRATANTE e auditorias do SUS as fichas e prontuários dos usuários do SUS, que deverão estar em conformidade com as Resoluções dos Conselhos de Classe pertinentes e portarias correlatas, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados;

**12.13** - Garantir as condições técnicas e operacionais para a manutenção das licenças e alvarás nas repartições competentes, necessárias à execução dos serviços, objeto do presente Contrato, bem como do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES;

**12.14** - Arcar com todo e qualquer dano ou prejuízo, de qualquer natureza, causados à CONTRATANTE e/ou a terceiros por sua culpa ou em consequência de erros, imperícia própria ou de auxiliares, que estejam sob sua responsabilidade na execução dos serviços contratados;

**12.15** - Garantir a desinfecção, esterilização e antissepsia, em perfeitas condições com as normas técnicas vigentes, bem como assegurar o uso adequado dos equipamentos. E em sua sede própria deverá, também, garantir o funcionamento das instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral, para a correta prestação dos serviços ora contratados.

**12.16** - Alimentar o Sistema de Informações Ambulatórias e Hospitalares (SIA e SIHD) para registro das informações dos serviços prestados, obedecendo aos prazos, fluxos e rotinas de entrega da produção à CONTRATANTE; ou outro sistema de informações que venha a ser implantado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em substituição ou complementar a este;

**12.17** - Não negar atendimento ao paciente encaminhado pela CONTRATANTE, no que se refere aos serviços ora contratados;

**12.18** - A contratada responderá, exclusiva e integralmente, pela utilização de pessoal para a execução do objeto contratado, incluído os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a Secretaria Municipal de Saúde, bem como responderem pela solidez e segurança dos serviços;

**12.19** - A fiscalização ou o acompanhamento da execução deste contrato pelos órgãos competentes da CONTRATANTE não exclui, nem reduz, a responsabilidade da CONTRATADA, nos termos da legislação vigente;

**12.20** - A responsabilidade de que trata esta cláusula estende-se aos casos de danos causados por defeitos relativos à prestação dos serviços, nos estritos termos do art. 14 da Lei 8.078, de 11de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor).

**12.21** - A Contratada deverá fazer comunicação imediata à Contratante de qualquer mudança de responsável técnico.

**12.22** - Submeter-se aos critérios de autorização e regulação estabelecidos pela SMS/Patos de Minas;

**12.23** - Manter, durante a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações anteriores e com as condições de habilitação exigidas neste instrumento;

**12.24** - A Contratada obriga-se a enviar à Central de Marcação de Consulta/CMCE/SMS a escala de consultas disponibilizadas, conforme critérios da CMCE/SMS.

**12.25** - O contratado deverá fornecer, semanalmente, à Diretoria de Regulação da SMS/Patos de Minas os pedidos dos exames devidamente assinados pelos pacientes, juntamente com o valor total destes pedidos. Este procedimento deverá ser realizado até às 14 horas da quarta-feira da semana subsequente ao período avaliado. No caso de feriado o contratado deverá entregar a documentação no primeiro dia útil imediatamente anterior.

**12.26 -** Providenciar imediata correção das não conformidades apontadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Patos de Minas, quando da execução e qualidade da assistência.

**12.27** **-** Esclarecer ao usuário do SUS sobre seus direitos e assuntos pertinentes oferecidos.

**12.28** **-** Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar a prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

**12.29 -** Justificar à SECRETARIA, ao paciente, ou seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional necessário à execução dos procedimentos previstos neste Edital.

**12.30 -** Garantir a confidencialidade e confiabilidade dos dados e informações dos pacientes.

**12.31 -** Não utilizar, nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação, sem aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, segundo art. 7º, inciso II da Resolução nº. 196 do Conselho Nacional de Saúde de 10 de outubro de.1996.

**12.32 -** São, ainda, obrigações dos prestadores de serviços de saúde ao SUS/Patos de Minas:

**12.33** -Informar à Secretaria Municipal de Saúde, quaisquer alterações: razão social, controle acionário, mudança de Diretoria, Estatuto e de endereço, através de fotocópia autenticada da Certidão, da Junta Comercial ou do Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas, efetuando a devida atualização junto à SMS Patos de Minas e ao CNES;

**12.34** - Cumprir, dentro dos prazos estabelecidos, as obrigações assumidas por força deste Termo de Referência;

**12.35** - Permitir acesso dos supervisores, auditores e outros profissionais, eventual ou permanentemente designados pela Secretaria Municipal de Saúde, para supervisionar, acompanhar e auditar a execução dos serviços prestados.

**12.36** - Contribuir para a melhoria da qualidade da assistência informando à Diretoria de Regulação e ao Controle e Avaliação Ambulatorial da Secretaria Municipal de Saúde de Patos de Minas sobre não conformidades detectadas nas solicitações e encaminhamentos de exames pela Rede Municipal ao serviço.

**12.37 -** Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização, da auditoria e da normatividade suplementar exercidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Patos de Minas sobre a execução do objeto do Contrato, fica desde já reconhecida a prerrogativa de controle e a autoridade normativa nos termos da Lei Federal nº. 8.080/90, do Decreto Federal nº. 1.651/95.

**13 – DAS OBRIGAÇÕES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**13.1.** Credenciar, perante o prestador, mediante documento hábil, o servidor autorizado a solicitar, acompanhar, supervisionar, fiscalizar e auditar os procedimentos e a execução dos serviços de saúde nos termos do Decreto Municipal nº 2.360/01 e Lei Complementar 45 de 31 de janeiro de 1997.

**13.2.** Periodicamente vistoriar as instalações da entidade prestadora de serviços, para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas comprovadas na ocasião da assinatura do Contrato.

**13.3.** Estabelecer mecanismos de controle da oferta e demanda de ações e serviços de saúde

**13.4.** Exercer o controle e avaliação dos serviços prestados, autorizando os procedimentos a serem realizados.

**13.5.** Transferir os recursos previstos neste Contrato à CONTRATADA, conforme Cláusula oitava deste termo, correspondente aos serviços efetivamente prestados.

**13.6.** Prestar esclarecimentos e informações à CONTRATADA que visem orientá-la na correta prestação dos serviços pactuados, dirimindo as questões omissas neste instrumento assim como lhe dar ciência de qualquer alteração no presente Contrato.

**13.7.** Esclarecer aos pacientes do SUS/Patos de Minas e Municípios pactuados sobre seus direitos e prestar todas as informações necessárias, pertinentes aos serviços ofertados pela Contratada.

**13.8.** Monitorar o funcionamento do estabelecimento de saúde do prestador, notificando o prestador, fixando-lhe prazo para corrigir defeitos ou irregularidades encontradas.

**13.9.** Providenciar a publicação do extrato do Contrato no Diário Oficial do Estado - DOE, no prazo estabelecido no parágrafo único, do artigo 61, da Lei Federal nº. 8.666/93.

**14—DA VIGÊNCIA**

**14.1.** A vigência do Contrato será de pelo período de 12 (doze) meses a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por períodos subsequentes, desde que obedecidas às mesmas condições estipuladas no Instrumento Contratual, até o limite de 60 (sessenta) meses, com anuência da credenciada, nos termos do inciso II, do art. 57, da Lei Federal 8.666/93.

**14.2**. A continuidade da prestação de serviços nos exercícios financeiros subsequentes ao presente, respeitando o prazo de vigência do Contrato, fica condicionada à aprovação das dotações próprias para as referidas despesas no orçamento do Fundo Municipal da Saúde – FMS *e* do FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS E COMPENSAÇÕES – FAEC.

**15 – DO PREÇO, DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA e RECURSOS FINANCEIROS**

**15.1.** O prestador somente fará jus aos valores correspondentes aos serviços previamente encaminhados, autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde, e efetivamente prestados.

**15.1.1.** As propostas de ofertas de serviços aprovadas provenientes deste Edital, não implicarão em nenhuma previsão de crédito em favor do prestador;

**15.1.2.** Os valores estipulados dos procedimentos serão reajustados na mesma proporção, índices, e épocas dos reajustes concedidos pelo Ministério da Saúde.

**15.1.3.** Vedação expressa de pagamento de qualquer sobretaxa em relação aos valores na Tabela SUS e as referidas Portarias.

**15.2.** Os recursos financeiros necessários para a celebração dos contratos estão incluídos no TETO FINANCEIRO DO MUNICÍPIO DE PATOS DE MINAS, por meio de repasses do Fundo Nacional de Saúde – FNS para o Fundo Municipal de Saúde, conforme Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, e conforme estipulado na **PORTARIA N 1.253, de 12 de novembro de 2013**, que estabelece os repasses do FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS E COMPENSAÇÕES – FAEC, ou outras Portarias que venham a atualizá-las.

**15.3.** A variação do valor contratual para fazer face ao reajuste de preços da Tabela de Procedimentos Medicamentos órteses próteses e materiais especiais (OPM) do SUS, compensações ou penalizações financeiras bem como o empenho de dotações orçamentárias suplementares até o limite do seu valor corrigido, podem ser registrados por simples apostila, dispensando a celebração de aditamento, por tratar-se de ajuste dos valores unitários da tabela estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

**15.4.** As despesas decorrentes de atendimento ambulatorial e Hospitalar consignadas no Sistema de Informação SIA e SIHD tem valor anual estimado de até R$ 4.326.233,16(Quatro milhões trezentos e vinte e seis mil duzentos e trinta e três reais e dezesseis centavos), conforme estimativa financeira constante na FICHA DE PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA – FPO, sendo a estimativa de R$20.655,00 (Vinte mil, seiscentos e cinqüenta e cinco reais) anuais para os procedimentos financiados pelo FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS E COMPENSAÇÃO – FAEC e o limite de R$4.305.578,16 (Quatro milhões trezentos e cinco mil quinhentos e setenta e oito reais e dezesseis centavos) anuais para os procedimentos de MÉDIA COMPLEXIDADE da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, que serão custeados pela CONTRATANTE, com recurso repassado mensalmente ao FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – FMS pelo FUNDO NACIONAL DA SAÚDE – FNS, classificado como BLOCO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – MAC.

.

**15.5.** As despesas decorrentes das contratações correrão por conta da dotação orçamentária abaixo, referente ao orçamento vigente e, nos próximos exercícios, a conta de dotação própria.

09.01.00.10.302.0022.2.0117 (1.114) - Aquisição de Serviços Ambulatoriais e Hospitalares

Fonte de Recursos Federal: 01.0049.0100.0000 - Média e Alta Complexidade.

Fonte de Recursos Estadual: 01.0055.0207.0000 - Outras Rec. Média e Alta Complexidade.

Fonte de Recursos Municipal: 01.0002.0000.0000 - Rec. Imp. e Transf. Imp. Vinc. à Saúde.

**16 – DA APRESENTAÇÃO DAS FATURAS E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

**16.1.** A Contratada fica obrigada a apresentar a produção sob a forma de Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPAC), Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPAI), Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC) e outros que vierem a sucedê-los, ou, que a estes forem acrescidos, obedecendo os prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e devidamente gerenciados pela Contratante.

**16.2.** A Contratante fica responsável pelo envio dos dados de produção da Contratada ao DATASUS, que após consistência dos mesmos, irá gerar os valores de produção aprovados.

**16.3.** Após a revisão dos documentos e sua aprovação a Contratante efetuará o pagamento do valor apurado em até 30 (trinta) dias após emissão de nota fiscal.

**16.4.** As cobranças rejeitadas quanto ao mérito serão objeto de análise pela Diretoria de Regulação da SMS/SUS/Patos de Minas, ficando à disposição do prestador de serviços, que terá um prazo de 30 (trinta) dias, a contar do pagamento efetuado, para apresentar recurso. Caso a decisão seja favorável ao prestador as cobranças poderão ser reapresentadas através dos sistemas do MS - BPAC, BPAI, APAC;

**16.5** Serão descontados no processamento apresentado, os procedimentos glosados pelas revisões técnica e administrativa.

**16.6** Caso os pagamentos rejeitados já tenham sido efetuados, fica a SMS/SUS/Patos de Minas, autorizada a debitar o valor pago indevidamente no mês seguinte, através do BDP/Boletim de Diferença de Pagamento no SIASUS.

**16.7** O pagamento dos serviços ambulatoriais prestados de acordo com as Programações Pactuadas e Integradas, aprovadas pelas Comissões Intergestores Bipartite e regularmente faturados com contrato válido e vigente, até o quinto dia útil, após o cumprimento pelo Ministério da Saúde das seguintes condições:

a) crédito na conta bancária do Fundo Municipal de Saúde, pelo Fundo Nacional de Saúde e pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC.

b) disponibilização dos arquivos de processamento no SIASUS nos sites dos respectivos sistemas de informação, pelo DATASUS.

**Parágrafo Único - O prazo de 05 (cinco) dias úteis contará a partir da data em que se efetivar a última das condições referidas.**

**16.8** O não cumprimento pelo Ministério da Saúde de repassar os recursos correspondentes aos valores constantes neste Contrato não transfere para a Contratante a obrigação de pagar os serviços ora contratados, os quais são de responsabilidade do Ministério da Saúde para todos os efeitos legais

**17 DISPOSIÇÕES GERAIS**

**17.1** O presente Credenciamento poderá ser revogado, no todo ou em parte, por razões de interesse público derivadas de fato superveniente devidamente comprovado, pertinente e suficiente para justificar tal conduta. Devendo ser anulado por ilegalidade, de ofício ou por provocação de terceiros mediante ato escrito e fundamentado, sem que caiba a qualquer prestador direito à indenização, garantidos o contraditório e a ampla defesa, nos termos do § 3º, do artigo 49, da Lei nº. 8666/93.

**17.2.** Será facultado à Comissão de Licitação e a Diretoria de Regulação ou à autoridade superior, em qualquer fase do procedimento, promover diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo, bem como solicitar a órgãos competentes a elaboração de pareceres técnicos destinados a fundamentar a decisão.

**17.3**. A Comissão de Licitação, após receber e conferir a documentação encaminhará o processo de credenciamento à comissão nomeada pela Portaria 3.515 de 13 de agosto de 2015, que emitirá parecer técnico sobre a avaliação dos documentos e propostas apresentadas pelos prestadores e, mediante este posicionamento serão adotados pela Comissão de Licitação os procedimentos necessários para a devida instrução processual.

**17.4.** Estarão impedidos de participarem deste Credenciamento as entidades interessadas cujos sócios e/ou representantes se enquadrarem nas situações dispostas no artigo 9º, da Lei Federal nº. 8.666/93 e/ou § 4º, do artigo 26, da Lei Federal nº. 8.080/90.

**17.5.** A Secretaria Municipal de Saúde poderá, em casos específicos e sob critérios definidos em normatização complementar, determinar a realização de auditoria.

**17.6.** Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa do prestador poderá ensejar a rescisão do Contrato proveniente deste Edital ou a revisão das condições ora estipuladas.

**17.7.** A fiscalização exercida pela Secretaria Municipal de Saúde sobre os serviços que vierem a ser contratados não eximirá o prestador da sua plena responsabilidade perante a Secretaria Municipal de Saúde ou para com os usuários e a terceiros, decorrentes de culpa ou dolo na execução do Instrumento proveniente deste Edital.

**17.8.** O prestador facilitará à Secretaria Municipal de Saúde o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores da Secretaria Municipal de Saúde designados para tal fim.

**17.9.** O credenciado poderá denunciar o ajuste, a qualquer tempo, bastando para tanto, notificar a Administração, com antecedência de 90 (noventa) dias.

**17.10.** Constituem motivos para rescisão ou denúncia dos Contratos a serem firmados o nãocumprimento de quaisquer de suas cláusulas e condições, bem como os motivos previstos naLei Federal nº. 8.666/93, sem prejuízo das multas cominadas no subitem 14.1.2, quais sejam:

**17.10.1.** O não cumprimento de cláusulas contratuais;

**17.10.2.** Cobrar qualquer sobretaxa em relação à tabela de preços;

**17.10.3.** Cobrar quaisquer serviços, direta ou indiretamente ao usuário;

**17.10.4.** Solicitar e/ou exigir que o usuário assine fatura ou guia de atendimento em branco;

**17.10.5.** Solicitar qualquer tipo de doação;

**17.10.6.** O atraso injustificado no início do serviço;

**17.10.7.** A paralisação do serviço sem justa causa e prévia comunicação à Administração;

**17.10.8.** O atraso na entrega dos pedidos de exames na Regulação da SMS em até 05 (cinco) remessas ao longo do ano ou 03 (três) remessas consecutivas;

**17.10.9.** Desempenho insatisfatório do prestador;

**17.10.10.** Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa do prestador poderá ensejar a rescisão do contrato.

**17.10.11 -** Não atendimento a solicitação de esclarecimento encaminhada pela Diretoria de Regulação, Gerência de Controle e Avaliação, Gerência de Auditoria e/ou autoridade superior da CONTRATANTE sobre o atendimento do usuário;

**17.10.12 -** O não atendimento das determinações regulares do Supervisor/Auditor designado para acompanhar e fiscalizar a sua execução, assim como, as de seus superiores;

**17.10.13 -** O cometimento reiterado de faltas na sua execução;

**17.10.14 -** Razões de interesse público, de alta relevância e amplo conhecimento, justificadas e determinadas pelo Gestor do SUS/Patos de Minas e Municípios pactuados;

**17.10.15 -** Nos casos enumerados nos incisos IX, X, XI, XIV, XV, XVII e XVIII, do artigo 78, da Lei Federal nº. 8.666/93.

**17.11 -** Em caso de rescisão ou denúncia, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, a critério da Secretaria Municipal de Saúde, será observado o prazo de até 180 (cento e oitenta) dias para ocorrer a rescisão. Se neste prazo o prestador negligenciar na prestação dos serviços que vierem a ser contratados, a multa poderá ser duplicada.

**17.12 -** A rescisão do Contrato será determinada pelo Gestor do SUS/Patos de Minas e exarada no processo administrativo competente, assegurado o contraditório e a ampla defesa, tudo com vista ao disposto na Lei Federal nº. 8.666/93, em especial ao seu artigo 79.

**17.13 -** Da decisão da Secretaria Municipal de Saúde de rescindir os Contratos, caberá ao prestador pedido de recurso, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato.

**17.14 -** Sobre o pedido de reconsideração, formulado nos termos do subitem anterior, a Secretaria Municipal de Saúde/SUS-PM deverá manifestar-se no prazo de 05 (cinco) dias úteis e terá efeito suspensivo.

**17.15 -** Qualquer alteração do Contrato desde que legalmente permitido será objeto de Termo Aditivo.

**17.16 -** Os Contratos que vierem a ser assinados serão publicados, por extrato, no Diário Oficial do Estado de Minas Gerais, no prazo estabelecido pelo parágrafo único, do artigo 61, da Lei Federal 8.666/93.

**17.17** - São partes do presente edital, dele fazendo parte, como se nele fossem transcritos os seguintes Anexos:

ANEXO I - Tabela de Procedimentos, OPM a serem contratualizados

ANEXO II - Proposta de Procedimentos Ofertados

ANEXO III - Declaração de Idoneidade

ANEXO IV - Declaração de Cumprimento ao Disposto no Inc. XXXIII do Art. 7º da constituição Federal

ANEXO V - - Declaração de Incompatibilidade de Cargos e Funções

ANEXO VI - Declaração de Ciência dos Termos

ANEXO VII - Minuta de Contrato

ANEXO VIII – Termo de Referência

**18— DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

**18.1**. A participação na presente chamada implica em concordância tácita, por parte dos interessados, com todos os termos e condições deste edital e das cláusulas contratuais já estabelecidas

**18.2**. Convocada para assinatura do contrato, a selecionada não poderá se furtar de prestar serviços, conforme os valores estabelecidos na Tabela SUS, ficando esclarecido que a desistência posterior acarretará as sanções previstas no Capítulo IV da Lei Federal 8.666/ 93 e demais legislações aplicáveis.

**18.3** Será descredenciada, a qualquer tempo, a instituição que não mantiver, durante

o curso do contrato, as mesmas condições que possibilitaram o seu credenciamento, bem como a que rejeitar qualquer paciente, sem apresentar as razões objetivas que justifiquem a sua conduta, ou, ainda, aquela cujo contrato venha a ser rescindido, pelos motivos nele previstos.

**18.4** A lista com os prestadores credenciados, será publicada na Imprensa Oficial de Minas Gerais, através do site: [www.iof.gov.mg.br](http://www.iof.gov.mg.br)

**18.5** É de inteira responsabilidade do interessado acompanhar as informações e os resultados divulgados no Diário Oficial e no site da Prefeitura Municipal; www.patosdeminas.mg.gov.br/licitações não podendo alegar desconhecimento dos atos.

**18.6** As instituições selecionadas ficam, desde já, cientes de que os procedimentos contratados serão realizados conforme critérios técnicos e fluxos pré-definidos por esta Secretaria Municipal de Saúde, mediante agendamento, regulação e/ou autorização da Central de Regulação, em até 100% da sua oferta.

**18.7** Os casos omissos serão dirimidos pela Comissão de Chamamento Público e, em

última instância, pelo Secretário Municipal da Saúde.

**18.8** Fica eleito o Foro da Comarca de Patos de Minas, MG, para dirimir litígios resultantes deste Edital.

**18.9** O prazo para impugnação do presente edital será de cinco dias úteis antes da data fixada para a recebimento dos envelopes de habilitação.

Patos de Minas 04 de dezembro de 2015

Juliana Alves Gomes de Freitas

Presidente da CEL

**ANEXO I**

**TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E OPM DO SUS.**

A quantidade abaixo prevista para os serviços de saúde hospitalares e/ou ambulatoriais em Oncologia foi elaborada em virtude de registros históricos visando tão somente a formação do valor total da demanda dos serviços desta especialidade, mas não se limita a um número exato de atendimento de cada procedimento, haja vista a imprevisibilidade da necessidade de cada paciente em tratamento, sendo que todos constam da tabela SIGTAP-SUS.

**FICHA DE PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA – FPO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **GRUPO 02 - PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | |
| **SUBGRUPO 01 - COLETA DE MATERIAL** | | | | |
| **FO 01 - COLETA DE MATERIAL POR MEIO DE PUNÇÃO BIÓPSIA** | | | | |
|  |  | **Programado** | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0201010020 | BIÓPSIA / PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE | 12 | R$ 14,10 | R$ 169,20 |
| 0201010046 | BIÓPSIA DE ANÛS E CANAL ANAL | 12 | R$ 18,46 | R$ 221,52 |
| 0201010151 | BIÓPSIA DE ENDOMÉTRIO | 12 | R$ 18,33 | R$ 219,96 |
| 201010194 | BIÓPSIA DE FARINGE | 12 | R$ 19,06 | R$ 228,72 |
| 0201010224 | BIÓPSIA DE GÂNGLIO LINFÁTICO | 12 | R$ 46,19 | R$ 554,28 |
| 0201010305 | BIÓPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DA CINTURA ESCAPULAR (POR AGULHA / CÉU ABERTO) | 12 | R$ 182,75 | R$ 2.193,00 |
| 0201010313 | BIÓPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DA CINTURA PÉLVICA (POR AGULHA / CÉU ABERTO) | 12 | R$ 183,39 | R$ 2.200,68 |
| 0201010321 | BIÓPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DE MEMBRO INFERIOR (POR AGULHA / CÉU ABERTO) | 12 | R$ 188,78 | R$ 2.265,36 |
| 0201010330 | BIÓPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DE MEMBRO SUPERIOR (POR AGULHA / CÉU ABERTO) | 12 | R$ 188,26 | R$ 2.259,12 |
| 0201010348 | BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE | 12 | R$ 23,99 | R$ 287,88 |
| 0201010364 | BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE | 12 | R$ 14,66 | R$ 175,92 |
| 0201010372 | BIÓPSIA DE PELE E PARTES MOLES | 12 | R$ 25,83 | R$ 309,96 |
| 0201010380 | BIÓPSIA DE PÊNIS | 12 | R$ 18,33 | R$ 219,96 |
| 0201010399 | BIÓPSIA DE PIRÂMIDE NASAL | 12 | R$ 18,33 | R$ 219,96 |
| 0201010402 | BIÓPSIA DE PLEURA (POR AGULHA / PLEUROSCOPIA) | 12 | R$ 113,68 | R$ 1.364,16 |
| 0201010410 | BIÓPSIA DE PRÓSTATA | 33 | R$ 92,38 | R$ 3.048,54 |
| 0201010470 | BIÓPSIA DE TIREÓIDE OU PARATIREÓIDE | 12 | R$ 23,73 | R$ 284,76 |
| 0201010500 | BIÓPSIA DE VAGINA | 12 | R$ 18,33 | R$ 219,96 |
| 0201010518 | BIÓPSIA DE VULVA | 12 | R$ 18,33 | R$ 219,96 |
| 0201010569 | BIÓPSIA/EXÉRESE DE NÓDULO DE MAMA | 12 | R$ 35,00 | R$ 420,00 |
| 0201010585 | PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA | 12 | R$ 33,24 | R$ 398,88 |
| 0201010607 | PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA GROSSA | 13 | R$ 68,43 | R$ 889,59 |
| 0201010631 | PUNÇÃO LOMBAR | 12 | R$ 7,04 | R$ 84,48 |
| 0201010640 | PUNÇÃO P/ ESVAZIAMENTO | 12 | R$ 7,04 | R$ 84,48 |
| **TOTAL** | | **310** |  | **R$ 18.540,33** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | |
| **FO 1 - EXAMES BIOQUÍMICOS** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0202010023 | DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO | 16 | R$ 2,01 | R$ 32,16 |
| 0202010040 | DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (2 DOSAGENS) | 1 | R$ 3,63 | R$ 3,63 |
| 0202010074 | DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA CLÁSSICA (5 DOSAGENS) | 1 | R$ 10,00 | R$ 10,00 |
| 0202010090 | DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE | 1 | R$ 3,51 | R$ 3,51 |
| 0202010104 | DOSAGEM DE ACETONA | 1 | R$ 1,85 | R$ 1,85 |
| 0202010112 | DOSAGEM DE ACIDO ASCÓRBICO | 1 | R$ 2,01 | R$ 2,01 |
| 0202010120 | DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO | 142 | R$ 1,85 | R$ 262,70 |
| 0202010147 | DOSAGEM DE ALDOLASE | 1 | R$ 3,68 | R$ 3,68 |
| 0202010155 | DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA | 1 | R$ 3,68 | R$ 3,68 |
| 0202010163 | DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA | 1 | R$ 3,68 | R$ 3,68 |
| 0202010171 | DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA | 1 | R$ 3,68 | R$ 3,68 |
| 0202010180 | DOSAGEM DE AMILASE | 10 | R$ 2,25 | R$ 22,50 |
| 0202010201 | DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES | 1721 | R$ 2,01 | R$ 3.459,21 |
| 0202010210 | DOSAGEM DE CÁLCIO | 1540 | R$ 1,85 | R$ 2.849,00 |
| 0202010228 | DOSAGEM DE CÁLCIO IONIZAVEL | 99 | R$ 3,51 | R$ 347,49 |
| 0202010236 | DOSAGEM DE CAROTENO | 1 | R$ 2,01 | R$ 2,01 |
| 0202010252 | DOSAGEM DE CERULOPLASMINA | 1 | R$ 3,68 | R$ 3,68 |
| 0202010260 | DOSAGEM DE CLORETO | 10 | R$ 1,85 | R$ 18,50 |
| 0202010279 | DOSAGEM DE COLESTEROL HDL | 143 | R$ 3,51 | R$ 501,93 |
| 0202010295 | DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL | 250 | R$ 1,85 | R$ 462,50 |
| 0202010309 | DOSAGEM DE COLINESTERASE | 1 | R$ 3,68 | R$ 3,68 |
| 0202010317 | DOSAGEM DE CREATININA | 3032 | R$ 1,85 | R$ 5.609,20 |
| 0202010325 | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK) | 5 | R$ 3,68 | R$ 18,40 |
| 0202010333 | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB | 1 | R$ 4,12 | R$ 4,12 |
| 0202010341 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA | 1 | R$ 3,51 | R$ 3,51 |
| 0202010350 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTÂMICA | 1 | R$ 3,51 | R$ 3,51 |
| 0202010368 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA | 690 | R$ 3,68 | R$ 2.539,20 |
| 0202010384 | DOSAGEM DE FERRITINA | 138 | R$ 15,59 | R$ 2.151,42 |
| 0202010392 | DOSAGEM DE FERRO SÉRICO | 98 | R$ 3,51 | R$ 343,98 |
| 0202010406 | DOSAGEM DE FOLATO | 73 | R$ 15,65 | R$ 1.142,45 |
| 0202010414 | DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA TOTAL | 1 | R$ 2,01 | R$ 2,01 |
| 0202010422 | DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA | 1701 | R$ 2,01 | R$ 3.419,01 |
| 0202010430 | DOSAGEM DE FÓSFORO | 19 | R$ 1,85 | R$ 35,15 |
| 0202010449 | DOSAGEM DE FRAÇÃO PROSTÁTICA DA FOSFATASE ÁCIDA | 1 | R$ 2,01 | R$ 2,01 |
| 0202010457 | DOSAGEM DE GALACTOSE | 1 | R$ 3,51 | R$ 3,51 |
| 0202010465 | DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSF. (GAMA GT) | 1417 | R$ 3,51 | R$ 4.973,67 |
| 0202010473 | DOSAGEM DE GLICOSE | 916 | R$ 1,85 | R$ 1.694,60 |
| 0202010481 | DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE | 1 | R$ 3,68 | R$ 3,68 |
| 0202010503 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA | 30 | R$ 7,86 | R$ 235,80 |
| 0202010538 | DOSAGEM DE LACTATO | 1 | R$ 3,68 | R$ 3,68 |
| 0202010554 | DOSAGEM DE LIPASE | 11 | R$ 2,25 | R$ 24,75 |
| 0202010562 | DOSAGEM DE MAGNÉSIO | 1261 | R$ 2,01 | R$ 2.534,61 |
| 0202010570 | DOSAGEM DE MUCO-PROTEÍNAS | 5 | R$ 2,01 | R$ 10,05 |
| 0202010597 | DOSAGEM DE PORFIRINAS | 1 | R$ 3,51 | R$ 3,51 |
| 0202010600 | DOSAGEM DE POTÁSSIO | 1815 | R$ 1,85 | R$ 3.357,75 |
| 0202010619 | DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS | 1 | R$ 1,85 | R$ 1,85 |
| 0202010627 | DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES | 20 | R$ 1,85 | R$ 37,00 |
| 0202010635 | DOSAGEM DE SÓDIO | 1079 | R$ 1,85 | R$ 1.996,15 |
| 0202010643 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO-OXALACÉTICA (TGO) | 1054 | R$ 2,01 | R$ 2.118,54 |
| 0202010651 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO-PIRÚVICA (TGP) | 888 | R$ 2,01 | R$ 1.784,88 |
| 0202010660 | DOSAGEM DE TRANSFERRINA | 116 | R$ 4,12 | R$ 477,92 |
| 0202010678 | DOSAGEM DE TRIGLICERÍDEOS | 98 | R$ 3,51 | R$ 343,98 |
| 0202010694 | DOSAGEM DE URÉIA | 3000 | R$ 1,85 | R$ 5.550,00 |
| 0202010708 | DOSAGEM DE VITAMINA B12 | 1 | R$ 15,24 | R$ 15,24 |
| 0202010716 | ELETROFORESE DE LIPOPROTEÍNAS | 1 | R$ 3,68 | R$ 3,68 |
| 0202010724 | ELETROFORESE DE PROTEÍNAS | 1 | R$ 4,42 | R$ 4,42 |
| 0202010740 | PROVA DA D-XILOSE | 1 | R$ 3,68 | R$ 3,68 |
| 0202010767 | DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D | 1 | R$ 15,24 | R$ 15,24 |
| **TOTAL** | | **21.424** |  | **R$ 48.473,24** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | |
| **FO 2 - EXAMES HEMATOLÓGICOS E HEMOSTASIA** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0202020029 | CONTAGEM DE PLAQUETAS | 3 | R$ 2,73 | R$ 8,19 |
| 0202020037 | CONTAGEM DE RETICULÓCITOS | 31 | R$ 2,73 | R$ 84,63 |
| 0202020070 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO | 3 | R$ 2,73 | R$ 8,19 |
| 0202020096 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE | 3 | R$ 2,73 | R$ 8,19 |
| 02020126 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA | 1 | R$ 2,85 | R$ 2,85 |
| 0202020134 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA) | 272 | R$ 5,77 | R$ 1.569,44 |
| 0202020142 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP) | 305 | R$ 2,73 | R$ 832,65 |
| 0202020150 | DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS) | 123 | R$ 2,73 | R$ 335,79 |
| 0202020290 | DOSAGEM DE FIBRINOGÊNIO | 1 | R$ 4,60 | R$ 4,60 |
| 0202020304 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA | 1 | R$ 1,53 | R$ 1,53 |
| 0202020320 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL | 1 | R$ 2,73 | R$ 2,73 |
| 0202020339 | DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA | 1 | R$ 2,73 | R$ 2,73 |
| 0202020347 | DOSAGEM DE PLASMINOGÊNIO | 1 | R$ 4,11 | R$ 4,11 |
| 0202020355 | ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA | 1 | R$ 5,41 | R$ 5,41 |
| 0202020363 | ERITROGRAMA (ERITRÓCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATÓCRITO) | 1 | R$ 2,73 | R$ 2,73 |
| 0202020380 | HEMOGRAMA COMPLETO | 3623 | R$ 4,11 | R$ 14.890,53 |
| 0202020398 | LEUCOGRAMA | 1 | R$ 2,73 | R$ 2,73 |
| 0202020428 | PESQUISA DE CORPÚSCULOS DE HEINZ | 1 | R$ 2,73 | R$ 2,73 |
| 0202020444 | PESQUISA DE HEMOGLOBINA S | 1 | R$ 2,73 | R$ 2,73 |
| 0202020460 | PESQUISA DE TRIPANOSSOMA | 1 | R$ 2,73 | R$ 2,73 |
| 0202020541 | TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD) | 1 | R$ 2,73 | R$ 2,73 |
| **TOTAL** | | **4.376** |  | **R$ 17.777,95** |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | |
| **FO 3 - EXAMES SOROLÓGICOS E IMUNOLÓGICOS** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0202030016 | CONTAGEM DE LINFÓCITOS B | 1 | R$ 15,00 | R$ 15,00 |
| 0202030032 | CONTAGEM DE LINFÓCITOS T TOTAIS | 1 | R$ 15,00 | R$ 15,00 |
| 0202030067 | DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50) | 1 | R$ 9,25 | R$ 9,25 |
| 0202030075 | DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATÓIDE | 10 | R$ 2,83 | R$ 28,30 |
| 0202030083 | DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA | 1 | R$ 9,25 | R$ 9,25 |
| 0202030091 | DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEÍNA | 10 | R$ 15,06 | R$ 150,60 |
| 0202030105 | DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA) | 1190 | R$ 16,42 | R$ 19.539,80 |
| 0202030113 | DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA | 28 | R$ 13,55 | R$ 379,40 |
| 0202030121 | DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3 | 1 | R$ 17,16 | R$ 17,16 |
| 0202030130 | DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4 | 1 | R$ 17,16 | R$ 17,16 |
| 0202030156 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA) | 1 | R$ 17,16 | R$ 17,16 |
| 0202030164 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) | 1 | R$ 9,25 | R$ 9,25 |
| 0202030180 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM) | 1 | R$ 17,16 | R$ 17,16 |
| 0202030199 | DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE | 1 | R$ 9,25 | R$ 9,25 |
| 0202030202 | DOSAGEM DE PROTEÍNA C REATIVA | 106 | R$ 2,83 | R$ 299,98 |
| 0202030253 | PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA | 1 | R$ 10,00 | R$ 10,00 |
| 0202030261 | PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA | 1 | R$ 10,00 | R$ 10,00 |
| 0202030270 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA | 1 | R$ 8,67 | R$ 8,67 |
| 0202030288 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI | 1 | R$ 17,16 | R$ 17,16 |
| 0202030296 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT) | 1 | R$ 85,00 | R$ 85,00 |
| 0202030300 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA) | 5 | R$ 10,00 | R$ 50,00 |
| 0202030318 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2 | 1 | R$ 18,55 | R$ 18,55 |
| 0202030326 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP) | 1 | R$ 17,16 | R$ 17,16 |
| 0202030334 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS | 1 | R$ 5,74 | R$ 5,74 |
| 0202030342 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM | 3 | R$ 17,16 | R$ 51,48 |
| 0202030350 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO) | 1 | R$ 18,55 | R$ 18,55 |
| 0202030369 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA) | 1 | R$ 18,55 | R$ 18,55 |
| 0202030377 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS | 1 | R$ 9,25 | R$ 9,25 |
| 0202030385 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS | 1 | R$ 10,00 | R$ 10,00 |
| 0202030393 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS | 1 | R$ 9,25 | R$ 9,25 |
| 0202030407 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS | 1 | R$ 3,70 | R$ 3,70 |
| 0202030415 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO | 1 | R$ 5,83 | R$ 5,83 |
| 0202030423 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCÊNCIA) | 1 | R$ 10,00 | R$ 10,00 |
| 0202030458 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70) | 1 | R$ 10,00 | R$ 10,00 |
| 0202030466 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES | 1 | R$ 9,70 | R$ 9,70 |
| 0202030474 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO) | 1 | R$ 2,83 | R$ 2,83 |
| 0202030482 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO | 1 | R$ 10,00 | R$ 10,00 |
| 0202030512 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS | 1 | R$ 10,00 | R$ 10,00 |
| 0202030520 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA | 1 | R$ 17,16 | R$ 17,16 |
| 0202030547 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA | 1 | R$ 5,50 | R$ 5,50 |
| 0202030598 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINÚCLEO | 8 | R$ 17,16 | R$ 137,28 |
| 0202030601 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS | 1 | R$ 17,16 | R$ 17,16 |
| 0202030610 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMÓDIOS | 1 | R$ 10,00 | R$ 10,00 |
| 0202030628 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA | 1 | R$ 17,16 | R$ 17,16 |
| 0202030636 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS) | 3 | R$ 18,55 | R$ 55,65 |
| 0202030644 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE) | 1 | R$ 18,55 | R$ 18,55 |
| 0202030679 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV) | 41 | R$ 18,55 | R$ 760,55 |
| 0202030687 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV) | 1 | R$ 18,55 | R$ 18,55 |
| 0202030695 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DO SARAMPO | 1 | R$ 9,25 | R$ 9,25 |
| 0202030725 | PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMÍDIA | 1 | R$ 17,16 | R$ 17,16 |
| 0202030733 | PESQUISA DE ANTICORPOS HETERÓFILOS CONTA O VÍRUS EPSTEIN-BARR | 1 | R$ 2,83 | R$ 2,83 |
| 0202030741 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVÍRUS | 3 | R$ 11,00 | R$ 33,00 |
| 0202030750 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS | 1 | R$ 9,25 | R$ 9,25 |
| 0202030768 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA | 1 | R$ 16,97 | R$ 16,97 |
| 0202030776 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI | 1 | R$ 9,25 | R$ 9,25 |
| 0202030784 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG) | 1 | R$ 18,55 | R$ 18,55 |
| 0202030806 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG) | 3 | R$ 18,55 | R$ 55,65 |
| 0202030814 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBÉOLA | 1 | R$ 17,16 | R$ 17,16 |
| 0202030822 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER | 1 | R$ 17,16 | R$ 17,16 |
| 0202030830 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS EPSTEIN-BARR | 1 | R$ 17,16 | R$ 17,16 |
| 0202030849 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS HERPES SIMPLES | 1 | R$ 17,16 | R$ 17,16 |
| 0202030857 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS | 3 | R$ 11,61 | R$ 34,83 |
| 0202030881 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI | 1 | R$ 9,25 | R$ 9,25 |
| 0202030890 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM) | 6 | R$ 18,55 | R$ 111,30 |
| 0202030911 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE A (HAV-IGM) | 6 | R$ 18,55 | R$ 111,30 |
| 0202030920 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA RUBEOLA | 1 | R$ 17,16 | R$ 17,16 |
| 0202030938 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER | 1 | R$ 17,16 | R$ 17,16 |
| 0202030946 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS EPSTEIN-BARR | 1 | R$ 17,16 | R$ 17,16 |
| 0202030954 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS HERPES SIMPLES | 1 | R$ 17,16 | R$ 17,16 |
| 0202030962 | PESQUISA DE ANTÍGENO CARCINOEMBRIONÁRIO (CEA) | 1893 | R$ 13,35 | R$ 25.271,55 |
| 0202030970 | PESQUISA DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBSAG) | 28 | R$ 18,55 | R$ 519,40 |
| 0202030989 | PESQUISA DE ANTÍGENO E DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBEAG) | 1 | R$ 18,55 | R$ 18,55 |
| 0202031020 | PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCÊNCIA | 1 | R$ 10,00 | R$ 10,00 |
| 0202031039 | PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO- ESPECÍFICA | 1 | R$ 9,25 | R$ 9,25 |
| 0202031047 | PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCÊNCIA) | 1 | R$ 10,00 | R$ 10,00 |
| 0202031098 | REAÇÃO DE HEMAGLUTINAÇÃO (TPHA) P/ DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS | 1 | R$ 4,10 | R$ 4,10 |
| 0202031101 | REACAO DE MONTENEGRO ID | 1 | R$ 2,83 | R$ 2,83 |
| 0202031110 | TESTE DE VDRL P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS | 5 | R$ 2,83 | R$ 14,15 |
| 0202031128 | TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS | 1 | R$ 10,00 | R$ 10,00 |
| 0202031136 | TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS | 1 | R$ 10,00 | R$ 10,00 |
| 0202031160 | TESTES RÁPIDOS P/ DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS | 1 | R$ 10,00 | R$ 10,00 |
| 0202031179 | VDRL P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTE DOSAGEM DE ANTICORPOS | 1 | R$ 2,83 | R$ 2,83 |
| 0202031187 | ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA | 1 | R$ 18,55 | R$ 18,55 |
| 0202031217 | DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125 | 210 | R$ 13,55 | R$ 2.845,50 |
| 0202031195 | DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO | 1 | R$ 17,16 | R$ 17,16 |
| **TOTAL** | | **3.417** |  | **R$ 51.342,44** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | |
| **FO 4 - EXAMES COPROLÓGICOS** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0202040020 | DOSAGEM DE GORDURA FECAL | 1 | R$ 3,04 | R$ 3,04 |
| 0202040038 | EXAME COPROLÓGICO FUNCIONAL | 1 | R$ 3,04 | R$ 3,04 |
| 0202040046 | IDENTIFICAÇÃO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS | 1 | R$ 1,65 | R$ 1,65 |
| 0202040054 | PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIÚRUS OXIÚRA) | 1 | R$ 1,65 | R$ 1,65 |
| 0202040062 | PESQUISA DE EOSINÓFILOS | 1 | R$ 1,65 | R$ 1,65 |
| 0202040070 | PESQUISA DE GORDURA FECAL | 1 | R$ 1,65 | R$ 1,65 |
| 0202040089 | PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES | 1 | R$ 1,65 | R$ 1,65 |
| 0202040097 | PESQUISA DE LEUCÓCITOS NAS FEZES | 1 | R$ 1,65 | R$ 1,65 |
| 0202040100 | PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES | 1 | R$ 1,65 | R$ 1,65 |
| 0202040127 | PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS | 23 | R$ 1,65 | R$ 37,95 |
| 0202040135 | PESQUISA DE ROTAVÍRUS NAS FEZES | 1 | R$ 10,25 | R$ 10,25 |
| 0202040143 | PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES | 23 | R$ 1,65 | R$ 37,95 |
| 0202040151 | PESQUISA DE SUBSTÂNCIAS REDUTORAS NAS FEZES | 1 | R$ 1,65 | R$ 1,65 |
| 0202040160 | PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES | 1 | R$ 1,65 | R$ 1,65 |
| 0202040178 | PESQUISA DE TROFOZOÍTAS NAS FEZES | 1 | R$ 1,65 | R$ 1,65 |
| **TOTAL** | | **59** |  | **R$ 108,73** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | |
| **FO 5 - EXAMES UROANÁLISE** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0202050017 | ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA | 551 | R$ 3,70 | R$ 2.038,70 |
| 0202050025 | CLEARANCE DE CREATININA | 1 | R$ 3,51 | R$ 3,51 |
| 0202050041 | CLEARANCE DE UREIA | 1 | R$ 3,51 | R$ 3,51 |
| 0202050084 | DOSAGEM DE CITRATO | 1 | R$ 2,01 | R$ 2,01 |
| 0202050092 | DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA | 6 | R$ 8,12 | R$ 48,72 |
| 0202050106 | DOSAGEM DE OXALATO | 1 | R$ 3,68 | R$ 3,68 |
| 0202050114 | DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS) | 1 | R$ 2,04 | R$ 2,04 |
| 0202050130 | EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS | 1 | R$ 3,70 | R$ 3,70 |
| 0202050149 | PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA) | 1 | R$ 3,70 | R$ 3,70 |
| 0202050165 | PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA | 1 | R$ 3,70 | R$ 3,70 |
| 0202050190 | PESQUISA DE CISTINA NA URINA | 1 | R$ 2,04 | R$ 2,04 |
| 0202050203 | PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA | 1 | R$ 2,04 | R$ 2,04 |
| 0202050220 | PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA | 1 | R$ 2,04 | R$ 2,04 |
| 0202050238 | PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA | 1 | R$ 2,04 | R$ 2,04 |
| 0202050246 | PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA | 1 | R$ 3,36 | R$ 3,36 |
| 0202050262 | PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA | 1 | R$ 2,04 | R$ 2,04 |
| 0202050270 | PESQUISA DE LACTOSE NA URINA | 1 | R$ 2,04 | R$ 2,04 |
| 0202050319 | PESQUISA DE TIROSINA NA URINA | 1 | R$ 2,04 | R$ 2,04 |
| **TOTAL** | | **573** |  | **R$ 2.130,91** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | |
| **FO 6 - EXAMES HORMONAIS** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0202060012 | DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE | 1 | R$ 12,54 | R$ 12,54 |
| 0202060020 | DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3 | 1 | R$ 12,54 | R$ 12,54 |
| 0202060039 | DETERMINACAO DE T3 REVERSO | 1 | R$ 14,69 | R$ 14,69 |
| 0202060047 | DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA | 1 | R$ 10,20 | R$ 10,20 |
| 0202060055 | DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS | 1 | R$ 6,72 | R$ 6,72 |
| 0202060063 | DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES | 1 | R$ 6,72 | R$ 6,72 |
| 0202060071 | DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA) | 6 | R$ 6,72 | R$ 40,32 |
| 0202060080 | DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH) | 1 | R$ 14,12 | R$ 14,12 |
| 0202060098 | DOSAGEM DE ALDOSTERONA | 1 | R$ 11,89 | R$ 11,89 |
| 0202060110 | DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA | 1 | R$ 11,53 | R$ 11,53 |
| 0202060128 | DOSAGEM DE CALCITONINA | 1 | R$ 14,38 | R$ 14,38 |
| 0202060136 | DOSAGEM DE CORTISOL | 1 | R$ 9,86 | R$ 9,86 |
| 0202060144 | DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA) | 1 | R$ 11,25 | R$ 11,25 |
| 0202060152 | DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT) | 1 | R$ 11,71 | R$ 11,71 |
| 0202060160 | DOSAGEM DE ESTRADIOL | 57 | R$ 10,15 | R$ 578,55 |
| 0202060179 | DOSAGEM DE ESTRIOL | 1 | R$ 11,55 | R$ 11,55 |
| 0202060187 | DOSAGEM DE ESTRONA | 1 | R$ 11,12 | R$ 11,12 |
| 0202060195 | DOSAGEM DE GASTRINA | 1 | R$ 14,15 | R$ 14,15 |
| 0202060209 | DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA | 1 | R$ 15,35 | R$ 15,35 |
| 0202060217 | DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG) | 56 | R$ 7,85 | R$ 439,60 |
| 0202060225 | DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH) | 1 | R$ 10,21 | R$ 10,21 |
| 0202060233 | DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH) | 64 | R$ 7,89 | R$ 504,96 |
| 0202060241 | DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH) | 64 | R$ 8,97 | R$ 574,08 |
| 0202060250 | DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH) | 64 | R$ 8,96 | R$ 573,44 |
| 0202060268 | DOSAGEM DE INSULINA | 1 | R$ 10,17 | R$ 10,17 |
| 0202060276 | DOSAGEM DE PARATORMONIO | 6 | R$ 43,13 | R$ 258,78 |
| 0202060284 | DOSAGEM DE PEPTIDEO C | 1 | R$ 15,35 | R$ 15,35 |
| 0202060292 | DOSAGEM DE PROGESTERONA | 1 | R$ 10,22 | R$ 10,22 |
| 0202060306 | DOSAGEM DE PROLACTINA | 1 | R$ 10,15 | R$ 10,15 |
| 0202060314 | DOSAGEM DE RENINA | 1 | R$ 13,19 | R$ 13,19 |
| 0202060330 | DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS) | 1 | R$ 13,11 | R$ 13,11 |
| 0202060349 | DOSAGEM DE TESTOSTERONA | 1857 | R$ 10,43 | R$ 19.368,51 |
| 0202060357 | DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE | 1 | R$ 13,11 | R$ 13,11 |
| 0202060365 | DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA | 6 | R$ 15,35 | R$ 92,10 |
| 0202060373 | DOSAGEM DE TIROXINA (T4) | 226 | R$ 8,76 | R$ 1.979,76 |
| 0202060381 | DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE) | 1 | R$ 11,60 | R$ 11,60 |
| 0202060390 | DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3) | 2 | R$ 8,71 | R$ 17,42 |
| 0202060470 | PESQUISA DE MACROPROLACTINA | 1 | R$ 12,15 | R$ 12,15 |
| **TOTAL** | | **2.435** |  | **R$ 24.747,10** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | |
| **FO 7 - EXAMES TOXICOLÓGICOS OU DE MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0202070050 | DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO | 1 | R$ 15,65 | R$ 15,65 |
| 0202070077 | DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO | 1 | R$ 2,01 | R$ 2,01 |
| 0202070085 | DOSAGEM DE ALUMINIO | 1 | R$ 27,50 | R$ 27,50 |
| 0202070093 | DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS | 1 | R$ 10,00 | R$ 10,00 |
| 0202070107 | DOSAGEM DE ANFETAMINAS | 1 | R$ 10,00 | R$ 10,00 |
| 0202070115 | DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS | 1 | R$ 10,00 | R$ 10,00 |
| 0202070123 | DOSAGEM DE BARBITURATOS | 1 | R$ 13,13 | R$ 13,13 |
| 0202070131 | DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS | 1 | R$ 13,48 | R$ 13,48 |
| 0202070140 | DOSAGEM DE CADMIO | 1 | R$ 6,55 | R$ 6,55 |
| 0202070158 | DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA | 1 | R$ 17,53 | R$ 17,53 |
| 0202070166 | DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA | 1 | R$ 4,11 | R$ 4,11 |
| 0202070174 | DOSAGEM DE CHUMBO | 1 | R$ 8,83 | R$ 8,83 |
| 0202070190 | DOSAGEM DE COBRE | 1 | R$ 3,51 | R$ 3,51 |
| 0202070204 | DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA) | 1 | R$ 8,97 | R$ 8,97 |
| 0202070220 | DOSAGEM DE FENITOINA | 1 | R$ 35,22 | R$ 35,22 |
| 0202070239 | DOSAGEM DE FENOL | 1 | R$ 2,05 | R$ 2,05 |
| 0202070247 | DOSAGEM DE FORMALDEIDO | 1 | R$ 3,51 | R$ 3,51 |
| 0202070255 | DOSAGEM DE LITIO | 1 | R$ 2,25 | R$ 2,25 |
| 0202070263 | DOSAGEM DE MERCURIO | 1 | R$ 2,04 | R$ 2,04 |
| 0202070271 | DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA | 1 | R$ 4,11 | R$ 4,11 |
| 0202070280 | DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA | 1 | R$ 10,00 | R$ 10,00 |
| 0202070301 | DOSAGEM DE QUINIDINA | 1 | R$ 10,00 | R$ 10,00 |
| 0202070336 | DOSAGEM DE TEOFILINA | 1 | R$ 15,65 | R$ 15,65 |
| 0202070344 | DOSAGEM DE TIOCIANATO | 1 | R$ 3,68 | R$ 3,68 |
| 0202070352 | DOSAGEM DE ZINCO | 1 | R$ 15,65 | R$ 15,65 |
| **TOTAL** | | **25** |  | **R$ 255,43** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | |
| **FO 8 - EXAMES MICROBIOLÓGICOS** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0202080013 | ANTIBIOGRAMA | 1 | R$ 4,98 | R$ 4,98 |
| 0202080021 | ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRAÇÃO INIBITÓRIA MÍNIMA | 1 | R$ 13,33 | R$ 13,33 |
| 0202080030 | ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTÉRIAS | 1 | R$ 13,33 | R$ 13,33 |
| 0202080048 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA) | 1 | R$ 4,20 | R$ 4,20 |
| 0202080056 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENÍASE) | 1 | R$ 4,20 | R$ 4,20 |
| 0202080064 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE) | 1 | R$ 4,20 | R$ 4,20 |
| 0202080072 | BACTEROSCOPIA (GRAM) | 148 | R$ 2,80 | R$ 414,40 |
| 0202080080 | CULTURA DE BACTÉRIAS P/ IDENTIFICAÇÃO | 345 | R$ 5,62 | R$ 1.938,90 |
| 0202080099 | CULTURA DO LEITE MATERNO (PÓS-PASTEURIZAÇÃO) | 1 | R$ 4,33 | R$ 4,33 |
| 0202080110 | CULTURA PARA BAAR | 1 | R$ 5,63 | R$ 5,63 |
| 0202080129 | CULTURA PARA BACTÉRIAS ANAERÓBICAS | 1 | R$ 10,25 | R$ 10,25 |
| 0202080137 | CULTURA PARA IDENTIFICAÇÃO DE FUNGOS | 1 | R$ 4,19 | R$ 4,19 |
| 0202080145 | EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO) | 1 | R$ 2,80 | R$ 2,80 |
| 0202080153 | HEMOCULTURA | 45 | R$ 11,49 | R$ 517,05 |
| 0202080161 | IDENTIFICAÇÃO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS | 1 | R$ 5,63 | R$ 5,63 |
| 0202080170 | PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI | 1 | R$ 4,33 | R$ 4,33 |
| 0202080188 | PESQUISA DE BACILO DIFTÉRICO | 1 | R$ 2,80 | R$ 2,80 |
| 0202080196 | PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLÍTICOS DO GRUPO A | 1 | R$ 4,33 | R$ 4,33 |
| 0202080218 | PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI | 1 | R$ 4,33 | R$ 4,33 |
| **TOTAL** | | **554** |  | **R$ 2.963,21** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | |
| **FO 9 - EXAMES EM OUTROS LÍQUIDOS BIOLÓGICOS** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0202090019 | ÁCIDO ÚRICO LÍQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES | 1 | R$ 1,89 | R$ 1,89 |
| 0202090051 | CONTAGEM ESPECÍFICA DE CÉLULAS NO LÍQUOR | 1 | R$ 1,89 | R$ 1,89 |
| 0202090060 | CONTAGEM GLOBAL DE CÉLULAS NO LÍQUOR | 1 | R$ 1,89 | R$ 1,89 |
| 0202090124 | DOSAGEM DE GLICOSE NO LÍQUIDO SINOVIAL E DERRAMES | 1 | R$ 1,89 | R$ 1,89 |
| 0202090132 | DOSAGEM DE PROTEÍNAS NO LÍQUIDO SINOVIAL E DERRAMES | 1 | R$ 1,89 | R$ 1,89 |
| 0202090159 | ELETROFORESE DE PROTEÍNAS C/ CONCENTRAÇÃO NO LÍQUOR | 1 | R$ 5,23 | R$ 5,23 |
| 0202090183 | EXAME DE CARACTERES FÍSICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECÍFICA DE CÉLULAS | 1 | R$ 1,89 | R$ 1,89 |
| 0202090191 | MIELOGRAMA | 1 | R$ 5,79 | R$ 5,79 |
| 0202090213 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZÓIDES ( LISA) | 1 | R$ 9,70 | R$ 9,70 |
| 0202090221 | DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA | 1 | R$ 2,01 | R$ 2,01 |
| 0202090230 | PESQUISA DE CARACTERES FÍSICOS NO LIQUOR | 1 | R$ 1,89 | R$ 1,89 |
| 0202090264 | PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APÓS VASECTOMIA) | 1 | R$ 4,80 | R$ 4,80 |
| **TOTAL** | | **12** |  | **R$ 40,76** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | |
| **FO 12 - EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS** | | | | |
| **CÓDIGO** | **CÓDIGO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0202120023 | DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO | 1 | R$ 1,37 | R$ 1,37 |
| 0202120031 | FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR | 1 | R$ 10,65 | R$ 10,65 |
| 0202120040 | IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMÁCIAS | 1 | R$ 10,65 | R$ 10,65 |
| 0202120082 | PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO) | 1 | R$ 1,37 | R$ 1,37 |
| 0202120090 | TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA) | 1 | R$ 2,73 | R$ 2,73 |
| **TOTAL** | | **5** |  | **R$ 26,77** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | |
| **SUBGRUPO 3 - DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA** | | | | |
| **FO 2 - EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0203020014 | DETERMINAÇÃO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIS | 18 | R$ 65,55 | R$ 1.179,90 |
| 0203020022 | EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DO COLO UTERINO - PEÇA CIRÚRGICA | 309 | R$ 43,21 | R$ 13.351,89 |
| 0203020030 | EXAME ANATOMOPATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)- PEÇA CIRÚRGICA | 622 | R$ 24,00 | R$ 14.928,00 |
| 0203020049 | IMUNOHISTOQUÍMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR) | 81 | R$ 92,00 | R$ 7.452,00 |
| 0203020065 | EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE MAMA - BIÓPSIA | 128 | R$ 24,00 | R$ 3.072,00 |
| 0203020073 | EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE MAMA - PEÇA CIRÚRGICA | 142 | R$ 43,21 | R$ 6.135,82 |
| 0203020081 | EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DO COLO UTERINO - BIÓPSIA | 362 | R$ 24,00 | R$ 8.688,00 |
| **TOTAL** | | **1.662** |  | **R$ 54.807,61** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | |
| **SUBGRUPO 4 - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA** | | | | |
| **FO 1 - EXAMES RADIOLÓGICOS DA CABEÇA E PESCOÇO** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0204010080 | RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA + LATERAL) | 12 | R$ 7,52 | R$ 90,24 |
| 0204010128 | RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ) | 12 | R$ 8,38 | R$ 100,56 |
| **TOTAL** | | **24** |  | **R$ 190,80** |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | |
| **SUBGRUPO 4 - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA** | | | | |
| **FO 2 - EXAMES RADIOLÓGICOS DA COLUNA VERTEBRAL** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0204020034 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS) | 12 | R$ 8,33 | R$ 99,96 |
| 0204020069 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA | 12 | R$ 10,96 | R$ 131,52 |
| **TOTAL** | | **24** |  | **R$ 231,48** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | |
| **SUBGRUPO 4 - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA** | | | | |
| **FO 3 - EXAMES RADIOLÓGICOS DO TÓRAX E MEDIASTINO** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0204030153 | RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL) | 184 | R$ 9,50 | R$ 1.748,00 |
| 0204030030 | MAMOGRAFIA UNILATERAL | 480 | R$ 22,50 | R$ 10.800,00 |
| 0204030188 | MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO (FAEC) | 459 | R$ 45,00 | R$ 20.655,00 |
| **TOTAL** | | **653** |  | **R$ 33.203,00** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | |
| **SUBGRUPO 5 - DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA** | | | | |
| **FO 5 - EXAMES RADIOLÓGICOS DO ABDOMEN E PELVE** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0205020038 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR | 19 | R$ 24,20 | R$ 459,80 |
| 0205020046 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL | 105 | R$ 37,95 | R$ 3.984,75 |
| 0205020097 | ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL | 12 | R$ 24,20 | R$ 290,40 |
| 0205020186 | ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL | 30 | R$ 24,20 | R$ 726,00 |
| **TOTAL** | | **166** |  | **R$ 5.460,95** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | |
| **SUBGRUPO 9 - DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA** | | | | |
| **FO 1 - APARELHO DIGESTIVO** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0209010029 | COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) | 79 | R$ 112,66 | R$ 8.900,14 |
| 0209010037 | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA | 80 | R$ 48,16 | R$ 3.852,80 |
| 0209010053 | RETOSSIGMOIDOSCOPIA | 81 | R$ 23,13 | R$ 1.873,53 |
| **TOTAL** | | **240** |  | **R$ 14.626,47** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO 3 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS** | | | | |
| **SUBGRUPO 1 - CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS** | | | | |
| **FO 1 - CONSULTAS MÉDICAS/OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0301010072 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA | 504 | R$ 10,00 | R$ 5.040,00 |
| **TOTAL** | | **504** |  | **R$ 5.040,00** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **GRUPO: 3 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS** | | | | |
| **SUBGRUPO: 4 - TRATAMENTO EM ONCOLOGIA** | | | | |
| **FO 1 - RADIOTERAPIA** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0304010014 | BETATERAPIA DÉRMICA (POR CAMPO) | 1 | R$ 6,27 | R$ 6,27 |
| 0304010022 | BETATERAPIA OFTÁLMICA (POR CAMPO) | 1 | R$ 23,00 | R$ 23,00 |
| 0304010030 | BETATERAPIA PARA PROFILAXIA DE PTERÍGIO (POR CAMPO) | 1 | R$ 23,00 | R$ 23,00 |
| 0304010073 | BRAQUITERAPIA DE ALTA TAXA DE DOSE (POR INSERÇÃO) | 1 | R$ 1.000,00 | R$ 1.000,00 |
| 0304010081 | VERIFICAÇÂO POR IMAGEM EM RADIOTERAPIA | 532 | R$ 30,00 | R$ 15.960,00 |
| 0304010090 | COBALTOTERAPIA (POR CAMPO) | 1 | R$ 30,00 | R$ 30,00 |
| 0304010103 | IMPLANTAÇÃO DE HALO PARA RADIOCIRURGIA | 1 | R$ 35,00 | R$ 35,00 |
| 0304010120 | IRRADIACAO DE CORPO INTEIRO PRÉ-TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA | 1 | R$ 375,00 | R$ 375,00 |
| 0304010138 | IRRADIAÇÃO DE MEIO CORPO | 1 | R$ 126,72 | R$ 126,72 |
| 0304010146 | IRRADIAÇÃO DE PELE TOTAL | 1 | R$ 132,00 | R$ 132,00 |
| 0304010154 | MÁSCARA / IMOBILIZAÇÃO PERSONALIZADA (POR TRATAMENTO) | 20 | R$ 65,00 | R$ 1.300,00 |
| 0304010170 | NARCOSE DE CRIANÇA (POR PROCEDIMENTO) | 1 | R$ 22,00 | R$ 22,00 |
| 0304010189 | PLANEJAMENTO COMPLEXO (POR TRATAMENTO) | 159 | R$ 120,00 | R$ 19.080,00 |
| 0304010197 | PLANEJAMENTO DE BRAQUITERAPIA DE ALTA TAXA DE DOSE (POR TRATAMENTO) | 1 | R$ 120,00 | R$ 120,00 |
| 0304010200 | PLANEJAMENTO SIMPLES (POR TRATAMENTO) | 1 | R$ 60,00 | R$ 60,00 |
| 0304010219 | RADIOCIRURGIA - UM ISOCENTRO | 1 | R$ 5.000,00 | R$ 5.000,00 |
| 0304010235 | RADIOTERAPIA DE DOENÇA OU CONDIÇÃO BENIGNA (POR CAMPO) | 1 | R$ 6,27 | R$ 6,27 |
| 0304010243 | RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA FRACIONADA | 1 | R$ 5.000,00 | R$ 5.000,00 |
| 0304010260 | ROENTGENTERAPIA (POR CAMPO) | 1 | R$ 25,00 | R$ 25,00 |
| 0304010286 | RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR SÓ DE FÓTONS (POR CAMPO) | 1 | R$ 30,00 | R$ 30,00 |
| 0304010294 | RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR DE FÓTONS E ELÉTRONS (POR CAMPO) | 24.479 | R$ 35,00 | R$ 856.765,00 |
| 0304010308 | COLIMAÇÃO PERSONALIZADA | 883 | R$ 52,00 | R$ 45.916,00 |
| 0304010316 | PLANEJAMENTO TRIDIMENSIONAL (POR TRATAMENTO). | 63 | R$ 480,00 | R$ 30.240,00 |
| 0304010340 | NARCOSE PARA BRAQUITERAPIA DE ALTA DOSE (POR PROCEDIMENTO) | 1 | R$ 22,00 | R$ 22,00 |
| **TOTAL** |  | **26.154** |  | **R$ 981.297,26** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO: 3 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS** | | | | |
| **SUBGRUPO: 4 - TRATAMENTO EM ONCOLOGIA** | | | | |
| **FO 2 - QUIMIOTERAPIA PALIATIVA - ADULTO** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0304020010 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE COLON AVANÇADO -1ª LINHA | 61 | R$ 2.224,00 | R$ 135.664,00 |
| 0304020028 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE COLON AVANÇADO - 2ª LINHA | 6 | R$ 2.224,00 | R$ 13.344,00 |
| 0304020036 | HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ENDOMÉTRIO AVANÇADO | 15 | R$ 427,50 | R$ 6.412,50 |
| 0304020044 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ESTÔMAGO AVANÇADO | 12 | R$ 571,50 | R$ 6.858,00 |
| 0304020052 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PÂNCREAS AVANÇADO | 12 | R$ 1.986,00 | R$ 23.832,00 |
| 0304020060 | HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA AVANÇADO - 2ª LINHA | 226 | R$ 147,10 | R$ 33.244,60 |
| 0304020079 | HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA AVANÇADO - 1ª LINHA | 2.583 | R$ 301,50 | R$ 778.774,50 |
| 0304020087 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA RESISTENTE A HORMONIOTERAPIA | 12 | R$ 1.062,65 | R$ 12.751,80 |
| 0304020095 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE RETO AVANÇADO -1ª LINHA | 8 | R$ 2.224,00 | R$ 17.792,00 |
| 0304020109 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE RETO AVANÇADO - 2ª LINHA | 12 | R$ 2.224,00 | R$ 26.688,00 |
| 0304020117 | QUIMIOTERAPIA DO APUDOMA/TUMOR NEUROENDÓCRINO AVANÇADO | 1 | R$ 1.062,65 | R$ 1.062,65 |
| 0304020125 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE ADRENAL AVANÇADO | 1 | R$ 1.300,00 | R$ 1.300,00 |
| 0304020133 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO -1ª LINHA | 30 | R$ 1.700,00 | R$ 51.000,00 |
| 0304020141 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 2ª LINHA | 28 | R$ 2.378,90 | R$ 66.609,20 |
| 0304020150 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE NASOFARINGE AVANÇADO | 3 | R$ 571,50 | R$ 1.714,50 |
| 0304020168 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE RIM AVANÇADO | 1 | R$ 571,50 | R$ 571,50 |
| 0304020176 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DE ESÔFAGO AVANÇADO | 1 | R$ 571,50 | R$ 571,50 |
| 0304020184 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DO COLO OU DO CORPO UTERINO AVANÇADO | 5 | R$ 571,50 | R$ 2.857,50 |
| 0304020192 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE RETO/ CANAL ANAL/ MARGEM ANAL AVANÇADO | 1 | R$ 800,00 | R$ 800,00 |
| 0304020206 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CABEÇA E PESCOÇO AVANÇADO | 1 | R$ 800,00 | R$ 800,00 |
| 0304020214 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS AVANÇADO | 16 | R$ 1.100,00 | R$ 17.600,00 |
| 0304020222 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR INDIFERENCIADO DE CÉLULAS PEQUENAS AVANÇADO | 21 | R$ 1.100,00 | R$ 23.100,00 |
| 0304020230 | QUIMIOTERAPIA DO MELANOMA MALIGNO AVANÇADO | 19 | R$ 1.080,00 | R$ 20.520,00 |
| 0304020249 | QUIMIOTERAPIA DE METÁSTASE DE ADENOCARCINOMA DE ORIGEM DESCONHECIDA | 1 | R$ 571,50 | R$ 571,50 |
| 0304020257 | QUIMIOTERAPIA DE METÁSTASE DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE/CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE ORIGEM DESCONHECIDA | 1 | R$ 800,00 | R$ 800,00 |
| 0304020265 | QUIMIOTERAPIA DE METÁSTASE DE NEOPLASIA MALIGNA INDIFERENCIADA DE ORIGEM DESCONHECIDA | 5 | R$ 1.062,65 | R$ 5.313,25 |
| 0304020273 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DE TUBA UTERINA AVANÇADA -1ª LINHA. | 43 | R$ 1.450,00 | R$ 62.350,00 |
| 0304020281 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DE TUBA UTERINA AVANÇADA - 2ª LINHA) | 1 | R$ 1.450,00 | R$ 1.450,00 |
| 0304020290 | QUIMIOTERAPIA DE SARCOMA DE PARTES MOLES AVANÇADO | 7 | R$ 800,00 | R$ 5.600,00 |
| 0304020303 | QUIMIOTERAPIA DE SARCOMA ÓSSEO AVANÇADO | 1 | R$ 800,00 | R$ 800,00 |
| 0304020311 | QUIMIOTERAPIA DO TUMOR DO ESTROMA GASTROINTESTINAL AVANÇADO | 1 | R$ 17,00 | R$ 17,00 |
| 0304020320 | QUIMIOTERAPIA DE TUMOR DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL AVANÇADO | 1 | R$ 800,00 | R$ 800,00 |
| 0304020338 | HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 2ª LINHA | 129 | R$ 301,50 | R$ 38.893,50 |
| 0304020346 | HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO- 1ª LINHA | 60 | R$ 79,75 | R$ 4.785,00 |
| 0304020362 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE TIREOIDE AVANÇADO | 1 | R$ 427,50 | R$ 427,50 |
| 0304020370 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE PÊNIS AVANÇADO | 1 | R$ 800,00 | R$ 800,00 |
| 0304020389 | QUIMIOTERAPIA DE CARCINOMA DO FÍGADO OU DO TRATO BILIAR AVANÇADO | 1 | R$ 571,50 | R$ 571,50 |
| 0304020397 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA DO TIMO AVANÇADA | 1 | R$ 571,50 | R$ 571,50 |
| 0304020400 | QUIMIOTERAPIA DE CARCINOMA UROTELIAL AVANÇADO | 4 | R$ 1.300,00 | R$ 5.200,00 |
| **TOTAL** |  | **3.333** |  | **R$ 1.372.819,00** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO: 3 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS** | | | | |
| **SUBGRUPO: 4 - TRATAMENTO EM ONCOLOGIA** | | | | |
| **FO 3 - QUIMIOTERAPIA PARA CONTROLE TEMPORÁRIO DE DOENÇA - ADULTO** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0304030015 | QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA RARA -1ª LINHA. | 1 | R$ 640,00 | R$ 640,00 |
| 0304030023 | QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA RARA - 2ª LINHA | 1 | R$ 640,00 | R$ 640,00 |
| 0304030031 | QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA MIELOPROLIFERATIVA RARA - 1ª LINHA | 182 | R$ 150,00 | R$ 27.300,00 |
| 0304030040 | QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA MIELOPROLIFERATIVA RARA - 2ª LINHA. | 1 | R$ 1.800,00 | R$ 1.800,00 |
| 0304030058 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA LINFOCITICA CRONICA - 1ª LINHA. | 1 | R$ 407,50 | R$ 407,50 |
| 0304030066 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA LINFOCITICA CRONICA - 2ª LINHA. | 1 | R$ 1.800,00 | R$ 1.800,00 |
| 0304030074 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA QUALQUER FASE - CONTROLE SANGÜINEO | 1 | R$ 80,75 | R$ 80,75 |
| 0304030082 | QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE BLÁSTICA - MARCADOR POSITIVO - 2ª LINHA. | 1 | R$ 85,00 | R$ 85,00 |
| 0304030090 | QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE BLASTICA - MARCADOR POSITIVO - SEM FASE CRÔNICA OU DE TRANSFORMAÇÃO ANTERIOR (1ª LINHA). | 1 | R$ 17,00 | R$ 17,00 |
| 0304030104 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE BLÁSTICA - MARCADOR POSITIVO-3ª LINHA | 1 | R$ 1.736,20 | R$ 1.736,20 |
| 0304030112 | QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE CRÔNICA - MARCADOR POSITIVO - 1ª LINHA. | 1 | R$ 17,00 | R$ 17,00 |
| 0304030120 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE CRÔNICA - MARCADOR POSITIVO - 3ª LINHA | 1 | R$ 2.535,50 | R$ 2.535,50 |
| 0304030139 | QUMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE DE TRANSFORMAÇÃO - MARCADOR POSITIVO - 3ª LINHA | 1 | R$ 1.401,20 | R$ 1.401,20 |
| 0304030147 | QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE DE TRANSFORMAÇÃO - MARCADOR POSITIVO - 2ªLINHA | 1 | R$ 17,00 | R$ 17,00 |
| 0304030155 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE DE TRANSFORMAÇÃO - MARCADOR POSITIVO - SEM FASE CRONICA ANTERIOR (1ª LINHA) | 1 | R$ 17,00 | R$ 17,00 |
| 0304030163 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN DE BAIXO GRAU DE MALIGNIDADE (1ª LINHA) | 1 | R$ 640,00 | R$ 640,00 |
| 0304030171 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN DE BAIXO GRAU DE MALIGNIDADE - 2ªLINHA | 1 | R$ 1.080,00 | R$ 1.080,00 |
| 0304030180 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA DE CÉLULAS PLASMÁTICAS - 1ª LINHA. | 1 | R$ 427,50 | R$ 427,50 |
| 0304030198 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA DE CÉLULAS PLASMÁTICAS - 2ª LINHA. | 1 | R$ 1.715,60 | R$ 1.715,60 |
| 0304030201 | QUIMIOTERAPIA DA TRICOLEUCEMIA - 2ª LINHA | 1 | R$ 2.250,00 | R$ 2.250,00 |
| 0304030210 | QUIMIOTERAPIA DE TRICOLEUCEMIA - 1ªLINHA. | 1 | R$ 5.700,00 | R$ 5.700,00 |
| 0304030228 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE CRÔNICA - MARCADOR POSITIVO - 2ª LINHA | 1 | R$ 17,00 | R$ 17,00 |
| 0304030236 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA FOLICULAR- 1ª lINHA | 1 | R$ 640,00 | R$ 640,00 |
| 0304030244 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA FOLICULAR - 2ª LINHA | 1 | R$ 1.080,00 | R$ 1.080,00 |
| **TOTAL** |  | **205** |  | **R$ 52.044,25** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO: 3 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS** | | | | |
| **SUBGRUPO: 4 - TRATAMENTO EM ONCOLOGIA** | | | | |
| **FO 4 - QUIMIOTERAPIA PRÉVIA (NEOADJUVANTE/CITORREDUTORA)- ADULTO** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0304040010 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE RETO (PRÉVIA) | 33 | R$ 571,50 | R$ 18.859,50 |
| 0304040029 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA (PRÉVIA) | 55 | R$ 1.400,00 | R$ 77.000,00 |
| 0304040045 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE / | 50 | R$ 1.300,00 | R$ 65.000,00 |
| 0304040053 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE RETO/ CANAL ANAL/ MARGEM ANAL | 16 | R$ 800,00 | R$ 12.800,00 |
| 0304040061 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE SEIO PARA-NASAL/ LARINGE / HIPOFARINGE/ OROFARINGE /CAVIDADE ORAL | 14 | R$ 1.300,00 | R$ 18.200,00 |
| 0304040070 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE BEXIGA | 25 | R$ 1.300,00 | R$ 32.500,00 |
| 0304040088 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE NASOFARINGE | 1 | R$ 1.300,00 | R$ 1.300,00 |
| 0304040096 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS (PRÉVIA) | 20 | R$ 1.100,00 | R$ 22.000,00 |
| 0304040100 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR INDIFERENCIADO DE CÉLULAS PEQUENAS (PRÉVIA) | 1 | R$ 1.100,00 | R$ 1.100,00 |
| 0304040118 | QUIMIOTERAPIA DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DE ESÔFAGO | 6 | R$ 1.300,00 | R$ 7.800,00 |
| 0304040126 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMOIDE DE VULVA | 1 | R$ 1.300,00 | R$ 1.300,00 |
| 0304040134 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DA TUBA UTERINA - 2ª LINHA | 1 | R$ 1.450,00 | R$ 1.450,00 |
| 0304040142 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DA TUBA UTERINA - 1ª LINHA | 26 | R$ 1.450,00 | R$ 37.700,00 |
| 0304040150 | QUIMIOTERAPIA DE OSTEOSSARCOMA - 2ª LINHA. | 1 | R$ 8.064,50 | R$ 8.064,50 |
| 0304040169 | QUIMIOTERAPIA DE SARCOMA ÓSSEO / OSTEOSSARCOMA - 1ª LINHA | 1 | R$ 1.447,70 | R$ 1.447,70 |
| 0304040177 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ESTÔMAGO (PRÉ-OPERATÓRIA) | 10 | R$ 1.300,00 | R$ 13.000,00 |
| 0304040185 | POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO III (PRÉVIA) | 1 | R$ 1.400,00 | R$ 1.400,00 |
| 0304040193 | HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO III (PRÉVIA) | 1 | R$ 79,75 | R$ 79,75 |
| **TOTAL** |  | **263** |  | **R$ 321.001,45** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO: 3 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS** | | | | |
| **SUBGRUPO: 4 - TRATAMENTO EM ONCOLOGIA** | | | | |
| **FO 5 - QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE (PROFILÁTICA) - ADULTO** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0304050016 | QUIMIOTERAPIA INTRA-VESICAL | 15 | R$ 1.300,00 | R$ 19.500,00 |
| 0304050024 | QUIMIOTERAPIA DE ADENOCARCINOMA DE CÓLON | 129 | R$ 2.224,00 | R$ 286.896,00 |
| 0304050032 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE RETO (ADJUVANTE) | 26 | R$ 427,50 | R$ 11.115,00 |
| 0304050040 | HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO I | 948 | R$ 79,75 | R$ 75.603,00 |
| 0304050067 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO III | 133 | R$ 800,00 | R$ 106.400,00 |
| 0304050075 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO II | 160 | R$ 800,00 | R$ 128.000,00 |
| 0304050113 | HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO III | 376 | R$ 79,75 | R$ 29.986,00 |
| 0304050121 | HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO II | 939 | R$ 79,75 | R$ 74.885,25 |
| 0304050130 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO I | 35 | R$ 571,50 | R$ 20.002,50 |
| 0304050172 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS (ADJUVANTE) | 6 | R$ 1.100,00 | R$ 6.600,00 |
| 0304050180 | QUIMIOTERAPIA DE CARCINOMA PULMONAR INDIFERENCIADO DE CÉLULAS PEQUENAS (ADJUVANTE) | 1 | R$ 1.100,00 | R$ 1.100,00 |
| 0304050202 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DA TUBA UTERINA | 21 | R$ 1.450,00 | R$ 30.450,00 |
| 0304050210 | QUIMIOTERAPIA DO OSTEOSSARCOMA | 1 | R$ 1.744,10 | R$ 1.744,10 |
| 0304050229 | QUIMIOTERAPIA DE SARCOMA DE PARTES MOLES DE EXTREMIDADE | 1 | R$ 1.600,00 | R$ 1.600,00 |
| 0304050253 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ESTÔMAGO (PÓS OPERATÓRIA) | 38 | R$ 571,50 | R$ 21.717,00 |
| 0304050261 | POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO I (ADJUVANTE) | 1 | R$ 571,50 | R$ 571,50 |
| 0304050270 | POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO II (ADJUVANTE) | 1 | R$ 800,00 | R$ 800,00 |
| 0304050288 | POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO III (ADJUVANTE) | 1 | R$ 800,00 | R$ 800,00 |
| 0304050296 | MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO I (ADJUVANTE) | 1 | R$ 34,10 | R$ 34,10 |
| 0304050300 | MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO II (ADJUVANTE) | 1 | R$ 34,10 | R$ 34,10 |
| 0304050318 | MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO III (ADJUVANTE) | 1 | R$ 34,10 | R$ 34,10 |
| 0304050326 | QUIMIOTERAPIA DE MELANOMA MALÍGNO | 1 | R$ 1.251,64 | R$ 1.251,64 |
| 0304050334 | QUIMIOTERAPIA DE TUMOR DO ESTROMA GASTRO INTESTINAL | 1 | R$ 17,00 | R$ 17,00 |
| **TOTAL** |  | **2837** |  | **R$ 819.141,29** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO: 3 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS** | | | | |
| **SUBGRUPO: 4 - TRATAMENTO EM ONCOLOGIA** | | | | |
| **FO 6 - QUIMIOTERAPIA CURATIVA - ADULTO** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0304060011 | QUIMIOTERAPIA DA DOENÇA DE HODGKIN - 1ª LINHA | 1 | R$ 1.258,64 | R$ 1.258,64 |
| 0304060038 | QUIMIOTERAPIA DA DOENÇA DE HODGKIN - 2ª LINHA | 1 | R$ 1.258,64 | R$ 1.258,64 |
| 0304060046 | QUIMIOTERAPIA DA DOENÇA DE HODGKIN - 3ª LINHA | 1 | R$ 1.258,64 | R$ 1.258,64 |
| 0304060070 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/ MIELODISPLASIA /LINFOMA LINFOBLÁSTICO/ LINFOMA DE BURKITT - 1ª LINHA | 1 | R$ 2.300,00 | R$ 2.300,00 |
| 0304060089 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/ MIELODISPLASIA/LINFOMA LINFOBLÁSTICO/ LINFOMA DE BURKITT - 2ª LINHA | 1 | R$ 1.400,00 | R$ 1.400,00 |
| 0304060097 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/ MIELODISPLASIA/ LINFOMA LINFOBLÁSTICO/ LINFOMA DE BURKITT 3ª LINHA | 1 | R$ 830,52 | R$ 830,52 |
| 0304060100 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/MIELODISPLASIA/ LINFOMA LINFOBLÁSTICO/ LINFOMA DE BURKITT - 4ª LINHA | 1 | R$ 427,50 | R$ 427,50 |
| 0304060119 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN GRAU INTERMEDIÁRIO OU ALTO - 2ª LINHA | 1 | R$ 1.447,70 | R$ 1.447,70 |
| 0304060127 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN GRAU INTERMEDIÁRIO OU ALTO - 3ª LINHA | 1 | R$ 1.447,70 | R$ 1.447,70 |
| 0304060135 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN DE GRAU DE MALIGNIDADE INTERMEDIÁRIO OU ALTO - 1ª LINHA | 6 | R$ 800,00 | R$ 4.800,00 |
| 0304060151 | QUIMIOTERAPIA DE TUMOR GERMINATIVO EXTRA-GONADAL | 1 | R$ 2.408,52 | R$ 2.408,52 |
| 0304060160 | QUIMIOTERAPIA DE TUMOR GERMINATIVO DE OVÁRIO | 1 | R$ 1.700,00 | R$ 1.700,00 |
| 0304060178 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL - BAIXO RISCO | 1 | R$ 1.743,12 | R$ 1.743,12 |
| 0304060186 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL - CORIOCARCINOMA DE BAIXO RISCO PERSISTENTE / ALTO RISCO / RECIDIVA | 1 | R$ 2.408,52 | R$ 2.408,52 |
| 0304060208 | QUIMIOTERAPIA DE TUMOR GERMINATIVO DE TESTÍCULO - 1ª LINHA | 1 | R$ 1.700,00 | R$ 1.700,00 |
| 0304060216 | QUIMIOTERAPIA DE TUMOR GERMINATIVO DE TESTÍCULO - 2ª LINHA | 1 | R$ 1.700,00 | R$ 1.700,00 |
| 0304060224 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B – 1ª LINHA | 1 | R$ 800,00 | R$ 800,00 |
| **TOTAL** |  | **22** |  | **R$ 28.889,50** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO: 3 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS** | | | | |
| **SUBGRUPO: 4 - TRATAMENTO EM ONCOLOGIA** | | | | |
| **FO 7 - QUIMIOTERAPIA DE TUMORES DE CRIANCA E ADOLESCENTE** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0304070017 | QUIMIOTERAPIA DE CANCER NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - 1ª LINHA | 1 | R$ 1.700,00 | R$ 1.700,00 |
| 0304070025 | QUIMIOTERAPIA DE CANCER NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - 2ª LINHA | 1 | R$ 1.381,76 | R$ 1.381,76 |
| 0304070033 | QUIMIOTERAPIA DE CÂNCER NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - 4ª LINHA | 1 | R$ 427,50 | R$ 427,50 |
| 0304070041 | QUIMIOTERAPIA DE CÂNCER NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - 3ª LINHA | 1 | R$ 800,00 | R$ 800,00 |
| 0304070050 | QUIMIOTERAPIA DE ALTA DOSE DE OSTEOSSARCOMA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA | 1 | R$ 7.285,83 | R$ 7.285,83 |
| **TOTAL** |  | **5** |  | **R$ 11.595,09** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO: 3 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS** | | | | |
| **SUBGRUPO: 4 - TRATAMENTO EM ONCOLOGIA** | | | | |
| **FO 8 - QUIMIOTERAPIA - PROCEDIMENTOS ESPECIAIS** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0304080012 | FATOR ESTIMULANTE DO CRESCIMENTO DE COLÕNIAS DE GRANULÓCITOS / MACRÓFAGOS | 1 | R$ 871,00 | R$ 871,00 |
| 0304080055 | QUIMIOTERAPIA INTRA-TECAL | 1 | R$ 335,00 | R$ 335,00 |
| 0304080071 | INIBIDOR DA OSTEÓLISE | 121 | R$ 449,50 | R$ 54.389,50 |
| 0304090050 | IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIREOIDE( 30mCi) | 1 | R$ 443,70 | R$ 443,70 |
| 0304090069 | IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIREOIDE( 50mCi) | 1 | R$ 614,70 | R$ 614,70 |
| **TOTAL** |  | **125** |  | **R$ 56.653,90** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **GRUPO 9 - PROGRAMAÇÃO COM CÓDIGO ANTIGO DA PPI** | | | | |
| **SUBGRUPO 1 - SIH ALTACOMPLEXIDADE** | | | | |
| **Código / Descrição** | **Programado** | | | |
| **Nº Leitos¹** | **Nº Internações** | **Custo Médio AIH** | **Valor Anual** |
| FO 180 - CLÍNICA CIRÚRGICA ² | 4 | 154 | R$ 1.595,60 | R$ 245.722,78 |
| FO 195 - CLÍNICA MÉDICA ² | 4 | 99 | R$ 1.586,88 | R$ 157.101,46 |
| **TOTAL** | 8 | 253 |  | **R$ 402.824,24** |

|  |  |
| --- | --- |
| **TOTAL GERAL PROGRAMADO PARA SERVIÇOS DE ONCOLOGIA** | **R$ 4.326.233,16** |

**ANEXO II**

**PROPOSTA DE PROCEDIMENTOS MÁXIMOS OFERTADOS**

(*Nome do estabelecimento)* pessoa jurídica de direito *(público/privado)* inscrita no CNPJ sob o n.° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sediada na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nesta cidade, vem por seu representante legal, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_inscrito no CPF sob o n.° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, apresentar seu interesse em cadastrar-se junto a Secretaria Municipal de Saúde de Patos de Minas para a prestação de serviços de assistência à saúde em na especialidade de Oncologia, conforme abaixo, com o respectivo quantitativo máximo de procedimentos/mês, de conformidade com o Edital ............../2015.

**FICHA DE PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA - FPO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **GRUPO 02 - PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | | | | |
| **SUBGRUPO 01 - COLETA DE MATERIAL** | | | | | | | |
| **FO 01 - COLETA DE MATERIAL POR MEIO DE PUNÇÃO BIÓPSIA** | | | | | | | |
|  |  | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0201010020 | BIÓPSIA / PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE | 12 |  | | R$ 14,10 | |  |
| 0201010046 | BIÓPSIA DE ANÛS E CANAL ANAL | 12 |  | | R$ 18,46 | |  |
| 0201010151 | BIÓPSIA DE ENDOMÉTRIO | 12 |  | | R$ 18,33 | |  |
| 201010194 | BIÓPSIA DE FARINGE | 12 |  | | R$ 19,06 | |  |
| 0201010224 | BIÓPSIA DE GÂNGLIO LINFÁTICO | 12 |  | | R$ 46,19 | |  |
| 0201010305 | BIÓPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DA CINTURA ESCAPULAR (POR AGULHA / CÉU ABERTO) | 12 |  | | R$ 182,75 | |  |
| 0201010313 | BIÓPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DA CINTURA PÉLVICA (POR AGULHA / CÉU ABERTO) | 12 |  | | R$ 183,39 | |  |
| 0201010321 | BIÓPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DE MEMBRO INFERIOR (POR AGULHA / CÉU ABERTO) | 12 |  | | R$ 188,78 | |  |
| 0201010330 | BIÓPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DE MEMBRO SUPERIOR (POR AGULHA / CÉU ABERTO) | 12 |  | | R$ 188,26 | |  |
| 0201010348 | BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE | 12 |  | | R$ 23,99 | |  |
| 0201010364 | BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE | 12 |  | | R$ 14,66 | |  |
| 0201010372 | BIÓPSIA DE PELE E PARTES MOLES | 12 |  | | R$ 25,83 | |  |
| 0201010380 | BIÓPSIA DE PÊNIS | 12 |  | | R$ 18,33 | |  |
| 0201010399 | BIÓPSIA DE PIRÂMIDE NASAL | 12 |  | | R$ 18,33 | |  |
| 0201010402 | BIÓPSIA DE PLEURA (POR AGULHA / PLEUROSCOPIA) | 12 |  | | R$ 113,68 | |  |
| 0201010410 | BIÓPSIA DE PRÓSTATA | 33 |  | | R$ 92,38 | |  |
| 0201010470 | BIÓPSIA DE TIREÓIDE OU PARATIREÓIDE | 12 |  | | R$ 23,73 | |  |
| 0201010500 | BIÓPSIA DE VAGINA | 12 |  | | R$ 18,33 | |  |
| 0201010518 | BIÓPSIA DE VULVA | 12 |  | | R$ 18,33 | |  |
| 0201010569 | BIÓPSIA/EXÉRESE DE NÓDULO DE MAMA | 12 |  | | R$ 35,00 | |  |
| 0201010585 | PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA | 12 |  | | R$ 33,24 | |  |
| 0201010607 | PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA GROSSA | 13 |  | | R$ 68,43 | |  |
| 0201010631 | PUNÇÃO LOMBAR | 12 |  | | R$ 7,04 | |  |
| 0201010640 | PUNÇÃO P/ ESVAZIAMENTO | 12 |  | | R$ 7,04 | |  |
| **TOTAL** | | **310** |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | | | | |
| **FO 1 - EXAMES BIOQUÍMICOS** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0202010023 | DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO | 16 |  | | R$ 2,01 | |  |
| 0202010040 | DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (2 DOSAGENS) | 1 |  | | R$ 3,63 | |  |
| 0202010074 | DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA CLÁSSICA (5 DOSAGENS) | 1 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202010090 | DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE | 1 |  | | R$ 3,51 | |  |
| 0202010104 | DOSAGEM DE ACETONA | 1 |  | | R$ 1,85 | |  |
| 0202010112 | DOSAGEM DE ACIDO ASCÓRBICO | 1 |  | | R$ 2,01 | |  |
| 0202010120 | DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO | 142 |  | | R$ 1,85 | |  |
| 0202010147 | DOSAGEM DE ALDOLASE | 1 |  | | R$ 3,68 | |  |
| 0202010155 | DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA | 1 |  | | R$ 3,68 | |  |
| 0202010163 | DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA | 1 |  | | R$ 3,68 | |  |
| 0202010171 | DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA | 1 |  | | R$ 3,68 | |  |
| 0202010180 | DOSAGEM DE AMILASE | 10 |  | | R$ 2,25 | |  |
| 0202010201 | DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES | 1721 |  | | R$ 2,01 | |  |
| 0202010210 | DOSAGEM DE CÁLCIO | 1540 |  | | R$ 1,85 | |  |
| 0202010228 | DOSAGEM DE CÁLCIO IONIZAVEL | 99 |  | | R$ 3,51 | |  |
| 0202010236 | DOSAGEM DE CAROTENO | 1 |  | | R$ 2,01 | |  |
| 0202010252 | DOSAGEM DE CERULOPLASMINA | 1 |  | | R$ 3,68 | |  |
| 0202010260 | DOSAGEM DE CLORETO | 10 |  | | R$ 1,85 | |  |
| 0202010279 | DOSAGEM DE COLESTEROL HDL | 143 |  | | R$ 3,51 | |  |
| 0202010295 | DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL | 250 |  | | R$ 1,85 | |  |
| 0202010309 | DOSAGEM DE COLINESTERASE | 1 |  | | R$ 3,68 | |  |
| 0202010317 | DOSAGEM DE CREATININA | 3032 |  | | R$ 1,85 | |  |
| 0202010325 | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK) | 5 |  | | R$ 3,68 | |  |
| 0202010333 | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB | 1 |  | | R$ 4,12 | |  |
| 0202010341 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA | 1 |  | | R$ 3,51 | |  |
| 0202010350 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTÂMICA | 1 |  | | R$ 3,51 | |  |
| 0202010368 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA | 690 |  | | R$ 3,68 | |  |
| 0202010384 | DOSAGEM DE FERRITINA | 138 |  | | R$ 15,59 | |  |
| 0202010392 | DOSAGEM DE FERRO SÉRICO | 98 |  | | R$ 3,51 | |  |
| 0202010406 | DOSAGEM DE FOLATO | 73 |  | | R$ 15,65 | |  |
| 0202010414 | DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA TOTAL | 1 |  | | R$ 2,01 | |  |
| 0202010422 | DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA | 1701 |  | | R$ 2,01 | |  |
| 0202010430 | DOSAGEM DE FÓSFORO | 19 |  | | R$ 1,85 | |  |
| 0202010449 | DOSAGEM DE FRAÇÃO PROSTÁTICA DA FOSFATASE ÁCIDA | 1 |  | | R$ 2,01 | |  |
| 0202010457 | DOSAGEM DE GALACTOSE | 1 |  | | R$ 3,51 | |  |
| 0202010465 | DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT) | 1417 |  | | R$ 3,51 | |  |
| 0202010473 | DOSAGEM DE GLICOSE | 916 |  | | R$ 1,85 | |  |
| 0202010481 | DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE | 1 |  | | R$ 3,68 | |  |
| 0202010503 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA | 30 |  | | R$ 7,86 | |  |
| 0202010538 | DOSAGEM DE LACTATO | 1 |  | | R$ 3,68 | |  |
| 0202010554 | DOSAGEM DE LIPASE | 11 |  | | R$ 2,25 | |  |
| 0202010562 | DOSAGEM DE MAGNÉSIO | 1261 |  | | R$ 2,01 | |  |
| 0202010570 | DOSAGEM DE MUCO-PROTEÍNAS | 5 |  | | R$ 2,01 | |  |
| 0202010597 | DOSAGEM DE PORFIRINAS | 1 |  | | R$ 3,51 | |  |
| 0202010600 | DOSAGEM DE POTÁSSIO | 1815 |  | | R$ 1,85 | |  |
| 0202010619 | DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS | 1 |  | | R$ 1,85 | |  |
| 0202010627 | DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES | 20 |  | | R$ 1,85 | |  |
| 0202010635 | DOSAGEM DE SÓDIO | 1079 |  | | R$ 1,85 | |  |
| 0202010643 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO-OXALACÉTICA (TGO) | 1054 |  | | R$ 2,01 | |  |
| 0202010651 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO-PIRÚVICA (TGP) | 888 |  | | R$ 2,01 | |  |
| 0202010660 | DOSAGEM DE TRANSFERRINA | 116 |  | | R$ 4,12 | |  |
| 0202010678 | DOSAGEM DE TRIGLICERÍDEOS | 98 |  | | R$ 3,51 | |  |
| 0202010694 | DOSAGEM DE URÉIA | 3000 |  | | R$ 1,85 | |  |
| 0202010708 | DOSAGEM DE VITAMINA B12 | 1 |  | | R$ 15,24 | |  |
| 0202010716 | ELETROFORESE DE LIPOPROTEÍNAS | 1 |  | | R$ 3,68 | |  |
| 0202010724 | ELETROFORESE DE PROTEÍNAS | 1 |  | | R$ 4,42 | |  |
| 0202010740 | PROVA DA D-XILOSE | 1 |  | | R$ 3,68 | |  |
| 0202010767 | DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D | 1 |  | | R$ 15,24 | |  |
| **TOTAL** | | **21.424** |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | | | | |
| **FO 2 - EXAMES HEMATOLÓGICOS E HEMOSTASIA** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0202020029 | CONTAGEM DE PLAQUETAS | 3 |  | | R$ 2,73 | |  |
| 0202020037 | CONTAGEM DE RETICULÓCITOS | 31 |  | | R$ 2,73 | |  |
| 0202020070 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO | 3 |  | | R$ 2,73 | |  |
| 0202020096 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE | 3 |  | | R$ 2,73 | |  |
| 0202020126 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA | 1 |  | | R$ 2,85 | |  |
| 0202020134 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA) | 272 |  | | R$ 5,77 | |  |
| 0202020142 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP) | 305 |  | | R$ 2,73 | |  |
| 0202020150 | DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS) | 123 |  | | R$ 2,73 | |  |
| 0202020290 | DOSAGEM DE FIBRINOGÊNIO | 1 |  | | R$ 4,60 | |  |
| 0202020304 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA | 1 |  | | R$ 1,53 | |  |
| 0202020320 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL | 1 |  | | R$ 2,73 | |  |
| 0202020339 | DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA | 1 |  | | R$ 2,73 | |  |
| 0202020347 | DOSAGEM DE PLASMINOGÊNIO | 1 |  | | R$ 4,11 | |  |
| 0202020355 | ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA | 1 |  | | R$ 5,41 | |  |
| 0202020363 | ERITROGRAMA (ERITRÓCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATÓCRITO) | 1 |  | | R$ 2,73 | |  |
| 0202020380 | HEMOGRAMA COMPLETO | 3623 |  | | R$ 4,11 | |  |
| 0202020398 | LEUCOGRAMA | 1 |  | | R$ 2,73 | |  |
| 0202020428 | PESQUISA DE CORPÚSCULOS DE HEINZ | 1 |  | | R$ 2,73 | |  |
| 0202020444 | PESQUISA DE HEMOGLOBINA S | 1 |  | | R$ 2,73 | |  |
| 0202020460 | PESQUISA DE TRIPANOSSOMA | 1 |  | | R$ 2,73 | |  |
| 0202020541 | TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD) | 1 |  | | R$ 2,73 | |  |
| **TOTAL** | | **4.376** |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | | | | |
| **FO 3 - EXAMES SOROLÓGICOS E IMUNOLÓGICOS** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0202030016 | CONTAGEM DE LINFÓCITOS B | 1 |  | | R$ 15,00 | |  |
| 0202030032 | CONTAGEM DE LINFÓCITOS T TOTAIS | 1 |  | | R$ 15,00 | |  |
| 0202030067 | DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50) | 1 |  | | R$ 9,25 | |  |
| 0202030075 | DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATÓIDE | 10 |  | | R$ 2,83 | |  |
| 0202030083 | DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA | 1 |  | | R$ 9,25 | |  |
| 0202030091 | DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEÍNA | 10 |  | | R$ 15,06 | |  |
| 0202030105 | DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA) | 1190 |  | | R$ 16,42 | |  |
| 0202030113 | DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA | 28 |  | | R$ 13,55 | |  |
| 0202030121 | DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3 | 1 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030130 | DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4 | 1 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030156 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA) | 1 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030164 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) | 1 |  | | R$ 9,25 | |  |
| 0202030180 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM) | 1 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030199 | DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE | 1 |  | | R$ 9,25 | |  |
| 0202030202 | DOSAGEM DE PROTEÍNA C REATIVA | 106 |  | | R$ 2,83 | |  |
| 0202030253 | PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA | 1 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202030261 | PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA | 1 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202030270 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA | 1 |  | | R$ 8,67 | |  |
| 0202030288 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI | 1 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030296 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT) | 1 |  | | R$ 85,00 | |  |
| 0202030300 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA) | 5 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202030318 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2 | 1 |  | | R$ 18,55 | |  |
| 0202030326 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP) | 1 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030334 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS | 1 |  | | R$ 5,74 | |  |
| 0202030342 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM | 3 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030350 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO) | 1 |  | | R$ 18,55 | |  |
| 0202030369 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA) | 1 |  | | R$ 18,55 | |  |
| 0202030377 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS | 1 |  | | R$ 9,25 | |  |
| 0202030385 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS | 1 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202030393 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS | 1 |  | | R$ 9,25 | |  |
| 0202030407 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS | 1 |  | | R$ 3,70 | |  |
| 0202030415 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO | 1 |  | | R$ 5,83 | |  |
| 0202030423 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCÊNCIA) | 1 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202030458 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70) | 1 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202030466 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES | 1 |  | | R$ 9,70 | |  |
| 0202030474 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO) | 1 |  | | R$ 2,83 | |  |
| 0202030482 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO | 1 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202030512 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS | 1 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202030520 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA | 1 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030547 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA | 1 |  | | R$ 5,50 | |  |
| 0202030598 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINÚCLEO | 8 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030601 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS | 1 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030610 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMÓDIOS | 1 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202030628 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA | 1 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030636 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS) | 3 |  | | R$ 18,55 | |  |
| 0202030644 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE) | 1 |  | | R$ 18,55 | |  |
| 0202030679 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV) | 41 |  | | R$ 18,55 | |  |
| 0202030687 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV) | 1 |  | | R$ 18,55 | |  |
| 0202030695 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DO SARAMPO | 1 |  | | R$ 9,25 | |  |
| 0202030725 | PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMÍDIA | 1 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030733 | PESQUISA DE ANTICORPOS HETERÓFILOS CONTA O VÍRUS EPSTEIN-BARR | 1 |  | | R$ 2,83 | |  |
| 0202030741 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVÍRUS | 3 |  | | R$ 11,00 | |  |
| 0202030750 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS | 1 |  | | R$ 9,25 | |  |
| 0202030768 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA | 1 |  | | R$ 16,97 | |  |
| 0202030776 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI | 1 |  | | R$ 9,25 | |  |
| 0202030784 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG) | 1 |  | | R$ 18,55 | |  |
| 0202030806 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG) | 3 |  | | R$ 18,55 | |  |
| 0202030814 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBÉOLA | 1 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030822 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER | 1 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030830 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS EPSTEIN-BARR | 1 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030849 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS HERPES SIMPLES | 1 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030857 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS | 3 |  | | R$ 11,61 | |  |
| 0202030881 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI | 1 |  | | R$ 9,25 | |  |
| 0202030890 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM) | 6 |  | | R$ 18,55 | |  |
| 0202030911 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE A (HAV-IGM) | 6 |  | | R$ 18,55 | |  |
| 0202030920 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA RUBEOLA | 1 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030938 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER | 1 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030946 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS EPSTEIN-BARR | 1 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030954 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS HERPES SIMPLES | 1 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030962 | PESQUISA DE ANTÍGENO CARCINOEMBRIONÁRIO (CEA) | 1893 |  | | R$ 13,35 | |  |
| 0202030970 | PESQUISA DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBSAG) | 28 |  | | R$ 18,55 | |  |
| 0202030989 | PESQUISA DE ANTÍGENO E DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBEAG) | 1 |  | | R$ 18,55 | |  |
| 0202031020 | PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCÊNCIA | 1 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202031039 | PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO- ESPECÍFICA | 1 |  | | R$ 9,25 | |  |
| 0202031047 | PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCÊNCIA) | 1 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202031098 | REAÇÃO DE HEMAGLUTINAÇÃO (TPHA) P/ DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS | 1 |  | | R$ 4,10 | |  |
| 0202031101 | REACAO DE MONTENEGRO ID | 1 |  | | R$ 2,83 | |  |
| 0202031110 | TESTE DE VDRL P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS | 5 |  | | R$ 2,83 | |  |
| 0202031128 | TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS | 1 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202031136 | TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS | 1 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202031160 | TESTES RÁPIDOS P/ DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS | 1 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202031179 | VDRL P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTE DOSAGEM DE ANTICORPOS | 1 |  | | R$ 2,83 | |  |
| 0202031187 | ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA | 1 |  | | R$ 18,55 | |  |
| 0202031217 | DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125 | 210 |  | | R$ 13,55 | |  |
| 0202031195 | DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO | 1 |  | | R$ 17,16 | |  |
| **TOTAL** | | **3.417** |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | | | | |
| **FO 4 - EXAMES COPROLÓGICOS** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0202040020 | DOSAGEM DE GORDURA FECAL | 1 |  | | R$ 3,04 | |  |
| 0202040038 | EXAME COPROLÓGICO FUNCIONAL | 1 |  | | R$ 3,04 | |  |
| 0202040046 | IDENTIFICAÇÃO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS | 1 |  | | R$ 1,65 | |  |
| 0202040054 | PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIÚRUS OXIÚRA) | 1 |  | | R$ 1,65 | |  |
| 0202040062 | PESQUISA DE EOSINÓFILOS | 1 |  | | R$ 1,65 | |  |
| 0202040070 | PESQUISA DE GORDURA FECAL | 1 |  | | R$ 1,65 | |  |
| 0202040089 | PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES | 1 |  | | R$ 1,65 | |  |
| 0202040097 | PESQUISA DE LEUCÓCITOS NAS FEZES | 1 |  | | R$ 1,65 | |  |
| 0202040100 | PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES | 1 |  | | R$ 1,65 | |  |
| 0202040127 | PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS | 23 |  | | R$ 1,65 | |  |
| 0202040135 | PESQUISA DE ROTAVÍRUS NAS FEZES | 1 |  | | R$ 10,25 | |  |
| 0202040143 | PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES | 23 |  | | R$ 1,65 | |  |
| 0202040151 | PESQUISA DE SUBSTÂNCIAS REDUTORAS NAS FEZES | 1 |  | | R$ 1,65 | |  |
| 0202040160 | PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES | 1 |  | | R$ 1,65 | |  |
| 0202040178 | PESQUISA DE TROFOZOÍTAS NAS FEZES | 1 |  | | R$ 1,65 | |  |
| **TOTAL** | | **59** |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | | | | |
| **FO 5 - EXAMES UROANÁLISE** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0202050017 | ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA | 551 |  | | R$ 3,70 | |  |
| 0202050025 | CLEARANCE DE CREATININA | 1 |  | | R$ 3,51 | |  |
| 0202050041 | CLEARANCE DE UREIA | 1 |  | | R$ 3,51 | |  |
| 0202050084 | DOSAGEM DE CITRATO | 1 |  | | R$ 2,01 | |  |
| 0202050092 | DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA | 6 |  | | R$ 8,12 | |  |
| 0202050106 | DOSAGEM DE OXALATO | 1 |  | | R$ 3,68 | |  |
| 0202050114 | DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS) | 1 |  | | R$ 2,04 | |  |
| 0202050130 | EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS | 1 |  | | R$ 3,70 | |  |
| 0202050149 | PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA) | 1 |  | | R$ 3,70 | |  |
| 0202050165 | PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA | 1 |  | | R$ 3,70 | |  |
| 0202050190 | PESQUISA DE CISTINA NA URINA | 1 |  | | R$ 2,04 | |  |
| 0202050203 | PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA | 1 |  | | R$ 2,04 | |  |
| 0202050220 | PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA | 1 |  | | R$ 2,04 | |  |
| 0202050238 | PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA | 1 |  | | R$ 2,04 | |  |
| 0202050246 | PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA | 1 |  | | R$ 3,36 | |  |
| 0202050262 | PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA | 1 |  | | R$ 2,04 | |  |
| 0202050270 | PESQUISA DE LACTOSE NA URINA | 1 |  | | R$ 2,04 | |  |
| 0202050319 | PESQUISA DE TIROSINA NA URINA | 1 |  | | R$ 2,04 | |  |
| **TOTAL** | | **573** |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | | | | |
| **FO 6 - EXAMES HORMONAIS** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0202060012 | DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE | 1 |  | | R$ 12,54 | |  |
| 0202060020 | DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3 | 1 |  | | R$ 12,54 | |  |
| 0202060039 | DETERMINACAO DE T3 REVERSO | 1 |  | | R$ 14,69 | |  |
| 0202060047 | DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA | 1 |  | | R$ 10,20 | |  |
| 0202060055 | DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS | 1 |  | | R$ 6,72 | |  |
| 0202060063 | DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES | 1 |  | | R$ 6,72 | |  |
| 0202060071 | DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA) | 6 |  | | R$ 6,72 | |  |
| 0202060080 | DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH) | 1 |  | | R$ 14,12 | |  |
| 0202060098 | DOSAGEM DE ALDOSTERONA | 1 |  | | R$ 11,89 | |  |
| 0202060110 | DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA | 1 |  | | R$ 11,53 | |  |
| 0202060128 | DOSAGEM DE CALCITONINA | 1 |  | | R$ 14,38 | |  |
| 0202060136 | DOSAGEM DE CORTISOL | 1 |  | | R$ 9,86 | |  |
| 0202060144 | DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA) | 1 |  | | R$ 11,25 | |  |
| 0202060152 | DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT) | 1 |  | | R$ 11,71 | |  |
| 0202060160 | DOSAGEM DE ESTRADIOL | 57 |  | | R$ 10,15 | |  |
| 0202060179 | DOSAGEM DE ESTRIOL | 1 |  | | R$ 11,55 | |  |
| 0202060187 | DOSAGEM DE ESTRONA | 1 |  | | R$ 11,12 | |  |
| 0202060195 | DOSAGEM DE GASTRINA | 1 |  | | R$ 14,15 | |  |
| 0202060209 | DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA | 1 |  | | R$ 15,35 | |  |
| 0202060217 | DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG) | 56 |  | | R$ 7,85 | |  |
| 0202060225 | DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH) | 1 |  | | R$ 10,21 | |  |
| 0202060233 | DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH) | 64 |  | | R$ 7,89 | |  |
| 0202060241 | DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH) | 64 |  | | R$ 8,97 | |  |
| 0202060250 | DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH) | 64 |  | | R$ 8,96 | |  |
| 0202060268 | DOSAGEM DE INSULINA | 1 |  | | R$ 10,17 | |  |
| 0202060276 | DOSAGEM DE PARATORMONIO | 6 |  | | R$ 43,13 | |  |
| 0202060284 | DOSAGEM DE PEPTIDEO C | 1 |  | | R$ 15,35 | |  |
| 0202060292 | DOSAGEM DE PROGESTERONA | 1 |  | | R$ 10,22 | |  |
| 0202060306 | DOSAGEM DE PROLACTINA | 1 |  | | R$ 10,15 | |  |
| 0202060314 | DOSAGEM DE RENINA | 1 |  | | R$ 13,19 | |  |
| 0202060330 | DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS) | 1 |  | | R$ 13,11 | |  |
| 0202060349 | DOSAGEM DE TESTOSTERONA | 1857 |  | | R$ 10,43 | |  |
| 0202060357 | DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE | 1 |  | | R$ 13,11 | |  |
| 0202060365 | DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA | 6 |  | | R$ 15,35 | |  |
| 0202060373 | DOSAGEM DE TIROXINA (T4) | 226 |  | | R$ 8,76 | |  |
| 0202060381 | DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE) | 1 |  | | R$ 11,60 | |  |
| 0202060390 | DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3) | 2 |  | | R$ 8,71 | |  |
| 0202060470 | PESQUISA DE MACROPROLACTINA | 1 |  | | R$ 12,15 | |  |
| **TOTAL** | | **2.435** |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | | | | |
| **FO 7 - EXAMES TOXICOLÓGICOS OU DE MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0202070050 | DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO | 1 |  | | R$ 15,65 | |  |
| 0202070077 | DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO | 1 |  | | R$ 2,01 | |  |
| 0202070085 | DOSAGEM DE ALUMINIO | 1 |  | | R$ 27,50 | |  |
| 0202070093 | DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS | 1 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202070107 | DOSAGEM DE ANFETAMINAS | 1 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202070115 | DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS | 1 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202070123 | DOSAGEM DE BARBITURATOS | 1 |  | | R$ 13,13 | |  |
| 0202070131 | DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS | 1 |  | | R$ 13,48 | |  |
| 0202070140 | DOSAGEM DE CADMIO | 1 |  | | R$ 6,55 | |  |
| 0202070158 | DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA | 1 |  | | R$ 17,53 | |  |
| 0202070166 | DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA | 1 |  | | R$ 4,11 | |  |
| 0202070174 | DOSAGEM DE CHUMBO | 1 |  | | R$ 8,83 | |  |
| 0202070190 | DOSAGEM DE COBRE | 1 |  | | R$ 3,51 | |  |
| 0202070204 | DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA) | 1 |  | | R$ 8,97 | |  |
| 0202070220 | DOSAGEM DE FENITOINA | 1 |  | | R$ 35,22 | |  |
| 0202070239 | DOSAGEM DE FENOL | 1 |  | | R$ 2,05 | |  |
| 0202070247 | DOSAGEM DE FORMALDEIDO | 1 |  | | R$ 3,51 | |  |
| 0202070255 | DOSAGEM DE LITIO | 1 |  | | R$ 2,25 | |  |
| 0202070263 | DOSAGEM DE MERCURIO | 1 |  | | R$ 2,04 | |  |
| 0202070271 | DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA | 1 |  | | R$ 4,11 | |  |
| 0202070280 | DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA | 1 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202070301 | DOSAGEM DE QUINIDINA | 1 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202070336 | DOSAGEM DE TEOFILINA | 1 |  | | R$ 15,65 | |  |
| 0202070344 | DOSAGEM DE TIOCIANATO | 1 |  | | R$ 3,68 | |  |
| 0202070352 | DOSAGEM DE ZINCO | 1 |  | | R$ 15,65 | |  |
| **TOTAL** | | **25** |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | | | | |
| **FO 8 - EXAMES MICROBIOLÓGICOS** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0202080013 | ANTIBIOGRAMA | 1 |  | | R$ 4,98 | |  |
| 0202080021 | ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRAÇÃO INIBITÓRIA MÍNIMA | 1 |  | | R$ 13,33 | |  |
| 0202080030 | ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTÉRIAS | 1 |  | | R$ 13,33 | |  |
| 0202080048 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA) | 1 |  | | R$ 4,20 | |  |
| 0202080056 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENÍASE) | 1 |  | | R$ 4,20 | |  |
| 0202080064 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE) | 1 |  | | R$ 4,20 | |  |
| 0202080072 | BACTEROSCOPIA (GRAM) | 148 |  | | R$ 2,80 | |  |
| 0202080080 | CULTURA DE BACTÉRIAS P/ IDENTIFICAÇÃO | 345 |  | | R$ 5,62 | |  |
| 0202080099 | CULTURA DO LEITE MATERNO (PÓS-PASTEURIZAÇÃO) | 1 |  | | R$ 4,33 | |  |
| 0202080110 | CULTURA PARA BAAR | 1 |  | | R$ 5,63 | |  |
| 0202080129 | CULTURA PARA BACTÉRIAS ANAERÓBICAS | 1 |  | | R$ 10,25 | |  |
| 0202080137 | CULTURA PARA IDENTIFICAÇÃO DE FUNGOS | 1 |  | | R$ 4,19 | |  |
| 0202080145 | EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO) | 1 |  | | R$ 2,80 | |  |
| 0202080153 | HEMOCULTURA | 45 |  | | R$ 11,49 | |  |
| 0202080161 | IDENTIFICAÇÃO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS | 1 |  | | R$ 5,63 | |  |
| 0202080170 | PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI | 1 |  | | R$ 4,33 | |  |
| 0202080188 | PESQUISA DE BACILO DIFTÉRICO | 1 |  | | R$ 2,80 | |  |
| 0202080196 | PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLÍTICOS DO GRUPO A | 1 |  | | R$ 4,33 | |  |
| 0202080218 | PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI | 1 |  | | R$ 4,33 | |  |
| **TOTAL** | | **554** |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | | | | |
| **FO 9 - EXAMES EM OUTROS LÍQUIDOS BIOLÓGICOS** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0202090019 | ÁCIDO ÚRICO LÍQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES | 1 |  | | R$ 1,89 | |  |
| 0202090051 | CONTAGEM ESPECÍFICA DE CÉLULAS NO LÍQUOR | 1 |  | | R$ 1,89 | |  |
| 0202090060 | CONTAGEM GLOBAL DE CÉLULAS NO LÍQUOR | 1 |  | | R$ 1,89 | |  |
| 0202090124 | DOSAGEM DE GLICOSE NO LÍQUIDO SINOVIAL E DERRAMES | 1 |  | | R$ 1,89 | |  |
| 0202090132 | DOSAGEM DE PROTEÍNAS NO LÍQUIDO SINOVIAL E DERRAMES | 1 |  | | R$ 1,89 | |  |
| 0202090159 | ELETROFORESE DE PROTEÍNAS C/ CONCENTRAÇÃO NO LÍQUOR | 1 |  | | R$ 5,23 | |  |
| 0202090183 | EXAME DE CARACTERES FÍSICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECÍFICA DE CÉLULAS | 1 |  | | R$ 1,89 | |  |
| 0202090191 | MIELOGRAMA | 1 |  | | R$ 5,79 | |  |
| 0202090213 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZÓIDES ( LISA) | 1 |  | | R$ 9,70 | |  |
| 0202090221 | DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA | 1 |  | | R$ 2,01 | |  |
| 0202090230 | PESQUISA DE CARACTERES FÍSICOS NO LIQUOR | 1 |  | | R$ 1,89 | |  |
| 0202090264 | PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APÓS VASECTOMIA) | 1 |  | | R$ 4,80 | |  |
| **TOTAL** | | **12** |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | | | | |
| **FO 12 - EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **CÓDIGO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0202120023 | DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO | 1 |  | | R$ 1,37 | |  |
| 0202120031 | FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR | 1 |  | | R$ 10,65 | |  |
| 0202120040 | IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMÁCIAS | 1 |  | | R$ 10,65 | |  |
| 0202120082 | PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO) | 1 |  | | R$ 1,37 | |  |
| 0202120090 | TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA) | 1 |  | | R$ 2,73 | |  |
| **TOTAL** | | **5** |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | | | | |
| **SUBGRUPO 3 - DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA** | | | | | | | |
| **FO 2 - EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0203020014 | DETERMINAÇÃO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIS | 18 |  | | R$ 65,55 | |  |
| 0203020022 | EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DO COLO UTERINO - PEÇA CIRÚRGICA | 309 |  | | R$ 43,21 | |  |
| 0203020030 | EXAME ANATOMOPATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)- PEÇA CIRÚRGICA | 622 |  | | R$ 24,00 | |  |
| 0203020049 | IMUNOHISTOQUÍMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR) | 81 |  | | R$ 92,00 | |  |
| 0203020065 | EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE MAMA - BIÓPSIA | 128 |  | | R$ 24,00 | |  |
| 0203020073 | EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE MAMA - PEÇA CIRÚRGICA | 142 |  | | R$ 43,21 | |  |
| 0203020081 | EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DO COLO UTERINO - BIÓPSIA | 362 |  | | R$ 24,00 | |  |
| **TOTAL** | | **1.662** |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | | | | |
| **SUBGRUPO 4 - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA** | | | | | | | |
| **FO 1 - EXAMES RADIOLÓGICOS DA CABEÇA E PESCOÇO** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0204010080 | RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA + LATERAL) | 12 |  | | R$ 7,52 | |  |
| 0204010128 | RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ) | 12 |  | | R$ 8,38 | |  |
| **TOTAL** | | **24** |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | | | | |
| **SUBGRUPO 4 - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA** | | | | | | | |
| **FO 2 - EXAMES RADIOLÓGICOS DA COLUNA VERTEBRAL** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0204020034 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS) | 12 |  | | R$ 8,33 | |  |
| 0204020069 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA | 12 |  | | R$ 10,96 | |  |
| **TOTAL** | | **24** |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | | | | |
| **SUBGRUPO 4 - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA** | | | | | | | |
| **FO 3 - EXAMES RADIOLÓGICOS DO TÓRAX E MEDIASTINO** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0204030153 | RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL) | 184 |  | | R$ 9,50 | |  |
| 0204030030 | MAMOGRAFIA UNILATERAL | 480 |  | | R$ 22,50 | |  |
| 0204030188 | MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO (FAEC) | 459 |  | | R$ 45,00 | |  |
| **TOTAL** | | **653** |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | | | | |
| **SUBGRUPO 5 - DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA** | | | | | | | |
| **FO 5 - EXAMES RADIOLÓGICOS DO ABDOMEN E PELVE** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0205020038 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR | 19 |  | | R$ 24,20 | |  |
| 0205020046 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL | 105 |  | | R$ 37,95 | |  |
| 0205020097 | ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL | 12 |  | | R$ 24,20 | |  |
| 0205020186 | ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL | 30 |  | | R$ 24,20 | |  |
| **TOTAL** | | **166** |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | | | | |
| **SUBGRUPO 9 - DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA** | | | | | | | |
| **FO 1 - APARELHO DIGESTIVO** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0209010029 | COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) | 79 |  | | R$ 112,66 | |  |
| 0209010037 | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA | 80 |  | | R$ 48,16 | |  |
| 0209010053 | RETOSSIGMOIDOSCOPIA | 81 |  | | R$ 23,13 | |  |
| **TOTAL** | | **240** |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **GRUPO 3 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS** | | | | | | | |
| **SUBGRUPO 1 - CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS** | | | | | | | |
| **FO 1 - CONSULTAS MÉDICAS/OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | | | **Valor Anual** |
| 0301010072 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA | 504 |  | R$ 10,00 | | |  |
| **TOTAL** | | **504** |  |  | | |  |
|  |  |  |  |  | | |  |
| **Grupo: 3 - Procedimentos clínicos** | | | | | | | |
| **Subgrupo: 4 - Tratamento em oncologia** | | | | | | | |
| **FO 1 - Radioterapia** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | | | **Valor Anual** |
| 0304010014 | BETATERAPIA DÉRMICA (POR CAMPO) | 1 |  | R$ 6,27 | | |  |
| 0304010022 | BETATERAPIA OFTÁLMICA (POR CAMPO) | 1 |  | R$ 23,00 | | |  |
| 0304010030 | BETATERAPIA PARA PROFILAXIA DE PTERÍGIO (POR CAMPO) | 1 |  | R$ 23,00 | | |  |
| 0304010073 | BRAQUITERAPIA DE ALTA TAXA DE DOSE (POR INSERÇÃO) | 1 |  | R$ 1.000,00 | | |  |
| 0304010081 | VERIFICAÇÂO POR IMAGEM EM RADIOTERAPIA | 532 |  | R$ 30,00 | | |  |
| 0304010090 | COBALTOTERAPIA (POR CAMPO) | 1 |  | R$ 30,00 | | |  |
| 0304010103 | IMPLANTAÇÃO DE HALO PARA RADIOCIRURGIA | 1 |  | R$ 35,00 | | |  |
| 0304010120 | IRRADIACAO DE CORPO INTEIRO PRÉ-TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA | 1 |  | R$ 375,00 | | |  |
| 0304010138 | IRRADIAÇÃO DE MEIO CORPO | 1 |  | R$ 126,72 | | |  |
| 0304010146 | IRRADIAÇÃO DE PELE TOTAL | 1 |  | R$ 132,00 | | |  |
| 0304010154 | MÁSCARA / IMOBILIZAÇÃO PERSONALIZADA (POR TRATAMENTO) | 20 |  | R$ 65,00 | | |  |
| 0304010170 | NARCOSE DE CRIANÇA (POR PROCEDIMENTO) | 1 |  | R$ 22,00 | | |  |
| 0304010189 | PLANEJAMENTO COMPLEXO (POR TRATAMENTO) | 159 |  | R$ 120,00 | | |  |
| 0304010197 | PLANEJAMENTO DE BRAQUITERAPIA DE ALTA TAXA DE DOSE (POR TRATAMENTO) | 1 |  | R$ 120,00 | | |  |
| 0304010200 | PLANEJAMENTO SIMPLES (POR TRATAMENTO) | 1 |  | R$ 60,00 | | |  |
| 0304010219 | RADIOCIRURGIA - UM ISOCENTRO | 1 |  | R$ 5.000,00 | | |  |
| 0304010235 | RADIOTERAPIA DE DOENÇA OU CONDIÇÃO BENIGNA (POR CAMPO) | 1 |  | R$ 6,27 | | |  |
| 0304010243 | RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA FRACIONADA | 1 |  | R$ 5.000,00 | | |  |
| 0304010260 | ROENTGENTERAPIA (POR CAMPO) | 1 |  | R$ 25,00 | | |  |
| 0304010286 | RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR SÓ DE FÓTONS (POR CAMPO) | 1 |  | R$ 30,00 | | |  |
| 0304010294 | RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR DE FÓTONS E ELÉTRONS (POR CAMPO) | 24.479 |  | R$ 35,00 | | |  |
| 0304010308 | COLIMAÇÃO PERSONALIZADA | 883 |  | R$ 52,00 | | |  |
| 0304010316 | PLANEJAMENTO TRIDIMENSIONAL (POR TRATAMENTO). | 63 |  | R$ 480,00 | | |  |
| 0304010340 | NARCOSE PARA BRAQUITERAPIA DE ALTA DOSE (POR PROCEDIMENTO) | 1 |  | R$ 22,00 | | |  |
|  |  | 26.154 |  |  | | |  |
|  |  |  |  |  | | |  |
| **Grupo: 3 - Procedimentos clínicos** | | | | | | | |
| **Subgrupo: 4 - Tratamento em oncologia** | | | | | | | |
| **FO 2 - Quimioterapia paliativa - adulto** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | | | **Valor Anual** |
| 0304020010 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE COLON AVANÇADO -1ª LINHA | 61 |  | R$ 2.224,00 | | |  |
| 0304020028 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE COLON AVANÇADO - 2ª LINHA | 6 |  | R$ 2.224,00 | | |  |
| 0304020036 | HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ENDOMÉTRIO AVANÇADO | 15 |  | R$ 427,50 | | |  |
| 0304020044 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ESTÔMAGO AVANÇADO | 12 |  | R$ 571,50 | | |  |
| 0304020052 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PÂNCREAS AVANÇADO | 12 |  | R$ 1.986,00 | | |  |
| 0304020060 | HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA AVANÇADO - 2ª LINHA | 226 |  | R$ 147,10 | | |  |
| 0304020079 | HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA AVANÇADO - 1ª LINHA | 2.583 |  | R$ 301,50 | | |  |
| 0304020087 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA RESISTENTE A HORMONIOTERAPIA | 12 |  | R$ 1.062,65 | | |  |
| 0304020095 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE RETO AVANÇADO -1ª LINHA | 8 |  | R$ 2.224,00 | | |  |
| 0304020109 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE RETO AVANÇADO - 2ª LINHA | 12 |  | R$ 2.224,00 | | |  |
| 0304020117 | QUIMIOTERAPIA DO APUDOMA/TUMOR NEUROENDÓCRINO AVANÇADO | 1 |  | R$ 1.062,65 | | |  |
| 0304020125 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE ADRENAL AVANÇADO | 1 |  | R$ 1.300,00 | | |  |
| 0304020133 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO -1ª LINHA | 30 |  | R$ 1.700,00 | | |  |
| 0304020141 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 2ª LINHA | 28 |  | R$ 2.378,90 | | |  |
| 0304020150 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE NASOFARINGE AVANÇADO | 3 |  | R$ 571,50 | | |  |
| 0304020168 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE RIM AVANÇADO | 1 |  | R$ 571,50 | | |  |
| 0304020176 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DE ESÔFAGO AVANÇADO | 1 |  | R$ 571,50 | | |  |
| 0304020184 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DO COLO OU DO CORPO UTERINO AVANÇADO | 5 |  | R$ 571,50 | | |  |
| 0304020192 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE RETO/ CANAL ANAL/ MARGEM ANAL AVANÇADO | 1 |  | R$ 800,00 | | |  |
| 0304020206 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CABEÇA E PESCOÇO AVANÇADO | 1 |  | R$ 800,00 | | |  |
| 0304020214 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS AVANÇADO | 16 |  | R$ 1.100,00 | | |  |
| 0304020222 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR INDIFERENCIADO DE CÉLULAS PEQUENAS AVANÇADO | 21 |  | R$ 1.100,00 | | |  |
| 0304020230 | QUIMIOTERAPIA DO MELANOMA MALIGNO AVANÇADO | 19 |  | R$ 1.080,00 | | |  |
| 0304020249 | QUIMIOTERAPIA DE METÁSTASE DE ADENOCARCINOMA DE ORIGEM DESCONHECIDA | 1 |  | R$ 571,50 | | |  |
| 0304020257 | QUIMIOTERAPIA DE METÁSTASE DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE/CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE ORIGEM DESCONHECIDA | 1 |  | R$ 800,00 | | |  |
| 0304020265 | QUIMIOTERAPIA DE METÁSTASE DE NEOPLASIA MALIGNA INDIFERENCIADA DE ORIGEM DESCONHECIDA | 5 |  | R$ 1.062,65 | | |  |
| 0304020273 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DE TUBA UTERINA AVANÇADA -1ª LINHA. | 43 |  | R$ 1.450,00 | | |  |
| 0304020281 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DE TUBA UTERINA AVANÇADA - 2ª LINHA) | 1 |  | R$ 1.450,00 | | |  |
| 0304020290 | QUIMIOTERAPIA DE SARCOMA DE PARTES MOLES AVANÇADO | 7 |  | R$ 800,00 | | |  |
| 0304020303 | QUIMIOTERAPIA DE SARCOMA ÓSSEO AVANÇADO | 1 |  | R$ 800,00 | | |  |
| 0304020311 | QUIMIOTERAPIA DO TUMOR DO ESTROMA GASTROINTESTINAL AVANÇADO | 1 |  | R$ 17,00 | | |  |
| 0304020320 | QUIMIOTERAPIA DE TUMOR DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL AVANÇADO | 1 |  | R$ 800,00 | | |  |
| 0304020338 | HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 2ª LINHA | 129 |  | R$ 301,50 | | |  |
| 0304020346 | HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO- 1ª LINHA | 60 |  | R$ 79,75 | | |  |
| 0304020362 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE TIREOIDE AVANÇADO | 1 |  | R$ 427,50 | | |  |
| 0304020370 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE PÊNIS AVANÇADO | 1 |  | R$ 800,00 | | |  |
| 0304020389 | QUIMIOTERAPIA DE CARCINOMA DO FÍGADO OU DO TRATO BILIAR AVANÇADO | 1 |  | R$ 571,50 | | |  |
| 0304020397 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA DO TIMO AVANÇADA | 1 |  | R$ 571,50 | | |  |
| 0304020400 | QUIMIOTERAPIA DE CARCINOMA UROTELIAL AVANÇADO | 4 |  | R$ 1.300,00 | | |  |
|  |  | 3.333 |  |  | | |  |
|  |  |  |  |  | | |  |
| **Grupo: 3 - Procedimentos clínicos** | | | | | | | |
| **Subgrupo: 4 - Tratamento em oncologia** | | | | | | | |
| **FO 3 - Quimioterapia para controle temporário de doença - adulto** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | | | **Valor Anual** |
| 0304030015 | QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA RARA -1ª LINHA. | 1 |  | R$ 640,00 | | |  |
| 0304030023 | QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA RARA - 2ª LINHA | 1 |  | R$ 640,00 | | |  |
| 0304030031 | QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA MIELOPROLIFERATIVA RARA - 1ª LINHA | 182 |  | R$ 150,00 | | |  |
| 0304030040 | QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA MIELOPROLIFERATIVA RARA - 2ª LINHA. | 1 |  | R$ 1.800,00 | | |  |
| 0304030058 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA LINFOCITICA CRONICA - 1ª LINHA. | 1 |  | R$ 407,50 | | |  |
| 0304030066 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA LINFOCITICA CRONICA - 2ª LINHA. | 1 |  | R$ 1.800,00 | | |  |
| 0304030074 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA QUALQUER FASE - CONTROLE SANGÜINEO | 1 |  | R$ 80,75 | | |  |
| 0304030082 | QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE BLÁSTICA - MARCADOR POSITIVO - 2ª LINHA. | 1 |  | R$ 85,00 | | |  |
| 0304030090 | QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE BLASTICA - MARCADOR POSITIVO - SEM FASE CRÔNICA OU DE TRANSFORMAÇÃO ANTERIOR (1ª LINHA). | 1 |  | R$ 17,00 | | |  |
| 0304030104 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE BLÁSTICA - MARCADOR POSITIVO-3ª LINHA | 1 |  | R$ 1.736,20 | | |  |
| 0304030112 | QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE CRÔNICA - MARCADOR POSITIVO - 1ª LINHA. | 1 |  | R$ 17,00 | | |  |
| 0304030120 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE CRÔNICA - MARCADOR POSITIVO - 3ª LINHA | 1 |  | R$ 2.535,50 | | |  |
| 0304030139 | QUMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE DE TRANSFORMAÇÃO - MARCADOR POSITIVO - 3ª LINHA | 1 |  | R$ 1.401,20 | | |  |
| 0304030147 | QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE DE TRANSFORMAÇÃO - MARCADOR POSITIVO - 2ªLINHA | 1 |  | R$ 17,00 | | |  |
| 0304030155 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE DE TRANSFORMAÇÃO - MARCADOR POSITIVO - SEM FASE CRONICA ANTERIOR (1ª LINHA) | 1 |  | R$ 17,00 | | |  |
| 0304030163 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN DE BAIXO GRAU DE MALIGNIDADE (1ª LINHA) | 1 |  | R$ 640,00 | | |  |
| 0304030171 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN DE BAIXO GRAU DE MALIGNIDADE - 2ªLINHA | 1 |  | R$ 1.080,00 | | |  |
| 0304030180 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA DE CÉLULAS PLASMÁTICAS - 1ª LINHA. | 1 |  | R$ 427,50 | | |  |
| 0304030198 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA DE CÉLULAS PLASMÁTICAS - 2ª LINHA. | 1 |  | R$ 1.715,60 | | |  |
| 0304030201 | QUIMIOTERAPIA DA TRICOLEUCEMIA - 2ª LINHA | 1 |  | R$ 2.250,00 | | |  |
| 0304030210 | QUIMIOTERAPIA DE TRICOLEUCEMIA - 1ªLINHA. | 1 |  | R$ 5.700,00 | | |  |
| 0304030228 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE CRÔNICA - MARCADOR POSITIVO - 2ª LINHA | 1 |  | R$ 17,00 | | |  |
| 0304030236 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA FOLICULAR- 1ª lINHA | 1 |  | R$ 640,00 | | |  |
| 0304030244 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA FOLICULAR - 2ª LINHA | 1 |  | R$ 1.080,00 | | |  |
|  |  | 205 |  |  | | |  |
|  |  |  |  |  | | |  |
| **Grupo: 3 - Procedimentos clínicos** | | | | | | | |
| **Subgrupo: 4 - Tratamento em oncologia** | | | | | | | |
| **FO 4 - Quimioterapia prévia (neoadjuvante/citorredutora)- adulto** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0304040010 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE RETO (PRÉVIA) | 33 |  | | R$ 571,50 | |  |
| 0304040029 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA (PRÉVIA) | 55 |  | | R$ 1.400,00 | |  |
| 0304040045 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE / | 50 |  | | R$ 1.300,00 | |  |
| 0304040053 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE RETO/ CANAL ANAL/ MARGEM ANAL | 16 |  | | R$ 800,00 | |  |
| 0304040061 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE SEIO PARA-NASAL/ LARINGE / HIPOFARINGE/ OROFARINGE /CAVIDADE ORAL | 14 |  | | R$ 1.300,00 | |  |
| 0304040070 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE BEXIGA | 25 |  | | R$ 1.300,00 | |  |
| 0304040088 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE NASOFARINGE | 1 |  | | R$ 1.300,00 | |  |
| 0304040096 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS (PRÉVIA) | 20 |  | | R$ 1.100,00 | |  |
| 0304040100 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR INDIFERENCIADO DE CÉLULAS PEQUENAS (PRÉVIA) | 1 |  | | R$ 1.100,00 | |  |
| 0304040118 | QUIMIOTERAPIA DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DE ESÔFAGO | 6 |  | | R$ 1.300,00 | |  |
| 0304040126 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMOIDE DE VULVA | 1 |  | | R$ 1.300,00 | |  |
| 0304040134 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DA TUBA UTERINA - 2ª LINHA | 1 |  | | R$ 1.450,00 | |  |
| 0304040142 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DA TUBA UTERINA - 1ª LINHA | 26 |  | | R$ 1.450,00 | |  |
| 0304040150 | QUIMIOTERAPIA DE OSTEOSSARCOMA - 2ª LINHA. | 1 |  | | R$ 8.064,50 | |  |
| 0304040169 | QUIMIOTERAPIA DE SARCOMA ÓSSEO / OSTEOSSARCOMA - 1ª LINHA | 1 |  | | R$ 1.447,70 | |  |
| 0304040177 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ESTÔMAGO (PRÉ-OPERATÓRIA) | 10 |  | | R$ 1.300,00 | |  |
| 0304040185 | POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO III (PRÉVIA) | 1 |  | | R$ 1.400,00 | |  |
| 0304040193 | HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO III (PRÉVIA) | 1 |  | | R$ 79,75 | |  |
|  |  | 263 |  | | |  |  |
|  |  |  |  | | |  |  |
| **Grupo: 3 - Procedimentos clínicos** | | | | | | | |
| **Subgrupo: 4 - Tratamento em oncologia** | | | | | | | |
| **FO 5 - Quimioterapia adjuvante (profilática) - adulto** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0304050016 | QUIMIOTERAPIA INTRA-VESICAL | 15 |  | | R$ 1.300,00 | |  |
| 0304050024 | QUIMIOTERAPIA DE ADENOCARCINOMA DE CÓLON | 129 |  | | R$ 2.224,00 | |  |
| 0304050032 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE RETO (ADJUVANTE) | 26 |  | | R$ 427,50 | |  |
| 0304050040 | HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO I | 948 |  | | R$ 79,75 | |  |
| 0304050067 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO III | 133 |  | | R$ 800,00 | |  |
| 0304050075 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO II | 160 |  | | R$ 800,00 | |  |
| 0304050113 | HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO III | 376 |  | | R$ 79,75 | |  |
| 0304050121 | HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO II | 939 |  | | R$ 79,75 | |  |
| 0304050130 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO I | 35 |  | | R$ 571,50 | |  |
| 0304050172 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS (ADJUVANTE) | 6 |  | | R$ 1.100,00 | |  |
| 0304050180 | QUIMIOTERAPIA DE CARCINOMA PULMONAR INDIFERENCIADO DE CÉLULAS PEQUENAS (ADJUVANTE) | 1 |  | | R$ 1.100,00 | |  |
| 0304050202 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DA TUBA UTERINA | 21 |  | | R$ 1.450,00 | |  |
| 0304050210 | QUIMIOTERAPIA DO OSTEOSSARCOMA | 1 |  | | R$ 1.744,10 | |  |
| 0304050229 | QUIMIOTERAPIA DE SARCOMA DE PARTES MOLES DE EXTREMIDADE | 1 |  | | R$ 1.600,00 | |  |
| 0304050253 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ESTÔMAGO (PÓS OPERATÓRIA) | 38 |  | | R$ 571,50 | |  |
| 0304050261 | POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO I (ADJUVANTE) | 1 |  | | R$ 571,50 | |  |
| 0304050270 | POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO II (ADJUVANTE) | 1 |  | | R$ 800,00 | |  |
| 0304050288 | POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO III (ADJUVANTE) | 1 |  | | R$ 800,00 | |  |
| 0304050296 | MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO I (ADJUVANTE) | 1 |  | | R$ 34,10 | |  |
| 0304050300 | MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO II (ADJUVANTE) | 1 |  | | R$ 34,10 | |  |
| 0304050318 | MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO III (ADJUVANTE) | 1 |  | | R$ 34,10 | |  |
| 0304050326 | QUIMIOTERAPIA DE MELANOMA MALÍGNO | 1 |  | | R$ 1.251,64 | |  |
| 0304050334 | QUIMIOTERAPIA DE TUMOR DO ESTROMA GASTRO INTESTINAL | 1 |  | | R$ 17,00 | |  |
|  |  | 2837 |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **Grupo: 3 - Procedimentos clínicos** | | | | | | | |
| **Subgrupo: 4 - Tratamento em oncologia** | | | | | | | |
| **FO 6 - Quimioterapia curativa - adulto** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0304060011 | QUIMIOTERAPIA DA DOENÇA DE HODGKIN - 1ª LINHA | 1 |  | | R$ 1.258,64 | |  |
| 0304060038 | QUIMIOTERAPIA DA DOENÇA DE HODGKIN - 2ª LINHA | 1 |  | | R$ 1.258,64 | |  |
| 0304060046 | QUIMIOTERAPIA DA DOENÇA DE HODGKIN - 3ª LINHA | 1 |  | | R$ 1.258,64 | |  |
| 0304060070 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/ MIELODISPLASIA /LINFOMA LINFOBLÁSTICO/ LINFOMA DE BURKITT - 1ª LINHA | 1 |  | | R$ 2.300,00 | |  |
| 0304060089 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/ MIELODISPLASIA/LINFOMA LINFOBLÁSTICO/ LINFOMA DE BURKITT - 2ª LINHA | 1 |  | | R$ 1.400,00 | |  |
| 0304060097 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/ MIELODISPLASIA/ LINFOMA LINFOBLÁSTICO/ LINFOMA DE BURKITT 3ª LINHA | 1 |  | | R$ 830,52 | |  |
| 0304060100 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/MIELODISPLASIA/ LINFOMA LINFOBLÁSTICO/ LINFOMA DE BURKITT - 4ª LINHA | 1 |  | | R$ 427,50 | |  |
| 0304060119 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN GRAU INTERMEDIÁRIO OU ALTO - 2ª LINHA | 1 |  | | R$ 1.447,70 | |  |
| 0304060127 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN GRAU INTERMEDIÁRIO OU ALTO - 3ª LINHA | 1 |  | | R$ 1.447,70 | |  |
| 0304060135 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN DE GRAU DE MALIGNIDADE INTERMEDIÁRIO OU ALTO - 1ª LINHA | 6 |  | | R$ 800,00 | |  |
| 0304060151 | QUIMIOTERAPIA DE TUMOR GERMINATIVO EXTRA-GONADAL | 1 |  | | R$ 2.408,52 | |  |
| 0304060160 | QUIMIOTERAPIA DE TUMOR GERMINATIVO DE OVÁRIO | 1 |  | | R$ 1.700,00 | |  |
| 0304060178 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL - BAIXO RISCO | 1 |  | | R$ 1.743,12 | |  |
| 0304060186 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL - CORIOCARCINOMA DE BAIXO RISCO PERSISTENTE / ALTO RISCO / RECIDIVA | 1 |  | | R$ 2.408,52 | |  |
| 0304060208 | QUIMIOTERAPIA DE TUMOR GERMINATIVO DE TESTÍCULO - 1ª LINHA | 1 |  | | R$ 1.700,00 | |  |
| 0304060216 | QUIMIOTERAPIA DE TUMOR GERMINATIVO DE TESTÍCULO - 2ª LINHA | 1 |  | | R$ 1.700,00 | |  |
| 0304060224 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B – 1ª LINHA | 1 |  | | R$ 800,00 | |  |
|  |  | 22 |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **Grupo: 3 - Procedimentos clínicos** | | | | | | | |
| **Subgrupo: 4 - Tratamento em oncologia** | | | | | | | |
| **FO 7 - Quimioterapia de tumores de crianca e adolescente** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0304070017 | QUIMIOTERAPIA DE CANCER NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - 1ª LINHA | 1 |  | | R$ 1.700,00 | |  |
| 0304070025 | QUIMIOTERAPIA DE CANCER NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - 2ª LINHA | 1 |  | | R$ 1.381,76 | |  |
| 0304070033 | QUIMIOTERAPIA DE CÂNCER NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - 4ª LINHA | 1 |  | | R$ 427,50 | |  |
| 0304070041 | QUIMIOTERAPIA DE CÂNCER NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - 3ª LINHA | 1 |  | | R$ 800,00 | |  |
| 0304070050 | QUIMIOTERAPIA DE ALTA DOSE DE OSTEOSSARCOMA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA | 1 |  | | R$ 7.285,83 | |  |
|  |  | 5 |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **Grupo: 3 - Procedimentos clínicos** | | | | | | | |
| **Subgrupo: 4 - Tratamento em oncologia** | | | | | | | |
| **FO 8 - Quimioterapia - procedimentos especiais** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | | | **Valor Anual** |
| 0304080012 | FATOR ESTIMULANTE DO CRESCIMENTO DE COLÕNIAS DE GRANULÓCITOS / MACRÓFAGOS | 1 |  | R$ 871,00 | | |  |
| 0304080055 | QUIMIOTERAPIA INTRA-TECAL | 1 |  | R$ 335,00 | | |  |
| 0304080071 | INIBIDOR DA OSTEÓLISE | 121 |  | R$ 449,50 | | |  |
| 0304090050 | IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIREOIDE( 30mCi) | 1 |  | R$ 443,70 | | |  |
| 0304090069 | IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIREOIDE( 50mCi) | 1 |  | R$ 614,70 | | |  |
|  |  | 125 |  |  | | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **GRUPO 9 - PROGRAMAÇÃO COM CÓDIGO ANTIGO DA PPI** | | | | |  |
| **SUBGRUPO 1 - SIH ALTACOMPLEXIDADE** | | | | |  |
| **Código / Descrição** | **Programado** | | | | **Ofertado** |
| **Nº Leitos** | **Nº Internações** | **Custo Médio AIH** | **Valor Anual** | **Nº Leitos** |
| FO 180 - CLÍNICA CIRÚRGICA | 4 | 154 | R$ 1.595,60 | R$ 245.722,78 |  |
| FO 195 - CLÍNICA MÉDICA | 4 | 99 | R$ 1.586,88 | R$ 157.101,46 |  |
| **TOTAL** | 8 | 253 |  | **R$ 402.824,24** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TOTAL GERAL OFERTADO PARA OS SERVIÇOS PARA TRATAMENTO EM ONCOLOGIA** |  |

Os serviços deverão ser oferecidos em conformidade com a programação estabelecida em Portaria ministerial específica que credenciou o serviço.

Patos de Minas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ de 2015.

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

Nome e assinatura do representante legal da empresa.

**ANEXO III**

**DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE**

Declaro, sob as penas da lei, para fins de Chamamento Público para credenciamento de prestadores de serviços de assistência à saúde em Oncologia, habilitados pelo MS, aos usuários do SistemaÚnicodeSaúde, que a empresa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ não foi declarada INIDÔNEA, para licitar ou contratar com a Administração Pública, nos termos do § 2º, do artigo 32, da Lei 8.666/93, bem como que comunicarei qualquer fato superveniente à entrega dos documentos de habilitação, que venha a alterar a atual situação quanto à capacidade jurídica, técnica, regularidade fiscal e idoneidade econômico-financeira.

........................., ..... de ....................... de 2015.

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

Assinatura do representante legal da empresa.

**OBS:** As Declarações exigidas no item **6.6** deverão ser apresentadas em documento original, em papel timbrado ou com carimbo do prestador.

**ANEXO IV**

**DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO AO DISPOSTO NO INC. XXXIII DO ART. 7º DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL**

..........................................................., inscrição no CNPJ/MF nº .........................., por intermédio de seu representante legal, o(a) Sr.(a)...................................., portador(a)da Carteira de Identidade nº............................. e do CPF nº ............................,DECLARA, para fins de cumprimento ao disposto no inc. XXXIII do art. 7º da Constituição Federal, que não emprega menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 (dezesseis) anos, bem como que comunicará à Administração Municipal qualquer fato ou evento superveniente que altere a atual situação. \*Ressalva: (...) emprega menor, a partir de 14 (quatorze) anos, na condição de aprendiz.

.

........................., ..... de ....................... de 2015.

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

Assinatura do representante legal da empresa.

\*Em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima.

**OBS:** As Declarações exigidas no item **6.6** deverão ser apresentadas em documento original, em papel timbrado ou com carimbo do prestador.

**ANEXO V**

**DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADE DE CARGOS E FUNÇÕES**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro, para os devidos fins, que nenhum do(s) proprietário(s) e/ou diretor(es) e/ou provedor(es) do estabelecimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, não pertence(m) ao quadro de servidores públicos da SMS-Patos de Minas (artigo 9º, inciso III, da Lei nº 8.666/1993), e nem exerce(m) cargo de chefia ou função de confiança no SUS federal, estadual ou municipal (artigo 26, § 4º da Lei nº 8.080/1990.

........................., ..... de ....................... de 2015.

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

Assinatura

**OBS:** As Declarações exigidas no item **6.6** deverão ser apresentadas em documento original, em papel timbrado ou com carimbo do prestador.

**ANEXO VI**

**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DOS TERMOS**

Pelo presente instrumento, nome da instituição, CNPJ nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com sede na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, através de seus sócios e/ou diretores, infra – firmados, tendo em vista o EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA nº .........., cujo objeto é atender a demanda do Município de Patos de Minas de serviços de assistência à saúde em Oncologia, habilitados pelo MS, aos usuários do SUS em conformidade, declara, sob as penas da lei, que:

- conhecem e aceitam as condições de remuneração dos serviços, na conformidade da Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e Insumos Estratégicos do SUS e de acordo com o programa de repasse e liberação de pagamentos, disponibilizado à Secretaria Municipal da Saúde; e

- tem disponibilidade para prestar atendimento consoante às regras do Conselho Nacional de Saúde e da Comissão Tripartite de Saúde, obedecendo às disposições éticas e técnicas dos respectivos Conselhos Regionais e com as regras de pactuação dos fluxos assistenciais fixadas pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e Secretaria Municipal de Saúde de Patos de Minas, seguindo assim as normas de prestação de serviço no SUS.

........................., ..... de ....................... de 2015.

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

Assinatura (nome completo, cargo ou função e assinatura dos sócios e/ou diretores

**OBS:** As Declarações exigidas no item **6.6** deverão ser apresentadas em documento original, em papel timbrado ou com carimbo do prestador.

**ANEXO VII**

**MINUTA DE CONTRATO FIRMADO ENTRE O MUNICÍPIO DE PATOS DE MINAS E A EMPRESA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM ONCOLOGIA**, **AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE LOCALIZADOS NO MUNICÍPIO DE PATOS DE MINAS.**

Aos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dias, do mês de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, do ano de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,na sede do Município de Patos de Minas, situado a Rua Dr. José Olympio de Melo, 151 - Eldorado, nesta cidade, compareceu de um lado, o Sr. Pedro Lucas Rodrigues, brasileiro, casado, CPF nº 534.206.326-49, RG M.4.004.483, órgão expedidor SSP/MG, residente e domiciliado à Rua Querino Fonseca, nº 221, Bairro Nossa Senhora das Graças, CEP 38.701-300, no uso das atribuições que o permite representar o Município de Patos de Minas, CNPJ n.º18.602.011/0001-07, doravante denominada CONTRATANTE e, de outro lado, a empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com sede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aqui denominada simplesmente CONTRATADA, neste ato representada por seu representante legal que abaixo firmam o presente Contrato, com base nos termos do art. 25, caput, da Lei Federal n° 8.666/93, da Lei n° 8.080/90, a Portaria n° 1.034, de 05 de maio de 2010 do MS, RDC/ANVISA nº 11, de 13 de março de 2014, Portaria Nº 389 MS/SAS de 13 de março de 2014, Portaria GM/MS nº 1168 de 15 de junho de 2004, Portaria SAS/MS n º432 de 06/06/2006 e demais legislações aplicáveis, resolvem, de comum acordo, celebrar o presente instrumento, regendo-se pelas Cláusulas e Condições que seguem:

Os serviços contratados serão executados na av/rua\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,nº \_\_\_\_\_\_\_ , Bairro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Patos de Minas.

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

**1.1** O presente instrumento tem por objeto integrar a CONTRATADA na Rede de Atenção à serviços de assistência à saúde em Oncologia, em conformidade aos usuários do Sistema Único de Saúde localizados no município de Patos de Minas, em conformidade com a Constituição Federal de 1988 em seu artigo 199, § 1º, combinado com o artigo 24 da Lei Federal nº 8.080/1990.

**1.2** Através do presente instrumento a **CONTRATADA** realizará os procedimentos, no limite anual de até \_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), conforme Ficha de Programação Orçamentária –FPO, que integra este instrumento, para todos os efeitos legais.

**FICHA DE PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA - FPO**

**1.3** Os serviços a serem contratados deverão enquadrar-se nos grupos das Tabelas de Procedimentos constantes no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e no Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), por valores iguais aos definidos pelo Ministério da Saúde.

**1.4** Os valores de referência à prestação dos serviços são os constantes da Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde e serão reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes determinados pelo Ministério da Saúde.

**1.5** Para todos os procedimentos, sem exceção, estão inclusos preparos, substâncias químicas, equipamentos, suprimentos de qualquer espécie e instalações físicas necessárias para sua realização, conforme descrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), salvo disposição em contrário prevista expressamente no Contrato.

**1.6** Os serviços ora contratados estão referidos a uma base territorial populacional e a uma série histórica de produtividade, Microrregião Noroeste, conforme PDR-MG/PPI e serão ofertados conforme indicação técnica de planejamento da saúde, compatibilizando-se à demanda e à disponibilidade de recursos financeiros do SUS.

**1.7** Mediante Termo Aditivo e, de acordo com a capacidade instalada da CONTRATADA e as necessidades da CONTRATANTE, os contraentes poderão fazer acréscimos ou supressões, em conformidade com a Lei 8666/93, durante o período de sua vigência, incluídas as prorrogações, mediante justificativa aprovada pelo Contratante.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS**

Para o cumprimento do objeto deste contrato, o CONTRATADO obriga-se a oferecer ao usuário os recursos necessários a seu atendimento, conforme discriminação abaixo:

**2.1** - Assistência médico-ambulatorial, compreendendo:

a) Atendimento médico, por especialidade, com realização de todos os procedimentos específicos necessários para cada área, incluindo os de rotina, urgência ou emergência;

b) Assistência social;

c) Atendimento odontológico, quando disponível;

d) Assistência farmacêutica, de enfermagem, de nutrição e outras, quando indicadas.

**2.2** - Assistência técnico-profissional e hospitalar, compreendendo:

a) todos os recursos de diagnóstico e tratamento disponíveis necessários ao atendimento dos usuários do SUS;

b) encargos profissionais (incluindo plantonistas) e nasocomiais necessários;

c) utilização de sala de cirurgia, material e serviços do centro cirúrgico e instalações correlatas;

d) medicamentos receitados e outros materiais utilizados, sangue e hemoderivados;

e) serviços de enfermagem;

f) serviços gerais;

g) fornecimento de roupa hospitalar;

h) alimentação com observância das dietas prescritas;

i) procedimentos especiais, como hemodiálise, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, endoscopia e outros necessários ao adequado atendimento do usuário, de acordo com a capacidade instalada e complexidade do CONTRATADO.

# 2.3. Os serviços devem obedecer às legislações vigentes, ou outras que venham a substituí-las:

- **RESOLUÇÃO – RDC/ANVISA Nº 220, DE 21 DE SETEMBRO DE 2004** - Aprovar o Regulamento Técnico de funcionamento dos Serviços de Terapia Antineoplásica;

- **PORTARIA GM/MS Nº 2.439, DE 8 DE DEZEMBRO DE 2005** - Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão;

- **PORTARIA SAS/MS Nº 741, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2005** - Define as unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades;

# - PORTARIA Nº 874, DE 16 DE MAIO DE 2013, Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

# - Portaria nº 876/SAS/MS, de 16 de maio de 2013, Dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

# - PORTARIA Nº 140, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2014, que redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

**2.4.** Os interessados são responsáveis pela continuidade do tratamento dos pacientes, inclusive nos fins de semanas e de feriados.

**CLAUSULA TERCEIRA - DO PREÇO, RECURSO ORÇAMENTÁRIOS E DA DOTAÇÃO**

**3.13.1.** A CONTRATANTE pagará, mensalmente, a CONTRATADA, pelos serviços previamente encaminhados, autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde, e efetivamente prestados, a importância correspondente a cada procedimento mensal, observado os limites quantitativos contratados, conforme Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, em vigor na data da assinatura do Contrato nos limites quantitativos explicitados na Cláusula Primeira.

**3.1.1.** As despesas decorrentes de atendimento ambulatorial e SADT, consignadas no Sistema de Informação Ambulatorial – SIA, tem valor anual estimado de até R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_), ou seja, R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) por mês, conforme estimativa financeira constante na FICHA DE PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA – FPO, sendo a estimativa de R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_) mensais para os procedimentos financiados pelo FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS E COMPENSAÇÃO – FAEC e o limite de R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) mensais para os procedimentos de MÉDIA COMPLEXIDADE da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, que serão custeados pela CONTRATANTE, com recurso repassado mensalmente ao FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – FMS pelo FUNDO NACIONAL DA SAÚDE – FNS, classificado como BLOCO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – MAC.

**3.2.** Os recursos financeiros necessários para a celebração dos contratos estão incluídos no TETO FINANCEIRO DO MUNICÍPIO DE PATOS DE MINAS, por meio de repasses do Fundo Nacional de Saúde – FNS para o Fundo Municipal de Saúde, conforme Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, e conforme estipulado na **PORTARIA N 1.744, DE 22 DE OUTUBRO DE 2015**, que estabelece os repasses do FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS E COMPENSAÇÕES – FAEC, ou outras Portarias que venham a atualizá-las.

**3.3**. As despesas decorrentes das contratações correrá por conta da dotação orçamentária abaixo, referente ao orçamento vigente e, nos próximos exercícios, a conta de dotação própria.

09.01.00.10.302.0022.2.0117 (1.114) - Aquisição de Serviços Ambulatoriais e Hospitalares

Fonte de Recursos Federal: 01.0049.0100.0000 - Média e Alta Complexidade.

Fonte de Recursos Estadual: 01.0055.0207.0000 - Outras Rec. Média e Alta Complexidade.

Fonte de Recursos Municipal: 01.0002.0000.0000 - Rec. Imp. e Transf. Imp. Vinc. à Saúde.

**3.4.** A Tabela de Procedimentos Medicamentos OPM do SUS vigente poderá ser acessada no endereço eletrônico http//:www.sigtap.datasus.gov.br;

**3.5.** Os serviços ambulatoriais contratados obedecerão aos valores quantitativos e financeiros estimados conforme FICHA DE PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA – FPO.

**3.6.** O não-cumprimento pelo Ministério da Saúde da obrigação de repassar os recursos correspondentes aos valores constantes deste contrato não transfere para o CONTRATANTE a obrigação de pagar os serviços ora contratados, os quais são de responsabilidade do Ministério da Saúde para todos os efeitos legais.

**3.6.1 -** O CONTRATANTE responderá pelos encargos financeiros assumidos além do limite dos recursos que lhe são destinados (extrapolamentos), quando esses valores forem gerados por internações hospitalares de média e alta complexidade de população própria regulada. No caso dos valores gerados, extrapolamento, por internações hospitalares de média e alta complexidade de população de referência reguladas, os valores só serão assumidos pelo Contratante, em caso de ressarcimento pelo Estado, conforme Deliberação CIB-SUS nº 404 de 06 de dezembro de 2.006 e Deliberação CIB-SUS nº 1.024 de 07 de dezembro de 2.011 e repassados aos Contratados proporcionalmente com os atendimentos dos critérios exigidos pelas Deliberações citadas acima.

**CLÁUSULA QUARTA - DO REAJUSTE**

**4.1** Os repasses financeiros relativos à prestação de serviços terão como referência a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, e serão reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes determinados pelo Ministério da Saúde, nos termos do art. 26 da lei nº. 8080/90.

**4.2** A variação do valor contratual para fazer face ao reajuste de preços da Tabela de Procedimentos Medicamentos OPM do SUS, compensações ou penalizações financeiras bem como o empenho de dotações orçamentárias suplementares até o limite do seu valor corrigido, podem ser registrados por simples apostila, dispensando a celebração de aditamento em conformidade com o § 8 do art. 65 da Lei Federal 8666/93, ou outra que venha a substituí-la, por se tratar de reajuste dos valores unitários da Tabela, estabelecida pelo Ministério da Saúde.

**CLAUSULA QUINTA - DA VIGÊNCIA**

**5.1** A vigência do Contrato será de pelo período de 12 (doze) meses a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por períodos subsequentes, desde que obedecidas às mesmas condições estipuladas no Instrumento Contratual, até o limite de 60 (sessenta) meses, anuência da credenciada, nos termos do inciso II, do art. 57, da Lei Federal 8.666/93.

**5.2** A continuação da prestação de serviços nos exercícios financeiros subseqüentes ao presente, respeitando prazo de vigência do Contrato, fica condicionada à aprovação das dotações próprias para as referidas despesas no orçamento do Fundo Municipal da Saúde – FMS *e* do FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS E COMPENSAÇÕES – FAEC.

**CLAUSULA SEXTA - DA APRESENTAÇÃO DAS CONTAS E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

**6.1.** A Contratada fica obrigado a apresentar a produção sob a forma de Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPAC), Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPAI), Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC) e outros que vierem a sucedê-los, ou, que a estes forem acrescidos, no quinto dia útil de cada mês subseqüente à prestação dos serviços, obedecendo os prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e devidamente gerenciados pela Contratante.

**6.2.** A Contratante fica responsável pelo envio dos dados de produção da Contratada ao DATASUS, que após consistência dos mesmos, irá gerar os valores de produção aprovados.

**6.3.** Após a revisão dos documentos e sua aprovação a Contratante efetuará o pagamento do valor apurado, em até 30 (trinta) dias após emissão da nota fiscal.

**6.4.** As cobranças rejeitadas quanto ao mérito serão objeto de análise pela Diretoria de Regulação da SMS/SUS/Patos de Minas, ficando à disposição do prestador de serviços, que terá um prazo de 30 (trinta) dias, a contar do pagamento efetuado, para apresentar recurso. Caso a decisão seja favorável ao prestador as cobranças poderão ser reapresentadas através dos sistemas do MS - BPAC, BPAI, APAC;

**6.5.** Serão descontados no processamento apresentado, os procedimentos glosados pelas revisões técnica e administrativa.

**6.6.** Caso os pagamentos rejeitados já tenham sido efetuados, fica a SMS/SUS/Patos de Minas, autorizada a debitar o valor pago indevidamente no mês seguinte, através do BDP/Boletim de Diferença de Pagamento no SIASUS.

**6.7**. O pagamento dos serviços ambulatoriais prestados de acordo com as Programações Pactuadas e Integradas, aprovadas pelas Comissões Intergestores Bipartite e regularmente faturados com contrato válido e vigente, até o quinto dia útil, após o cumprimento pelo Ministério da Saúde das seguintes condições:

a) crédito na conta bancária do Fundo Municipal de Saúde, pelo Fundo Nacional de Saúde e pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC.

b) disponibilização dos arquivos de processamento no SIASUS nos sites dos respectivos sistemas de informação, pelo DATASUS.

**Parágrafo Único - O prazo de 05 (cinco) dias úteis contará a partir da data em que se efetivar a última das condições referidas.**

**6.8.** O não cumprimento pelo Ministério da Saúde de repassar os recursos correspondentes aos valores constantes neste Contrato não transfere para a Contratante a obrigação de pagar os serviços ora contratados, os quais são de responsabilidade do Ministério da Saúde para todos os efeitos legais.

**CLÁUSULA SÉTIMA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

**7.1** Para o cumprimento do objeto deste contrato, a CONTRATADA obriga-se a prestar os serviços em estrita observância às exigências contidas no Edital de Chamamento Público nº 20473/2015, devendo:

I - Manter a disposição do SUS a capacidade total ofertada neste Contrato;

II - Assegurar o cumprimento integral das normas e diretrizes do SUS, assim como de normas complementares estaduais e municipais, no que couber;

III - Ofertar os serviços contratados de acordo com as legislações pertinentes ao objeto deste contrato;

IV - Atender as diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH;

V - Submeter-se a avaliações sistemáticas, de acordo com o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS e promover as adequações necessárias, quando for o caso;

VI - Assegurar o funcionamento, em perfeitas condições, dos serviços ora propostos e nos casos que demandarem a utilização de equipamentos que porventura venham a apresentar defeito técnico ou que necessitem de intervalos de uso para a manutenção ou substituição, bem como a ausência temporária de profissionais, deverão ser comunicados imediatamente à SECRETARIA com proposta de solução **visando a não interrupção da assistência**.

VII - Garantir quadro de recursos humanos qualificado e compatível aos serviços ora contratados, de modo que a prestação se dê de forma contínua e ininterrupta;

VIII - Manter afixado em lugar visível placa informando que a CONTRATADA atende pelo SUS e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;

IX - Atender o usuário do SUS com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo a qualidade na prestação de serviços. Disponibilizando acesso único aos usuários, não importando se o atendimento se dará através do SUS ou por qualquer outro tipo de convênio;

X **-** É vedada a cobrança dos serviços, direta ou indiretamente ao usuário, no que tange aos serviços cobertos pelo SUS, assim como solicitar doações em dinheiro ou que o mesmo forneça material ou medicamento para exames.

XI - Responder pelas obrigações fiscais, eventualmente devidas, de qualquer natureza, relativa à equipe, sendo-lhe defeso invocar a existência desse Contrato para tentar eximir-se daquelas obrigações ou transferi-las à CONTRATANTE;

XII - Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados, disponibilizando a qualquer momento à CONTRATANTE e auditorias do SUS as fichas e prontuários dos usuários do SUS, que deverão estar em conformidade com as Resoluções dos Conselhos de Classe pertinentes e a Portaria MS/SAS 389/2014, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados;

XIII - Garantir as condições técnicas e operacionais para a manutenção das licenças e alvarás nas repartições competentes, necessárias à execução dos serviços objeto do presente Contrato, bem como do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES;

XIV - Arcar com todo e qualquer dano ou prejuízo, de qualquer natureza, causados à CONTRATANTE e/ou a terceiros por sua culpa ou em conseqüência de erros, imperícia própria ou de auxiliares, que estejam sob sua responsabilidade na execução dos serviços contratados;

XV - Garantir a desinfecção, esterilização e anti-sepsia, em perfeitas condições com as normas técnicas vigentes, bem como assegurar o uso adequado dos equipamentos. E em sua sede própria deverá, também, garantir o funcionamento das instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral, para a correta prestação dos serviços ora contratados.

XVI - Alimentar o Sistema de Informações Ambulatórias (SIA) para registro das informações dos serviços prestados, obedecendo aos prazos, fluxos e rotinas de entrega da produção à CONTRATANTE; ou outro sistema de informações que venha a ser implementado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em substituição ou complementar a este;

XVIII - Não negar atendimento ao paciente encaminhado pela CONTRATANTE, no que se refere aos serviços ora contratados;

XIX – A contratada responderá, exclusiva e integralmente, pela utilização de pessoal para a execução do objeto contratado, incluído os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a Secretaria Municipal de Saúde, bem como responderem pela solidez e segurança dos serviços;

XX - A fiscalização ou o acompanhamento da execução deste contrato pelos órgãos competentes da CONTRATANTE não exclui, nem reduz, a responsabilidade da CONTRATADA, nos termos da legislação vigente;

XXI - A responsabilidade de que trata esta Cláusula estende-se aos casos de danos causados por defeitos relativos à prestação dos serviços, nos estritos termos do art. 14 da Lei 8.078, de 11/09/90 (Código de Defesa do Consumidor).

XXII - Garantir o cumprimento das recomendações da RDC/ANVISA nº. 11 de 13 de março de 2014.

XXIII - A Contratada deverá fazer comunicação imediata a Contratante de qualquer mudança de responsável técnico.

XXIV - Submeter-se aos critérios de autorização e regulação estabelecidos por esta SMS;

XXV - Manter, durante a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações anteriores e com as condições de habilitação exigidas neste instrumento;

XXVI - A Contratada obriga-se a enviar à Central de Marcação de Consulta/CMCE/SMS a escala de consultas disponibilizadas, conforme critérios da CMCE/SMS.

XXVII - O contratado deverá fornecer, semanalmente, à Diretoria de Regulação da SMS os pedidos dos exames devidamente assinados pelos pacientes, juntamente com o valor total destes pedidos. Este procedimento deverá ser realizado até as 14:00 horas da quarta-feira da semana subseqüente ao período avaliado. No caso de feriado o contratado deverá entregar a documentação no primeiro dia útil imediatamente anterior.

XXVIII **-** Providenciar imediata correção das não conformidades apontadas pela Secretaria Municipal de Saúde, quando da execução e qualidade da assistência.

XXIX **-** Esclarecer ao usuário do SUS sobre seus direitos e assuntos pertinentes oferecidos.

XXX **-** Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar a prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

XXXI **-** Justificar à SECRETARIA, ao paciente, ou seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional necessário à execução dos procedimentos previstos neste Edital.

XXXII **-** Garantir a confidencialidade e confiabilidade dos dados e informações dos pacientes.

XXXIII **-** Não utilizar, nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação, sem aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, segundo art. 7º, inciso II da Resolução nº. 196 do Conselho Nacional de Saúde de 10.10.1996.

XXXVI **-** São, ainda, obrigações dos prestadores de serviços de saúde ao SUS/Patos de Minas:

XXXVII -Informar à Secretaria Municipal de Saúde, quaisquer alterações: razão social, controle acionário, mudança de Diretoria, Estatuto e de endereço, através de fotocópia autenticada da Certidão, da Junta Comercial ou do Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas, efetuando a devida atualização junto à SMS Patos de Minas e a CNES;

XXXVIII - Cumprir, dentro dos prazos estabelecidos, as obrigações assumidas por força deste termo de referência;

XL - Permitir acesso dos supervisores, auditores e outros profissionais, eventual ou permanentemente designados pela Secretaria Municipal de Saúde, para supervisionar, acompanhar e auditar a execução dos serviços prestados.

XLI - Contribuir para a melhoria da qualidade da assistência informando à Diretoria de Regulação e ao Controle e Avaliação Ambulatorial da Secretaria Municipal de Saúde sobre não conformidades detectadas nas solicitações e encaminhamentos de exames pela Rede Municipal ao serviço.

XLII **-** Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização, da auditoria e da normatividade suplementar exercidos pela Secretaria Municipal de Saúde sobre a execução do objeto do Contrato, fica desde já reconhecida a prerrogativa de controle e a autoridade normativa nos termos da Lei Federal nº. 8.080/90, do Decreto Federal nº. 1.651/95.

**CLÁUSULA OITAVA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

**I -** Credenciar, perante o prestador, mediante documento hábil, o servidor autorizado a solicitar, acompanhar, supervisionar, fiscalizar e auditar os procedimentos e a execução dos serviços de saúde nos termos do Decreto Municipal nº 2.360/01 e Lei Complementar 45 de 31/01/97.

**II -** Periodicamente vistoriar as instalações da entidade prestadora de serviços, para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas comprovadas na ocasião da assinatura do Contrato.

**III -** Estabelecer mecanismos de controle da oferta e demanda de ações e serviços de saúde

**IV -** Exercer o controle e avaliação dos serviços prestados, autorizando os procedimentos a serem realizados.

**V -** Transferir os recursos previstos neste Contrato à CONTRATADA, conforme Cláusula Quinta deste termo, correspondente aos serviços efetivamente prestados.

**VI -** Prestar esclarecimentos e informações à CONTRATADA que visem orientá-la na correta prestação dos serviços pactuados, dirimindo as questões omissas neste instrumento assim como lhe dar ciência de qualquer alteração no presente Contrato.

**VIII -** Esclarecer aos pacientes do SUS/Patos de Minas e Municípios pactuados sobre seus direitos e prestar todas as informações necessárias, pertinentes aos serviços ofertados pela Contratada.

**IX -** Monitorar o funcionamento do estabelecimento de saúde do prestador, notificando o prestador, fixando-lhe prazo para corrigir defeitos ou irregularidades encontradas.

**X -** Providenciar a publicação do extrato do Contrato no Diário Oficial do Estado - DOE, no prazo estabelecido no parágrafo único, do artigo 61, da Lei Federal nº. 8.666/93.

**CLÁUSULA NONA - DOS INSTRUMENTOS DE CONTROLE E AVALIAÇÃO**

Observado o disposto no artigo 67 da Lei nº 8.666/93, a gestão/fiscalização do contrato será realizada por servidores devidamente designados em Portaria especifica pela Prefeitura de Patos de Minas.

I - A Comissão de que trata esta cláusula poderá incluir representantes da CONTRATADA;

II - As atribuições desta Comissão, dentre outras, serão de acompanhar a execução do presente Contrato;

III - A CONTRATADA fica obrigada a fornecer à Comissão de Acompanhamento todos os documentos e informações necessárias ao cumprimento de suas finalidades;

IV - A existência da Comissão mencionada nesta Cláusula não impede nem substitui as atividades próprias do Sistema Nacional de Auditoria (Federal, Estadual e Municipal).

V - A execução do presente contrato será avaliada pelos órgãos competentes do SUS, mediante procedimentos de supervisão, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste instrumento.

**CLÁUSULA DÉCIMA – PENALIDADES**

**10.1.** A inobservância, pelo prestador de cláusula(s) ou obrigação (ões) constantes do Contrato a ser firmado, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, ensejará à Secretaria Municipal de Saúde, garantido o direito de defesa prévia, aplicação, em cada caso, das sanções previstas na Lei nº. 8.666/93 e no Regulamento do Sistema Municipal de Auditoria do SUS/Patos de Minas:

**10.1.1. Advertência escrita**: Cabe advertência em faltas leves, que não constituírem dolo ou naquelas que não implicarem em prejuízo direto ao usuário, nem em ato lesivo ao SUS, apenas caracterizando negligência gerencial.

**10.1.2. Multa**: A multa de 2% a 5% do valor anual do ajuste, imposta ao prestador de serviços pela inexecução total ou parcial das obrigações ou pelo atraso na sua execução.

**10.1.2.1.** Até 2% (dois por cento) sobre o valor anual do Contrato, por atraso na execução das obrigações assumidas;

**10.1.2.2.** Até 3% (três por cento) sobre o valor anual do Contrato, por inexecução parcial das obrigações assumidas;

**10.1.2.3.** Até 5% (cinco por cento) sobre o valor anual do Contrato, por inexecução total das obrigações assumidas;

**10.1.2.4. Multa-dia** de 1/30(um trinta avos) a 10/30 (dez trinta avos) do valor mensal do Contrato, por negligência, imprudência ou conduta faltosa (dolosa ou não) do prestador ou ainda:

**a)** Por contas julgadas irregulares de que resulte débito, nos Termos da comprovação da auditoria realizada;

**b)** Por irregularidade que resulte dano ao Fundo Municipal de Saúde/FMS ou ao erário, decorrente de ato ilegítimo ou antieconômico;

**c)** Por infração à norma legal ou regulamentar do SUS, de natureza operacional, contábil ou financeira.

**10.1.3. Suspensão temporária**

**10.1.3.1.** Cabe suspensão temporária de encaminhamento do usuário do SUS à assistência médico-hospitalar, ambulatorial, apoio diagnóstico terapêutico, por reincidência nas infrações, ou seja, naquelas ações que resultem em danos pecuniários ao SUS, ou naquelas que infringem as normas reguladoras do sistema de saúde de natureza operacional, administrativa ou contratual ou naquelas que levarem prejuízos à assistência do usuário. A aplicação desta penalidade é de competência do Secretário Municipal de Saúde.

**10.1.3.2.** Cabe suspensão temporária para contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação, perante a própria autoridade que aplicou a penalidade: a aplicação dessa penalidade é de competência do Secretário Municipal de Administração.

**10.2.** A imposição das sanções previstas no item **10** ocorrerá depois de efetiva auditagem assistencial ou inspeção, e dela será notificado o prestador.

**10.3.** Os valores pecuniários relativos às alíneas do subitem **10.1.2** serão ressarcidos à SMS/Patos de Minas, através de desconto efetuado em créditos existentes do faturamento Ambulatorial/Hospitalar do prestador de serviços do SUS, após o envio do processo de Auditoria com a devida instrução da aplicação da penalidade devida.

**10.4.** Na aplicação das penalidades previstas nos subitens **10.1.1, 10.1.2 e 10.1.3**, o prestador poderá interpor recurso administrativo, dirigido às autoridades competentes, nos prazos determinados pela lei e Regulamentação de Controle e Auditoria do SUS-MG.

**10.5. Declaração de inidoneidade** para contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação, perante a própria autoridade que aplicou a penalidade: a aplicação dessa penalidade é de competência do Secretário Municipal de Administração.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – RESCISÃO**

Constituem motivos para rescisão ou denúncia dos Contratos a serem firmados o nãocumprimento de quaisquer de suas cláusulas e condições, bem como os motivos previstos naLei Federal nº. 8.666/93, sem prejuízo das multas cominadas no subitem 14.1.2, quais sejam:

**11.1.** O não cumprimento de cláusulas contratuais;

**11.2.** Cobrar qualquer sobretaxa em relação à tabela de preços;

**11.3.** Cobrar quaisquer serviços, direta ou indiretamente ao usuário;

**11.4.** Solicitar e/ou exigir que o usuário assine fatura ou guia de atendimento em branco;

**11.5.** Solicitar qualquer tipo de doação;

**11.6.** O atraso injustificado no início do serviço;

**11.7.** A paralisação do serviço sem justa causa e prévia comunicação à Administração;

**11.8.** O atraso na entrega dos pedidos de exames na Regulação da SMS em até 05 (cinco) remessas ao longo do ano ou 03 (três) remessas consecutivas;

**11.9.** Desempenho insatisfatório do prestador;

**11.10.** Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa do prestador poderá ensejar a rescisão do contrato.

**11.11.** Não atendimento a solicitação de esclarecimento encaminhada pela Diretoria de Regulação, Gerência de Controle e Avaliação, Gerência de Auditoria e/ou autoridade superior da CONTRATANTE sobre o atendimento do usuário;

**11.12.** O não atendimento das determinações regulares do Supervisor/Auditor designado para acompanhar e fiscalizar a sua execução, assim como, as de seus superiores;

**11.13.** O cometimento reiterado de faltas na sua execução;

**11.14.** Razões de interesse público, de alta relevância e amplo conhecimento, justificadas e determinadas pelo Gestor do SUS/Patos de Minas e Municípios pactuados;

**11.15.** Nos casos enumerados nos incisos IX, X, XI, XIV, XV, XVII e XVIII, do artigo 78, da Lei Federal nº. 8.666/93.

**11.16.** Em caso de rescisão ou denúncia, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, a critério da Secretaria Municipal de Saúde, será observado o prazo de até 180 (cento e oitenta) dias para ocorrer a rescisão. Se neste prazo o prestador negligenciar na prestação dos serviços que vierem a ser contratados, a multa poderá ser duplicada.

**11.17.** A rescisão do Contrato será determinada pelo Gestor do SUS/Patos de Minas e exarada no processo administrativo competente, assegurado o contraditório e a ampla defesa, tudo com vista ao disposto na Lei Federal nº. 8.666/93, em especial ao seu artigo 79.

**11.18.** Da decisão da Secretaria Municipal de Saúde de rescindir os Contratos, caberá ao prestador pedido de recurso, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato.

**11.19.** Sobre o pedido de reconsideração, formulado nos termos do subitem anterior, a Secretaria Municipal de Saúde/SUS-PM deverá manifestar-se no prazo de 05 (cinco) dias úteis e terá efeito suspensivo.

**11.20**. Este Contrato ainda poderá ser rescindido, por mútuo acordo entre as partes, atendida a conveniência do Município, mediante termo próprio e medição rescisória, recebendo a Contratada tão somente o valor dos serviços já executados até o momento da rescisão, não cabendo à Contratada nenhum outro tipo de indenização.

**11.21**. No interesse da Contratante poderá ser declarado rescindido este contrato, mesmo que a Contratada não tenha praticado qualquer ato que possa dar causa à rescisão. Neste caso também a Contratada receberá apenas os pagamentos dos serviços já realizados e eventualmente não pagos.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO FORO**

Fica eleito e convencionado, para fins legais e para questões derivadas deste contrato, o Foro da Comarca de Patos de Minas, Estado de Minas Gerais, com renúncia expressa a qualquer outro.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DISPOSIÇÕES GERAIS**

12.1 Fazem parte deste Contrato, como se nele fossem transcritas, as Leis Federais 8.080/90, 8666/93, com suas alterações, o Edital de Chamamento Público processo administrativo 01952/2015 e seus anexos.

12.2 Para constar e valer em todos os seus efeitos de direito, celebrou-se o presente que lido e achado conforme vai pelas partes assinado.

CONTRATANTE CONTRATADO

**ANEXO VIII**

**TERMO DE REFERÊNCIA**

**1 – JUSTIFICATIVA**

A Constituição Federal de 1988 afirma que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem tanto à redução do risco de doença e de outros agravos, quanto ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação. As ações e serviços obedecem aos princípios de:

I – Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II – Integralidade de assistência em todos os níveis de complexidade do sistema e

III – Equidade da assistência à saúde, através da conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos do Estado e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde a população.

**2 - OBJETO**

**2.1.** Constitui objeto deste termo de referencia o Credenciamento de pessoas jurídicas prestadoras de serviços de assistência à saúde em Oncologia, habilitados pelo MS, aos usuários do SUS em conformidade com a Constituição Federal de 1988 em seu artigo 199, § 1º, combinado com o artigo 24 da Lei Federal nº 8.080/1990, interessadas em credenciar-se junto à Secretaria Municipal de Saúde de Patos de Minas, para celebrar **CONTRATO**, de forma complementar, de acordo com a necessidade da SMS/SUS/Patos de Minas e Municípios pactuados, nos termos deste Termo de Referência.

**2.2.** As quantidades previstas para a realização do objeto deste termo de referencia serão contratadas de acordo com as necessidades do gestor, conforme **estimativa mensal** do ANEXO I.

**2.2.1** Os quantitativos físicos e financeiros mensais para cada prestador habilitado serão previstos contratualmente;

**2.2.2** Mediante termo aditivo e, de acordo com a capacidade operacional da CONTRATADA e as necessidades da CONTRATANTE, os contraentes poderão fazer acréscimos ou supressões, em conformidade com a Lei 8666/93, durante o período de sua vigência, incluídas as prorrogações, mediante justificativa aprovada pela contratante.

**2.3.** Os serviços ora contratados estão referidos a uma base territorial populacional, Microrregião Noroeste, conforme PDR-MG/PPI e serão ofertados conforme indicações técnicas de planejamento da saúde, compatibilizando-se demanda e disponibilidade de recursos financeiros do SUS.

**2.4.** Os serviços a serem contratados deverão enquadrar-se nos grupos das Tabelas de Procedimentos constantes no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e no Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), por valores iguais aos definidos pelo Ministério da Saúde.

**2.5**. Para todos os procedimentos, sem exceção, estão inclusos preparos, substâncias químicas, equipamentos, suprimentos de qualquer espécie e instalações físicas necessárias para sua realização, conforme descrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), salvo disposição em contrário prevista expressamente no Contrato.

**3 - CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO**

**3.1.** Poderá participar deste processo qualquer entidade legalmente constituída, que possua matriz ou filial com domicílio no município de Patos de Minas, desde que satisfaça as exigências deste termo de referencia e seus anexos, **preste serviço compatível com o objeto do Credenciamento** e realizem, efetivamente, o serviço ofertado;

**3.2**. Não poderão participar as pessoas jurídicas:

**3.2.1** Concordatárias ou em processo de falência, sob concurso de credores, em dissolução ou em liquidação;

**3.2.2** Que tenham sido declaradas inidôneas por órgão da Administração, Pública, direta ou indireta, federal, estadual, municipal ou do Distrito, Federal, por meio de ato publicado no Diário Oficial da União, do Estado ou do Município, pelo órgão que o praticou, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição;

**3.2.3** Que estejam temporariamente suspensas de participar em licitação ou contratar com a Administração Pública federal, estadual ou municipal;

**3.2.4** Que tenham proprietários, administradores e dirigentes que exercem cargos de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS), conforme disposto no artigo 24, § 4º da Lei Federal nº 8.080/1990 e artigo 9º, inciso III, da Lei Federal nº 8.666/1993;

**3.2.5** Que incorram em outros impedimentos previstos em lei.

**3.3.** Todos os interessados em prestar serviços deverão participar do chamamento, **INCLUSIVE AS EMPRESAS JÁ CREDENCIADAS**, igualmente obrigadas a apresentar a documentação exigida e demonstrar o cumprimento dos requisitos deste termo de referencia e legislação vigente;

**3.4.** Os interessados deverão aceitar os valores de referência à prestação dos serviços constantes da Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde e serão reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes determinados pelo Ministério da Saúde.

**4 – SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO**

**4.1**. A solicitação de credenciamento deverá ser apresentada no envelope, em uma via, datilografada ou impressa por qualquer processo eletrônico, em papel timbrado, com as páginas numeradas e rubricadas, em língua nacional, sem emendas, acréscimos, borrões, rasuras, ressalvas, entrelinhas, ou omissões, devendo ser datada e assinada pelo representante do interessado.

**4.2**. A solicitação deverá conter, na forma e no conteúdo, as exigências deste termo de referencia, e especialmente:

**4.2.1**. Razão social completa do interessado, CNPJ, Inscrição Estadual, Código CNES, endereço, telefone, fax, e e-mail, se houver;

**4.2.2.** Número do Edital do Chamamento Público;

**4.2.3.** Nome e número do Banco e da Agência e número da conta corrente;

**4.2.4.** Proposta de procedimentos máximos ofertados, preenchida de acordo com o modelo contido no ANEXO II;

**4.2.5**. Considerando que o quantitativo de cada procedimento é baseado na Portaria nº 1.631 GM/MS, de 01/10/2015, tratando-se, portanto, de uma estimativa, será considerado para efeito de acompanhamento da execução do contrato o valor financeiro total de cada grupo. Assim, poderá ocorrer, a critério da SMS o remanejamento nos quantitativos dos procedimentos elencados em cada grupo.

**4.3**. O prestador deverá apresentar sua oferta em consonância com sua capacidade técnica operacional, devidamente cadastrada no CNES/Cadastro de Estabelecimento de Saúde.

**4.4**. A Comissão poderá solicitar à Vigilância Sanitária Municipal parecer conclusivo quanto à viabilidade da proposta/oferta do prestador no tocante à capacidade técnica operacional.

**4.5.** Declaração do prestador renunciando expressamente a qualquer pleito ou reivindicação de prestação mínima de serviços, ficando comprometido a manter os quantitativos constantes na proposta de oferta de serviços.

**5 - DO CREDENCIAMENTO DOS INTERESSADOS**

**5.1.** O credenciamento dos prestadores ocorrerá nas seguintes condições:

**5.1.1.** Todo o prestador que atender às condições estabelecidas nesse Termo de Referência e seus Anexos serão credenciados.

**5.1.2.** Os prestadores deverão estar com a documentação exigida neste Termo de Referência, em vigor.

**5.1.3.** Serão selecionados para contratação somente os estabelecimentos de saúde que efetivamente encontram-se em atividade, e com capacidade técnica para prestar serviços segundo o fluxo de autorização e encaminhamentos definidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

**6 - DA DOCUMENTAÇÃO**

Os interessados deverão apresentar os documentos em uma via, listando todos os documentos que deverão ser apresentados em cópia autenticada, ou então em cópias simples, desde que acompanhados do original, para autenticação pela Comissão de Licitação, atualizados e vigentes, entregues conforme abaixo discriminados:

**6.1.** Para a comprovação da Qualificação Técnica referente aos serviços ambulatoriais, médico-hospitalares de Média Complexidade e alta complexidade, os interessados deverão apresentar os seguintes documentos:

**a**. Cópia autenticada da certidão de pessoa jurídica, junto a o Conselho Regional de Medicina, em vigor;

**b**. Cópia autenticada do documento da CI e do CPF do responsável técnico pelo estabelecimento, em vigor;

**c**. Cópia autenticada do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde (CEBAS), expedido pelo Ministério da Saúde ou Lei de Utilidade Pública federal, estadual ou municipal, quando instituições filantrópicas;

**d.** Cópia autenticada do Alvará de Fiscalização da Vigilância Sanitária Municipal, em vigor;;

**e**. Cópia autenticada do Relatório de Inspeção Sanitária atualizado, emitido pela Vigilância Sanitária municipal, dentro do período de um ano;

**f.** Parecer Conclusivo emitido pela Vigilância Sanitária municipal, dentro do período de um ano, constando que o interessado atende às legislações pertinentes para o credenciamento/contratação do(s) serviço(s);

**g.** Ficha Completa do CNES devidamente atualizada, assinada e carimbada, contendo a identificação do assinante.

**6.2.** Em se tratando do serviço de Oncologia apresentar ainda:

**a.** Comprovante de habilitação junto ao Ministério da Saúde, conforme Portarias Ministeriais, que habilitam o interessado a prestar os serviços a serem contratados, em vigor;;

**b**. Documento que comprove a inscrição do responsável técnico do serviço de alta complexidade, no respectivo Conselho Federal e/ou Conselho Regional, em vigor;;

**c**. Cópia do documento que comprove especialidade de todos os profissionais médicos envolvidos na prestação da assistência médico-ambulatorial habilitada, bem como cópia do cartão de inscrição desses profissionais nos respectivos Conselhos;

**6.3.** Em se tratando de serviços laboratoriais, os interessados deverão apresentar também os seguintes documentos:

**a.** Relação de todos os profissionais envolvidos na prestação dos serviços, por categoria com seu respectivo número do Conselho de Classe;

**b**.Documento que comprove a inscrição do responsável técnico do laboratório no respectivo Conselho Federal e/ou Conselho Regional. O responsável técnico é o profissional habilitado para realizar os exames e assinar os laudos emitidos pelo laboratório;

**c.** Apresentar regimento interno ou documento equivalente, atualizado, contemplando a definição e a descrição de todas as suas atividades técnicas, administrativas e assistenciais, responsabilidades e competências;

**d.** Apresentar certificado anual de conformidade e/ou comprovante de participação efetiva em um Programa de Controle Externo da Qualidade nas especialidades dos exames que realiza em sua estrutura física;

**e.** Apresentar relatório de Controle Interno da Qualidade contemplando as análises realizadas;

**f**. Apresentar Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);

**6.4.** Os interessados deverão apresentar ainda os seguintes documentos:

**a**. Declaração indicando o representante legal, que irá assinar o Contrato, apresentado cópia do RG e CPF do mesmo;

**b**. Declaração de inexistência de fato impeditivo da habilitação, ficando o prestador obrigado a declarar a superveniência de qualquer fato, na forma do § 2º, do artigo 32, da Lei 8.666/93;

**c.** Declaração de que a entidade não possui em seu quadro de pessoal empregado(s) menor(es) de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e de dezesseis anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos, nos termos do inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal de 1988 (Lei nº 9.854/1999);

**d**. Declaração de que o(s) proprietário(s) e/ou diretor(es) e/ou provedor(es) do estabelecimento a ser contratado não pertence(m) ao quadro de servidores públicos da SMS-Patos de Minas (artigo 9º, inciso III, da Lei nº 8.666/1993), e nem exerce(m) cargo de chefia ou função de confiança no SUS federal, estadual ou municipal (artigo 26, § 4º da Lei nº 8.080/1990);

**e**. Declaração firmada pelos sócios e/ou diretores da instituição que, expressamente:

- conhecem e aceitam as condições de remuneração dos serviços, na conformidade da Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e Insumos Estratégicos do SUS e de acordo com o programa de repasse e liberação de pagamentos, disponibilizado à Secretaria Municipal da Saúde; e

- tem disponibilidade para prestar atendimento consoante às regras do Conselho Nacional de Saúde e da Comissão Tripartite de Saúde, obedecendo às disposições éticas e técnicas dos respectivos Conselhos Regionais e com as regras de pactuação dos fluxos assistenciais fixadas pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e Secretaria Municipal de Saúde de Patos de Minas, seguindo assim as normas de prestação de serviço no SUS;

**6.5**. Será admitida a subcontratação parcial dos serviços constantes neste termo de referencia, desde que a entidade comunique à SMS-Patos de Minas a existência de serviços subcontratados, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

a. Cópia autenticada do Contrato celebrado entre a entidade interessada e a subcontratada;

b. Declaração da entidade interessada, constando quais e quantos serviços são subcontratados, conforme modelo constante no Anexo V;

c. Documentos da subcontratada conforme disposto nos itens **6.1, 6.2, 6.3 e 6.4** deste termo de referencia.

**6.6.** É vedada a subcontratação total do objeto deste termo de referencia.

**6.7.** A falta de quaisquer dos documentos ou o descumprimento das exigências previstas nos subitens anteriores implicará a INABILITAÇÃO do participante.

**6.8.** A(s) entidade(s) habilitada(s) terá(ão) mera expectativa de direito quanto à sua contratação.

**6.9.** As Declarações exigidas no item **6.4** deverão ser apresentadas em documento original, em papel timbrado ou com carimbo do prestador.

**7 -** **DOS CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO TÉCNICA E DA HABILITAÇÃO**

**7.1 -** Considerar-se-ão aptas à avaliação técnica, que será realizada pela comissão examinadora designada na Portaria Nº 3.515 DE 13/08/2015, as entidades que apresentarem todos os documentos solicitados no **Item 6.**

**7.2 -** As entidades que não atenderem aos requisitos exigidos pelo presente termo de referencia serão consideradas inabilitadas;

**7.3 -** A Secretaria Municipal de Saúde poderá celebrar contrato de prestação de serviço, de acordo com estabelecido neste termo de referencia, com as entidades consideradas habilitadas;

**7.4 -** A Secretaria Municipal de Saúde não se obriga a contratar todos os serviços oferecidos, mas a quantidade viável para atender a demanda da população residente na área de abrangência da Gestão do SUS no Município de Patos de Minas e disponibilidade orçamentária e financeira.

**8 – DO PREÇO, DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA e RECURSOS FINANCEIROS**

**8.1.** O prestador somente fará jus aos valores correspondentes aos serviços previamente encaminhados, autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde, e efetivamente prestados.

**8.1.1.** As propostas de ofertas de serviços aprovadas provenientes deste Termo de Referencia, não implicarão em nenhuma previsão de crédito em favor do prestador;

**8.1.2.** Os valores estipulados dos procedimentos serão reajustados na mesma proporção, índices, e épocas dos reajustes concedidos pelo Ministério da Saúde.

**8.1.3.** Vedação expressa de pagamento de qualquer sobretaxa em relação aos valores na Tabela SUS e as referidas Portarias.

**8.2.** Os recursos financeiros necessários para a celebração dos contratos estão incluídos no TETO FINANCEIRO DO MUNICÍPIO DE PATOS DE MINAS, por meio de repasses do Fundo Nacional de Saúde – FNS para o Fundo Municipal de Saúde, conforme Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, Deliberação CIB SUS-MG nº 404 de 06 de dezembro de 2007 ou outras Portarias que venham a atualizá-las.

**8.3.** A variação do valor contratual para fazer face ao reajuste de preços da Tabela de Procedimentos Medicamentos OPM do SUS, compensações ou penalizações financeiras bem como o empenho de dotações orçamentárias suplementares até o limite do seu valor corrigido, podem ser registrados por simples apostila, dispensando a celebração de aditamento, por tratar-se de ajuste dos valores unitários da Tabela estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

**8.4.** As despesas decorrentes de atendimento ambulatorial, médico-hospitalar e SADT, consignadas nos Sistemas de Informações SIA/SIHD/SUS, tem valor anual estimado de até R$ 4.326.233,16(Quatro milhões trezentos e vinte e seis mil duzentos e trinta e três reais e dezesseis centavos), conforme estimativa financeira constante na FICHA DE PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA – FPO, sendo a estimativa de R$20.655,00(vinte mil seiscentos e cinquenta e cinco reais) anuais para os procedimentos financiados pelo FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS E COMPENSAÇÃO – FAEC e o limite de R$4.305.578,16(Quatro milhões trezentos e cinco mil quinhentos e setenta e oito reais e dezesseis centavos) anuais para os procedimentos de MÉDIA COMPLEXIDADE e ALTA COMPLEXIDADE da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, que serão custeados pela CONTRATANTE, com recursos repassados mensalmente ao FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – FMS pelo FUNDO NACIONAL DA SAÚDE – FNS, classificado como BLOCO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – MAC.

**8.5.** As despesas decorrentes das contratações correrá por conta da dotação orçamentária abaixo, referente ao orçamento vigente e, nos próximos exercícios, a conta de dotação própria.

09.01.00.10.302.0022.2.0117 (1.114) - Aquisição de Serviços Ambulatoriais e Hospitalares

Fonte de Recursos Federal: 01.0049.0100.0000 - Média e Alta Complexidade.

Fonte de Recursos Estadual: 01.0055.0207.0000 - Outras Rec. Média e Alta Complexidade.

Fonte de Recursos Municipal: 01.0002.0000.0000 - Rec. Imp. e Transf. Imp. Vinc. à Saúde.

**9 - DA VIGÊNCIA**

**9.1.** A vigência do Contrato será de pelo período de 12 (doze) meses a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por períodos subsequentes, desde que obedecidas às mesmas condições estipuladas no Instrumento Contratual, até o limite de 60 (sessenta) meses, anuência da credenciada, nos termos do inciso II, do art. 57, da Lei Federal 8.666/93.

**9.2**. A continuação da prestação de serviços nos exercícios financeiros subseqüentes ao presente, respeitando prazo de vigência do Contrato, fica condicionada à aprovação das dotações próprias para as referidas despesas no orçamento do Fundo Municipal da Saúde – FMS *e* do FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS E COMPENSAÇÕES – FAEC.

**10 – DA CONTRATAÇÃO DOS SERVIÇOS**

**10.1.** Entre todas as entidades habilitadas, a preferência legal para contratação é das entidades privadas sem fins lucrativos e as entidades filantrópicas, sendo que as entidades privadas com fins lucrativos somente serão contratadas quando as primeiras não possuírem condições e/ou interesse em absorver a totalidade dos serviços.

**10.2.** Caso seja habilitada mais de uma entidade que se enquadre na mesma natureza jurídica (entidades privadas sem fins lucrativos e as entidades filantrópicas ou entidades privadas com fins lucrativos) deverá ser celebrado contrato com todas elas, sendo o recurso financeiro dividido igualmente, podendo obedecer a capacidade operacional de cada um, desde que devidamente demonstrado e fundamentado pela comissão examinadora designada na Portaria Nº 3.515 DE 13/08/2015.

**10.3.** Como exigências imprescindíveis para a formalização e manutenção do Contrato, a entidade habilitada deverá atender às seguintes condições:

**a**. Atender às normas deste termo de referencia e seus Anexos;

**b.** Realizar os serviços de acordo com as tabelas SIA/SUS e SIH/SUS vigentes;

**c.** Manter em suas instalações físicas arquivo permanente dos prontuários dos pacientes SUS contendo material biológico, material patológico, mapas de trabalho, arquivos dos exames de imagens acompanhados dos respectivos laudos;

**d.** Apresentar qualquer documento prontamente, sempre que solicitado pela SMS - Patos de Mina - MG, no prazo máximo de cinco dias úteis, sob pena de rescisão contratual.

**10.4.** A entidade que for contratada deverá informar à SMS - Patos de Mina - MG, de imediato, qualquer alteração em suas instalações físicas ou endereço de atendimento, que analisará a conveniência de manter os serviços prestados em outro endereço, bem como qualquer alteração do capital social da entidade ou de sua composição societária, com a apresentação do documento modificativo, sob pena de descredenciamento da Contratada.

**10.5.** A mudança do responsável técnico pelo serviço também deverá ser comunicada à Secretaria Municipal de Saúde.

**10.6.** Na ocorrência das situações previstas nos subitens **10.4 e 10.5**, deverá ser procedida alteração cadastral no CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, junto à Vigilância Sanitária da SMS - Patos de Mina - MG.

**10.7.** Alterações cadastrais que impliquem mudanças de preço na Planilha de Oferta de Serviços aprovada devem ser previamente autorizadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

**11 - DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS**

Para o cumprimento do objeto deste contrato, o CONTRATADO obriga-se a oferecer ao usuário os recursos necessários a seu atendimento, conforme discriminação abaixo:

**11.1** - Assistência médico-ambulatorial, compreendendo:

a) Atendimento médico, por especialidade, com realização de todos os procedimentos específicos necessários para cada área, incluindo os de rotina, urgência ou emergência;

b) Assistência social;

c) Atendimento odontológico, quando disponível;

d) Assistência farmacêutica, de enfermagem, de nutrição e outras, quando indicadas.

**11.2** - Assistência técnico-profissional e hospitalar, compreendendo:

a) todos os recursos de diagnóstico e tratamento disponíveis necessários ao atendimento dos usuários do SUS;

b) encargos profissionais (incluindo plantonistas) e nosocomiais necessários;

c) utilização de sala de cirurgia, material e serviços do centro cirúrgico e instalações correlatas;

d) medicamentos receitados e outros materiais utilizados, sangue e hemoderivados;

e) serviços de enfermagem;

f) serviços gerais;

g) fornecimento de roupa hospitalar;

h) alimentação com observância das dietas prescritas;

i) procedimentos especiais, como hemodiálise, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, endoscopia e outros necessários ao adequado atendimento do usuário, de acordo com a capacidade instalada e complexidade do CONTRATADO.

# 11.3. Os serviços devem obedecer às legislações vigentes, ou outras que venha a substituí-las:

- **RESOLUÇÃO – RDC/ANVISA Nº 220, DE 21 DE SETEMBRO DE 2004** - Aprovar o Regulamento Técnico de funcionamento dos Serviços de Terapia Antineoplásica;

- **PORTARIA GM/MS Nº 2.439, DE 8 DE DEZEMBRO DE 2005** - Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão;

- **PORTARIA SAS/MS Nº 741, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2005** - Define as unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades;

# - PORTARIA Nº 874, DE 16 DE MAIO DE 2013, Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

# - Portaria nº 876/SAS/MS, de 16 de maio de 2013, Dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

# - PORTARIA Nº 140, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2014, que redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

**11.4.** Os interessados são responsáveis pela continuidade do tratamento dos pacientes, inclusive nos finais de semanas e de feriados.

**12 – DAS OBRIGAÇÕES DOS PRESTADORES**

Para o cumprimento do objeto desta contratualização, a CONTRATADA obriga-se a prestar os serviços em estrita observância às exigências contidas neste termo de referencia, devendo:

**12.1** - Manter a disposição do SUS a capacidade total ofertada neste Contrato;

12.2 - Assegurar o cumprimento integral das normas e diretrizes do SUS, assim como de normas complementares estaduais e municipais, no que couber;

**12.3** - Ofertar os serviços contratados de acordo com as legislações pertinentes ao objeto deste contrato;

**12.4** - Atender as diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH;

**12.5** - Submeter-se a avaliações sistemáticas, de acordo com o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS e promover as adequações necessárias, quando for o caso;

**12.6** - Assegurar o funcionamento, em perfeitas condições, dos serviços ora propostos e nos casos que demandarem a utilização de equipamentos que porventura venham a apresentar defeito técnico ou que necessitem de intervalos de uso para a manutenção ou substituição, bem como a ausência temporária de profissionais, deverão ser comunicados imediatamente à SECRETARIA com proposta de solução **visando a não interrupção da assistência**.

**12.7** - Garantir quadro de recursos humanos qualificado e compatível aos serviços ora contratados, de modo que a prestação se dê de forma contínua e ininterrupta;

**12.8** - Manter afixado em lugar visível placa informando que a CONTRATADA atende pelo SUS e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;

**12.9** - Atender o usuário do SUS com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo a qualidade na prestação de serviços. Disponibilizando acesso único aos usuários, não importando se o atendimento se dará através do SUS ou por qualquer outro tipo de convênio;

**12.10 -** É vedada a cobrança dos serviços, direta ou indiretamente ao usuário, no que tange aos serviços cobertos pelo SUS, assim como solicitar doações em dinheiro ou que o mesmo forneça material ou medicamento para exames.

**12.11** - Responder pelas obrigações fiscais, eventualmente devidas, de qualquer natureza, relativa à equipe, sendo-lhe defeso invocar a existência desse Contrato para tentar eximir-se daquelas obrigações ou transferi-las à CONTRATANTE;

**12.12** - Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados, disponibilizando a qualquer momento à CONTRATANTE e auditorias do SUS as fichas e prontuários dos usuários do SUS, que deverão estar em conformidade com as Resoluções dos Conselhos de Classe pertinentes e a Portaria MS/SAS 389/2014, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados;

**12.13** - Garantir as condições técnicas e operacionais para a manutenção das licenças e alvarás nas repartições competentes, necessárias à execução dos serviços objeto do presente Contrato, bem como do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES;

**12.14** - Arcar com todo e qualquer dano ou prejuízo, de qualquer natureza, causados à CONTRATANTE e/ou a terceiros por sua culpa ou em conseqüência de erros, imperícia própria ou de auxiliares, que estejam sob sua responsabilidade na execução dos serviços contratados;

**12.15** - Garantir a desinfecção, esterilização e antissepsia, em perfeitas condições com as normas técnicas vigentes, bem como assegurar o uso adequado dos equipamentos. E em sua sede própria deverá, também, garantir o funcionamento das instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral, para a correta prestação dos serviços ora contratados.

**12.16** - Alimentar o Sistema de Informações Ambulatorial e Hospitalar (SIA e SIHD) para registro das informações dos serviços prestados, obedecendo aos prazos, fluxos e rotinas de entrega da produção à CONTRATANTE; ou outro sistema de informações que venha a ser implementado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em substituição ou complementar a este;

**12.17** - Não negar atendimento ao paciente encaminhado pela CONTRATANTE, no que se refere aos serviços ora contratados;

**12.18** – A contratada responderá, exclusiva e integralmente, pela utilização de pessoal para a execução do objeto contratado, incluído os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a Secretaria Municipal de Saúde, bem como responderem pela solidez e segurança dos serviços;

**12.19** - A fiscalização ou o acompanhamento da execução deste contrato pelos órgãos competentes da CONTRATANTE não exclui, nem reduz, a responsabilidade da CONTRATADA, nos termos da legislação vigente;

**12.20** - A responsabilidade de que trata esta Cláusula estende-se aos casos de danos causados por defeitos relativos à prestação dos serviços, nos estritos termos do art. 14 da Lei 8.078, de 11/09/90 (Código de Defesa do Consumidor).

**12.21** - A Contratada deverá fazer comunicação imediata a Contratante de qualquer mudança de responsável técnico.

**12.22** - Submeter-se aos critérios de autorização e regulação estabelecidos por esta SMS;

**12.23** - Manter, durante a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações anteriores e com as condições de habilitação exigidas neste instrumento;

**12.24** - A Contratada obriga-se a enviar à Central de Marcação de Consulta/CMCE/SMS a escala de consultas disponibilizadas, conforme critérios da CMCE/SMS.

**12.27** - O contratado deverá fornecer, semanalmente, à Diretoria de Regulação da SMS os pedidos dos exames devidamente assinados pelos pacientes, juntamente com o valor total destes pedidos. Este procedimento deverá ser realizado até as 14:00 horas da quarta-feira da semana subseqüente ao período avaliado. No caso de feriado o contratado deverá entregar a documentação no primeiro dia útil imediatamente anterior.

**12.26 -** Providenciar imediata correção das não conformidades apontadas pela Secretaria Municipal de Saúde, quando da execução e qualidade da assistência.

**12.27** **-** Esclarecer ao usuário do SUS sobre seus direitos e assuntos pertinentes oferecidos.

**12.28** **-** Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar a prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

**12.29 -** Justificar à SECRETARIA, ao paciente, ou seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional necessário à execução dos procedimentos previstos neste Edital.

**12.30 -** Garantir a confidencialidade e confiabilidade dos dados e informações dos pacientes.

**12.31 -** Não utilizar, nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação, sem aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, segundo art. 7º, inciso II da Resolução nº. 196 do Conselho Nacional de Saúde de 10.10.1996.

**12.32 -** São, ainda, obrigações dos prestadores de serviços de saúde ao SUS/Patos de Minas:

**12.33** -Informar à Secretaria Municipal de Saúde, quaisquer alterações: razão social, controle acionário, mudança de Diretoria, Estatuto e de endereço, através de fotocópia autenticada da Certidão, da Junta Comercial ou do Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas, efetuando a devida atualização junto à SMS Patos de Minas e a CNES;

**12.34** - Cumprir, dentro dos prazos estabelecidos, as obrigações assumidas por força deste termo de referência;

**12.35** - Permitir acesso dos supervisores, auditores e outros profissionais, eventual ou permanentemente designados pela Secretaria Municipal de Saúde, para supervisionar, acompanhar e auditar a execução dos serviços prestados.

**12.36** - Contribuir para a melhoria da qualidade da assistência informando à Diretoria de Regulação e ao Controle e Avaliação Ambulatorial da Secretaria Municipal de Saúde sobre não conformidades detectadas nas solicitações e encaminhamentos de exames pela Rede Municipal ao serviço.

**12.37 -** Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização, da auditoria e da normatividade suplementar exercidos pela Secretaria Municipal de Saúde sobre a execução do objeto do Contrato, fica desde já reconhecida a prerrogativa de controle e a autoridade normativa nos termos da Lei Federal nº. 8.080/90, do Decreto Federal nº. 1.651/95.

**13 – DAS OBRIGAÇÕES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**13.1.** Credenciar, perante o prestador, mediante documento hábil, o servidor autorizado a solicitar, acompanhar, supervisionar, fiscalizar e auditar os procedimentos e a execução dos serviços de saúde nos termos do Decreto Municipal nº 2.360/01 e Lei Complementar 45 de 31/01/97.

**13.2.** Periodicamente vistoriar as instalações da entidade prestadora de serviços, para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas comprovadas na ocasião da assinatura do Contrato.

**13.3.** Estabelecer mecanismos de controle da oferta e demanda de ações e serviços de saúde

**13.4.** Exercer o controle e avaliação dos serviços prestados, autorizando os procedimentos a serem realizados.

**13.5.** Transferir os recursos previstos neste Contrato à CONTRATADA, conforme Cláusula Oitava deste termo, correspondente aos serviços efetivamente prestados.

**13.6.** Prestar esclarecimentos e informações à CONTRATADA que visem orientá-la na correta prestação dos serviços pactuados, dirimindo as questões omissas neste instrumento assim como lhe dar ciência de qualquer alteração no presente Contrato.

**13.7.** Esclarecer aos pacientes do SUS/Patos de Minas e Municípios pactuados sobre seus direitos e prestar todas as informações necessárias, pertinentes aos serviços ofertados pela Contratada.

**13.8.** Monitorar o funcionamento do estabelecimento de saúde do prestador, notificando o prestador, fixando-lhe prazo para corrigir defeitos ou irregularidades encontradas.

**13.9.** Providenciar a publicação do extrato do Contrato no Diário Oficial do Estado - DOE, no prazo estabelecido no parágrafo único, do artigo 61, da Lei Federal nº. 8.666/93.

**14 – DO DESCREDENCIAMENTO**

**14.1.** Durante a prestação dos serviços, o prestador fica proibido de:

**14.1.1.** Cobrar qualquer sobretaxa em relação à tabela de preços do SUS;

**14.1.2.** Cobrar quaisquer serviços, direta ou indiretamente ao usuário;

**14.1.3.** Solicitar e/ou exigir que o usuário assine fatura ou guia de atendimento em branco;

**14.1.4.** Solicitar qualquer tipo de doação;

**14.1.5** Não atendimento a solicitação de esclarecimento encaminhada pela Regulação, Controle e Avaliação, Auditoria da SMS sobre atendimento do usuário.

**14.1.6.** Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa do prestador poderá ensejar a rescisão do contrato.

**14.1.7.** Atraso injustificado na execução da prestação do serviço, bem como a sua paralisação sem justa causa e prévia comunicação à SMS/SUS/Patos de Minas.

**14.1.7.** O atraso na entrega dos pedidos de exames na Regulação da SMS em até 05 (cinco) remessas ao longo do ano ou 03 (três) remessas consecutivas.

**14.1.8.** Desempenho insatisfatório do prestador.

**14.2.** O prestador será descredenciado nos casos de descumprimento de regras e condições fixadas para o atendimento, sendo excluído do rol de credenciados de forma imediata.

**15**. **DA VISTORIA TÉCNICA**

**15.1** As instituições contratadas deverão cumprir, durante toda a execução, todos os requisitos exigidos para habilitação e poderão ser vistoriadas por representantes da SMS - Patos de Mina - MG a qualquer momento, sem aviso prévio.

**15.2** Durante a vistoria técnica, além da comprovação da veracidade das informações prestadas pela instituição no processo de habilitação, poderão ser analisados os itens descritos no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), a fim de validar tais informações.

**15.3** A vistoria técnica não será pressuposto para habilitação, entretanto a divergência entre as informações prestadas pelo interessado e o certificado através da vistoria técnica poderá acarretar na rescisão do Contrato eventualmente firmado com o Município, sem prejuízo da imposição das penalidades legais.

**16 – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

**16.1.** A inobservância, pelo prestador de cláusula(s) ou obrigação (ões) constantes do Contrato a ser firmado, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, ensejará à Secretaria Municipal de Saúde, garantido o direito de defesa prévia, aplicação, em cada caso, das sanções previstas na Lei nº. 8.666/93 e no Regulamento do Sistema Municipal de Auditoria do SUS/Patos de Minas:

**16.1.1. Advertência escrita**: Cabe advertência em faltas leves, que não constituírem dolo ou naquelas que não implicarem em prejuízo direto ao usuário, nem em ato lesivo ao SUS, apenas caracterizando negligência gerencial.

**16.1.2. Multa**: A multa de 2% a 5% do valor anual do ajuste, imposta ao prestador de serviços pela inexecução total ou parcial das obrigações ou pelo atraso na sua execução.

**16.1.2.1.** Até 2% (dois por cento) sobre o valor anual do Contrato, por atraso na execução das obrigações assumidas;

**16.1.2.2.** Até 3% (três por cento) sobre o valor anual do Contrato, por inexecução parcial das obrigações assumidas;

**16.1.2.3.** Até 5% (cinco por cento) sobre o valor anual do Contrato, por inexecução total das obrigações assumidas;

**16.1.2.4. Multa-dia** de 1/30(um trinta avos) a 10/30 (dez trinta avos) do valor mensal do Contrato, por negligência, imprudência ou conduta faltosa (dolosa ou não) do prestador ou ainda:

**a)** Por contas julgadas irregulares de que resulte débito, nos Termos da comprovação da auditoria realizada;

**b)** Por irregularidade que resulte dano ao Fundo Municipal de Saúde/FMS ou ao erário, decorrente de ato ilegítimo ou antieconômico;

**c)** Por infração à norma legal ou regulamentar do SUS, de natureza operacional, contábil ou financeira.

**16.1.3. Suspensão temporária**

**16.1.3.1.** Cabe suspensão temporária de encaminhamento do usuário do SUS à assistência médico-hospitalar, ambulatorial, apoio diagnóstico terapêutico, por reincidência nas infrações, ou seja, naquelas ações que resultem em danos pecuniários ao SUS, ou naquelas que infringem as normas reguladoras do sistema de saúde de natureza operacional, administrativa ou contratual ou naquelas que levarem prejuízos à assistência do usuário. A aplicação desta penalidade é de competência do Secretário Municipal de Saúde.

**16.1.3.2.** Cabe suspensão temporária para contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação, perante a própria autoridade que aplicou a penalidade: a aplicação dessa penalidade é de competência do Secretário Municipal de Administração.

**16.2.** A imposição das sanções previstas no item **16** ocorrerá depois de efetiva auditagem assistencial ou inspeção, e dela será notificado o prestador.

**16.3.** Os valores pecuniários relativos às alíneas do subitem **16.1.2** serão ressarcidos à SMS/Patos de Minas, através de desconto efetuado em créditos existentes do faturamento Ambulatorial/Hospitalar do prestador de serviços do SUS, após o envio do processo de Auditoria com a devida instrução da aplicação da penalidade devida.

**16.4.** Na aplicação das penalidades previstas nos subitens **16.1.1, .16.1.2 e 16.1.3**, o prestador poderá interpor recurso administrativo, dirigido às autoridades competentes, nos prazos determinados pela lei e Regulamentação de Controle e Auditoria do SUS-MG.

**16.5. Declaração de inidoneidade** para contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação, perante a própria autoridade que aplicou a penalidade: a aplicação dessa penalidade é de competência do Secretário Municipal de Administração.

**17 – DA APRESENTAÇÃO DAS FATURAS E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

**17.1.** A Contratada fica obrigado a apresentar a produção sob a forma de Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPAC), Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPAI), Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC) e outros que vierem a sucedê-los, ou, que a estes forem acrescidos, bem como as Folhas de Estatística Mensal de Diálise e Folhas de controle individual de freqüência em tratamento de diálise (CFID), no quinto dia útil de cada mês subseqüente à prestação dos serviços, obedecendo os prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e devidamente gerenciados pela Contratante.

**17.2.** A Contratante fica responsável pelo envio dos dados de produção da Contratada ao DATASUS, que após consistência dos mesmos, irá gerar os valores de produção aprovados.

**17.3.** Após a revisão dos documentos e sua aprovação a Contratante efetuará o pagamento do valor apurado.

**17.4.** As cobranças rejeitadas quanto ao mérito serão objeto de análise pela Diretoria de Regulação da SMS/SUS/Patos de Minas, ficando à disposição do prestador de serviços, que terá um prazo de 30 (trinta) dias, a contar do pagamento efetuado, para apresentar recurso. Caso a decisão seja favorável ao prestador as cobranças poderão ser reapresentadas através dos sistemas do MS - BPAC, BPAI, APAC;

**17.5.** Serão descontados no processamento apresentado, os procedimentos glosados pelas revisões técnica e administrativa.

**17.6.** Caso os pagamentos rejeitados já tenham sido efetuados, fica a Secretaria Municipal de Saúde/SUS-PM, autorizada a debitar o valor pago indevidamente no mês seguinte, através do BDP/Boletim de Diferença de Pagamento no SAI/SIHD-SUS.

**17.7**. O pagamento dos serviços ambulatoriais prestados de acordo com as Programações Pactuadas e Integradas, aprovadas pelas Comissões Intergestores Bipartite e regularmente faturados com contrato válido e vigente, até o quinto dia útil, após o cumprimento pelo Ministério da Saúde das seguintes condições:

a) crédito na conta bancária do Fundo Municipal de Saúde, pelo Fundo Nacional de Saúde e pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC.

b) disponibilização dos arquivos de processamento no SAI/SIHD-SUS nos sites dos respectivos sistemas de informação, pelo DATASUS.

**Parágrafo Único - O prazo de 05 (cinco) dias úteis contará a partir da data em que se efetivar a última das condições referidas.**

**17.8.** O não cumprimento pelo Ministério da Saúde de repassar os recursos correspondentes aos valores constantes neste Contrato não transfere para a Contratante a obrigação de pagar os serviços ora contratados, os quais são de responsabilidade do Ministério da Saúde para todos os efeitos legais.

**18. DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO**

Observado o disposto no artigo 67 da Lei nº 8.666/93, a gestão/fiscalização do contrato será realizada por servidores devidamente designados em Portaria especifica pela Prefeitura de Patos de Minas.

**18.1.** A Comissão de que trata esta cláusula poderá incluir representantes da CONTRATADA;

**18.2.** As atribuições desta Comissão, dentre outras, serão de acompanhar a execução do presente Contrato;

**18**.**3**. A CONTRATADA fica obrigada a fornecer à Comissão de Acompanhamento todos os documentos e informações necessárias ao cumprimento de suas finalidades;

**18.4**. A existência da Comissão mencionada nesta Cláusula não impede nem substitui as atividades próprias do Sistema Nacional de Auditoria (Federal, Estadual e Municipal).

**18.5.** A execução do presente contrato será avaliada pelos órgãos competentes do SUS, mediante procedimentos de supervisão, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste instrumento.

**19 – DISPOSIÇÕES GERAIS**

**19.1.** O presente Credenciamento poderá ser revogado, no todo ou em parte, por razões de interesse público derivadas de fato superveniente devidamente comprovado, pertinente e suficiente para justificar tal conduta. Devendo ser anulado por ilegalidade, de ofício ou por provocação de terceiros mediante ato escrito e fundamentado, sem que caiba a qualquer prestador direito à indenização, garantidos o contraditório e a ampla defesa, nos termos do § 3º, do artigo 49, da Lei nº. 8666/93.

**19.2.** Será facultado à Comissão de Licitação e a Diretoria de Regulação ou à autoridade superior, em qualquer fase do procedimento, promover diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo, bem como solicitar a órgãos competentes a elaboração de pareceres técnicos destinados a fundamentar a decisão.

**19.3**. A Comissão de Licitação, após receber e conferir a documentação encaminhará o processo de credenciamento à comissão nomeada pela Portaria 3.515 de 13 de agosto de 2015, que emitirá parecer técnico sobre a avaliação dos documentos e propostas apresentadas pelos prestadores e, mediante este posicionamento serão adotados pela Comissão de Licitação os procedimentos necessários para a devida instrução processual.

**19.4.** Estarão impedidos de participarem deste Credenciamento as entidades interessadas cujos sócios e/ou representantes se enquadrarem nas situações dispostas no artigo 9º, da Lei Federal nº. 8.666/93 e/ou § 4º, do artigo 26, da Lei Federal nº. 8.080/90.

**19.5.** A Secretaria Municipal de Saúde poderá, em casos específicos e sob critérios definidos em normatização complementar, determinar a realização de auditoria.

**19.6.** Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa do prestador poderá ensejar a rescisão do Contrato proveniente deste Termo de Referencia ou a revisão das condições ora estipuladas.

**19.7.** A fiscalização exercida pela Secretaria Municipal de Saúde/SUS-PM sobre os serviços que vierem a ser contratados não eximirá o prestador da sua plena responsabilidade perante a Secretaria Municipal de Saúde ou para com os usuários e a terceiros, decorrentes de culpa ou dolo na execução do Instrumento proveniente deste Termo de Referencia.

**19.8.** O prestador facilitará à Secretaria Municipal de Saúde o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores da Secretaria Municipal de Saúde designados para tal fim.

**19.9.** O credenciado poderá denunciar o ajuste, a qualquer tempo, bastando para tanto, notificar a Administração, com antecedência de 90 (noventa) dias.

**19.10.** Constituem motivos para rescisão ou denúncia dos Contratos a serem firmados o nãocumprimento de quaisquer de suas cláusulas e condições, bem como os motivos previstos naLei Federal nº. 8.666/93, sem prejuízo das multas cominadas no item **14**, quais sejam:

**19.10.1.** O não cumprimento de cláusulas contratuais;

**19.10.2.** Cobrar qualquer sobretaxa em relação à tabela de preços;

**19.10.3.** Cobrar quaisquer serviços, direta ou indiretamente ao usuário;

**19.10.4.** Solicitar e/ou exigir que o usuário assine fatura ou guia de atendimento em branco;

**19.10.5.** Solicitar qualquer tipo de doação;

**19.10.6.** O atraso injustificado no início do serviço;

**19.10.7.** A paralisação do serviço sem justa causa e prévia comunicação à Administração;

**19.10.8.** O atraso na entrega dos pedidos de exames na Regulação da SMS/PM em até 05 (cinco) remessas ao longo do ano ou 03 (três) remessas consecutivas;

**19.10.9.** Desempenho insatisfatório do prestador;

**19.10.10.** Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa do prestador poderá ensejar a rescisão do contrato.

**19.10.11 -** Não atendimento a solicitação de esclarecimento encaminhada pela Diretoria de Regulação, Gerência de Controle e Avaliação, Gerência de Auditoria e/ou autoridade superior da CONTRATANTE sobre o atendimento do usuário;

**19.10.12 -** O não atendimento das determinações regulares do Supervisor/Auditor designado para acompanhar e fiscalizar a sua execução, assim como, as de seus superiores;

**19.10.13 -** O cometimento reiterado de faltas na sua execução;

**19.10.14 -** Razões de interesse público, de alta relevância e amplo conhecimento, justificadas e determinadas pelo Gestor do SUS/Patos de Minas e Municípios pactuados;

**19.10.15 -** Nos casos enumerados nos incisos IX, X, XI, XIV, XV, XVII e XVIII, do artigo 78, da Lei Federal nº. 8.666/93.

**19.11 -** Em caso de rescisão ou denúncia, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, a critério da Secretaria Municipal de Saúde, será observado o prazo de até 180 (cento e oitenta) dias para ocorrer a rescisão. Se neste prazo o prestador negligenciar na prestação dos serviços que vierem a ser contratados, a multa poderá ser duplicada.

**19.12 -** A rescisão do Contrato será determinada pelo Gestor do SUS/Patos de Minas e exarada no processo administrativo competente, assegurado o contraditório e a ampla defesa, tudo com vista ao disposto na Lei Federal nº. 8.666/93, em especial ao seu artigo 79.

**19.13 -** Da decisão da Secretaria Municipal de Saúde de rescindir os Contratos, caberá ao prestador pedido de recurso, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato.

**19.14 -** Sobre o pedido de reconsideração, formulado nos termos do subitem anterior, a Secretaria Municipal de Saúde/SUS-PM deverá manifestar-se no prazo de 05 (cinco) dias úteis e terá efeito suspensivo.

**19.15 -** Qualquer alteração do Contrato desde que legalmente permitido será objeto de Termo Aditivo.

**19.16 -** Os Contratos que vierem a ser assinados serão publicados, por extrato, no Diário Oficial do Estado de Minas Gerais, no prazo estabelecido pelo parágrafo único, do artigo 61, da Lei Federal 8.666/93.

**19.7** - São partes do presente Termo de Referencia, dele fazendo parte, como se nele fossem transcritos os seguintes Anexos:

ANEXO I - Tabela de Procedimentos, OPM a serem contratualizados.

ANEXO II - Proposta de Procedimentos Ofertados

**19.18** - Este documento e seus anexos foram elaborados pelas servidoras: Brenda Alice Parreira – TNS/Administradora – matricula 5097 e Sthefane Christina Silva Rodrigues – TNS/Enfermeira – matricula 21.374..

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

**Libia Mohamed Sammour**

Diretora de Regulação

Matrícula 23653

**ANEXO I**

**TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E OPM DO SUS.**

A quantidade abaixo prevista para os serviços de saúde hospitalares e/ou ambulatoriais em Oncologia foi elaborada em virtude de registros históricos visando tão somente a formação do valor total da demanda dos serviços desta especialidade, mas não se limita a um número exato de atendimento de cada procedimento, haja vista a imprevisibilidade da necessidade de cada paciente em tratamento, sendo que todos constam da tabela SIGTAP-SUS.

**FICHA DE PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA – FPO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **GRUPO 02 - PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | |
| **SUBGRUPO 01 - COLETA DE MATERIAL** | | | | |
| **FO 01 - COLETA DE MATERIAL POR MEIO DE PUNÇÃO BIÓPSIA** | | | | |
|  |  | **Programado** | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0201010020 | BIÓPSIA / PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE | 12 | R$ 14,10 | R$ 169,20 |
| 0201010046 | BIÓPSIA DE ANÛS E CANAL ANAL | 12 | R$ 18,46 | R$ 221,52 |
| 0201010151 | BIÓPSIA DE ENDOMÉTRIO | 12 | R$ 18,33 | R$ 219,96 |
| 201010194 | BIÓPSIA DE FARINGE | 12 | R$ 19,06 | R$ 228,72 |
| 0201010224 | BIÓPSIA DE GÂNGLIO LINFÁTICO | 12 | R$ 46,19 | R$ 554,28 |
| 0201010305 | BIÓPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DA CINTURA ESCAPULAR (POR AGULHA / CÉU ABERTO) | 12 | R$ 182,75 | R$ 2.193,00 |
| 0201010313 | BIÓPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DA CINTURA PÉLVICA (POR AGULHA / CÉU ABERTO) | 12 | R$ 183,39 | R$ 2.200,68 |
| 0201010321 | BIÓPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DE MEMBRO INFERIOR (POR AGULHA / CÉU ABERTO) | 12 | R$ 188,78 | R$ 2.265,36 |
| 0201010330 | BIÓPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DE MEMBRO SUPERIOR (POR AGULHA / CÉU ABERTO) | 12 | R$ 188,26 | R$ 2.259,12 |
| 0201010348 | BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE | 12 | R$ 23,99 | R$ 287,88 |
| 0201010364 | BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE | 12 | R$ 14,66 | R$ 175,92 |
| 0201010372 | BIÓPSIA DE PELE E PARTES MOLES | 12 | R$ 25,83 | R$ 309,96 |
| 0201010380 | BIÓPSIA DE PÊNIS | 12 | R$ 18,33 | R$ 219,96 |
| 0201010399 | BIÓPSIA DE PIRÂMIDE NASAL | 12 | R$ 18,33 | R$ 219,96 |
| 0201010402 | BIÓPSIA DE PLEURA (POR AGULHA / PLEUROSCOPIA) | 12 | R$ 113,68 | R$ 1.364,16 |
| 0201010410 | BIÓPSIA DE PRÓSTATA | 33 | R$ 92,38 | R$ 3.048,54 |
| 0201010470 | BIÓPSIA DE TIREÓIDE OU PARATIREÓIDE | 12 | R$ 23,73 | R$ 284,76 |
| 0201010500 | BIÓPSIA DE VAGINA | 12 | R$ 18,33 | R$ 219,96 |
| 0201010518 | BIÓPSIA DE VULVA | 12 | R$ 18,33 | R$ 219,96 |
| 0201010569 | BIÓPSIA/EXÉRESE DE NÓDULO DE MAMA | 12 | R$ 35,00 | R$ 420,00 |
| 0201010585 | PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA | 12 | R$ 33,24 | R$ 398,88 |
| 0201010607 | PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA GROSSA | 13 | R$ 68,43 | R$ 889,59 |
| 0201010631 | PUNÇÃO LOMBAR | 12 | R$ 7,04 | R$ 84,48 |
| 0201010640 | PUNÇÃO P/ ESVAZIAMENTO | 12 | R$ 7,04 | R$ 84,48 |
| **TOTAL** | | **310** |  | **R$ 18.540,33** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | |
| **FO 1 - EXAMES BIOQUÍMICOS** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0202010023 | DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO | 16 | R$ 2,01 | R$ 32,16 |
| 0202010040 | DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (2 DOSAGENS) | 1 | R$ 3,63 | R$ 3,63 |
| 0202010074 | DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA CLÁSSICA (5 DOSAGENS) | 1 | R$ 10,00 | R$ 10,00 |
| 0202010090 | DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE | 1 | R$ 3,51 | R$ 3,51 |
| 0202010104 | DOSAGEM DE ACETONA | 1 | R$ 1,85 | R$ 1,85 |
| 0202010112 | DOSAGEM DE ACIDO ASCÓRBICO | 1 | R$ 2,01 | R$ 2,01 |
| 0202010120 | DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO | 142 | R$ 1,85 | R$ 262,70 |
| 0202010147 | DOSAGEM DE ALDOLASE | 1 | R$ 3,68 | R$ 3,68 |
| 0202010155 | DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA | 1 | R$ 3,68 | R$ 3,68 |
| 0202010163 | DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA | 1 | R$ 3,68 | R$ 3,68 |
| 0202010171 | DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA | 1 | R$ 3,68 | R$ 3,68 |
| 0202010180 | DOSAGEM DE AMILASE | 10 | R$ 2,25 | R$ 22,50 |
| 0202010201 | DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES | 1721 | R$ 2,01 | R$ 3.459,21 |
| 0202010210 | DOSAGEM DE CÁLCIO | 1540 | R$ 1,85 | R$ 2.849,00 |
| 0202010228 | DOSAGEM DE CÁLCIO IONIZAVEL | 99 | R$ 3,51 | R$ 347,49 |
| 0202010236 | DOSAGEM DE CAROTENO | 1 | R$ 2,01 | R$ 2,01 |
| 0202010252 | DOSAGEM DE CERULOPLASMINA | 1 | R$ 3,68 | R$ 3,68 |
| 0202010260 | DOSAGEM DE CLORETO | 10 | R$ 1,85 | R$ 18,50 |
| 0202010279 | DOSAGEM DE COLESTEROL HDL | 143 | R$ 3,51 | R$ 501,93 |
| 0202010295 | DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL | 250 | R$ 1,85 | R$ 462,50 |
| 0202010309 | DOSAGEM DE COLINESTERASE | 1 | R$ 3,68 | R$ 3,68 |
| 0202010317 | DOSAGEM DE CREATININA | 3032 | R$ 1,85 | R$ 5.609,20 |
| 0202010325 | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK) | 5 | R$ 3,68 | R$ 18,40 |
| 0202010333 | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB | 1 | R$ 4,12 | R$ 4,12 |
| 0202010341 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA | 1 | R$ 3,51 | R$ 3,51 |
| 0202010350 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTÂMICA | 1 | R$ 3,51 | R$ 3,51 |
| 0202010368 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA | 690 | R$ 3,68 | R$ 2.539,20 |
| 0202010384 | DOSAGEM DE FERRITINA | 138 | R$ 15,59 | R$ 2.151,42 |
| 0202010392 | DOSAGEM DE FERRO SÉRICO | 98 | R$ 3,51 | R$ 343,98 |
| 0202010406 | DOSAGEM DE FOLATO | 73 | R$ 15,65 | R$ 1.142,45 |
| 0202010414 | DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA TOTAL | 1 | R$ 2,01 | R$ 2,01 |
| 0202010422 | DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA | 1701 | R$ 2,01 | R$ 3.419,01 |
| 0202010430 | DOSAGEM DE FÓSFORO | 19 | R$ 1,85 | R$ 35,15 |
| 0202010449 | DOSAGEM DE FRAÇÃO PROSTÁTICA DA FOSFATASE ÁCIDA | 1 | R$ 2,01 | R$ 2,01 |
| 0202010457 | DOSAGEM DE GALACTOSE | 1 | R$ 3,51 | R$ 3,51 |
| 0202010465 | DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSF. (GAMA GT) | 1417 | R$ 3,51 | R$ 4.973,67 |
| 0202010473 | DOSAGEM DE GLICOSE | 916 | R$ 1,85 | R$ 1.694,60 |
| 0202010481 | DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE | 1 | R$ 3,68 | R$ 3,68 |
| 0202010503 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA | 30 | R$ 7,86 | R$ 235,80 |
| 0202010538 | DOSAGEM DE LACTATO | 1 | R$ 3,68 | R$ 3,68 |
| 0202010554 | DOSAGEM DE LIPASE | 11 | R$ 2,25 | R$ 24,75 |
| 0202010562 | DOSAGEM DE MAGNÉSIO | 1261 | R$ 2,01 | R$ 2.534,61 |
| 0202010570 | DOSAGEM DE MUCO-PROTEÍNAS | 5 | R$ 2,01 | R$ 10,05 |
| 0202010597 | DOSAGEM DE PORFIRINAS | 1 | R$ 3,51 | R$ 3,51 |
| 0202010600 | DOSAGEM DE POTÁSSIO | 1815 | R$ 1,85 | R$ 3.357,75 |
| 0202010619 | DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS | 1 | R$ 1,85 | R$ 1,85 |
| 0202010627 | DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES | 20 | R$ 1,85 | R$ 37,00 |
| 0202010635 | DOSAGEM DE SÓDIO | 1079 | R$ 1,85 | R$ 1.996,15 |
| 0202010643 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO-OXALACÉTICA (TGO) | 1054 | R$ 2,01 | R$ 2.118,54 |
| 0202010651 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO-PIRÚVICA (TGP) | 888 | R$ 2,01 | R$ 1.784,88 |
| 0202010660 | DOSAGEM DE TRANSFERRINA | 116 | R$ 4,12 | R$ 477,92 |
| 0202010678 | DOSAGEM DE TRIGLICERÍDEOS | 98 | R$ 3,51 | R$ 343,98 |
| 0202010694 | DOSAGEM DE URÉIA | 3000 | R$ 1,85 | R$ 5.550,00 |
| 0202010708 | DOSAGEM DE VITAMINA B12 | 1 | R$ 15,24 | R$ 15,24 |
| 0202010716 | ELETROFORESE DE LIPOPROTEÍNAS | 1 | R$ 3,68 | R$ 3,68 |
| 0202010724 | ELETROFORESE DE PROTEÍNAS | 1 | R$ 4,42 | R$ 4,42 |
| 0202010740 | PROVA DA D-XILOSE | 1 | R$ 3,68 | R$ 3,68 |
| 0202010767 | DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D | 1 | R$ 15,24 | R$ 15,24 |
| **TOTAL** | | **21.424** |  | **R$ 48.473,24** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | |
| **FO 2 - EXAMES HEMATOLÓGICOS E HEMOSTASIA** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0202020029 | CONTAGEM DE PLAQUETAS | 3 | R$ 2,73 | R$ 8,19 |
| 0202020037 | CONTAGEM DE RETICULÓCITOS | 31 | R$ 2,73 | R$ 84,63 |
| 0202020070 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO | 3 | R$ 2,73 | R$ 8,19 |
| 0202020096 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE | 3 | R$ 2,73 | R$ 8,19 |
| 02020126 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA | 1 | R$ 2,85 | R$ 2,85 |
| 0202020134 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA) | 272 | R$ 5,77 | R$ 1.569,44 |
| 0202020142 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP) | 305 | R$ 2,73 | R$ 832,65 |
| 0202020150 | DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS) | 123 | R$ 2,73 | R$ 335,79 |
| 0202020290 | DOSAGEM DE FIBRINOGÊNIO | 1 | R$ 4,60 | R$ 4,60 |
| 0202020304 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA | 1 | R$ 1,53 | R$ 1,53 |
| 0202020320 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL | 1 | R$ 2,73 | R$ 2,73 |
| 0202020339 | DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA | 1 | R$ 2,73 | R$ 2,73 |
| 0202020347 | DOSAGEM DE PLASMINOGÊNIO | 1 | R$ 4,11 | R$ 4,11 |
| 0202020355 | ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA | 1 | R$ 5,41 | R$ 5,41 |
| 0202020363 | ERITROGRAMA (ERITRÓCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATÓCRITO) | 1 | R$ 2,73 | R$ 2,73 |
| 0202020380 | HEMOGRAMA COMPLETO | 3623 | R$ 4,11 | R$ 14.890,53 |
| 0202020398 | LEUCOGRAMA | 1 | R$ 2,73 | R$ 2,73 |
| 0202020428 | PESQUISA DE CORPÚSCULOS DE HEINZ | 1 | R$ 2,73 | R$ 2,73 |
| 0202020444 | PESQUISA DE HEMOGLOBINA S | 1 | R$ 2,73 | R$ 2,73 |
| 0202020460 | PESQUISA DE TRIPANOSSOMA | 1 | R$ 2,73 | R$ 2,73 |
| 0202020541 | TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD) | 1 | R$ 2,73 | R$ 2,73 |
| **TOTAL** | | **4.376** |  | **R$ 17.777,95** |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | |
| **FO 3 - EXAMES SOROLÓGICOS E IMUNOLÓGICOS** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0202030016 | CONTAGEM DE LINFÓCITOS B | 1 | R$ 15,00 | R$ 15,00 |
| 0202030032 | CONTAGEM DE LINFÓCITOS T TOTAIS | 1 | R$ 15,00 | R$ 15,00 |
| 0202030067 | DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50) | 1 | R$ 9,25 | R$ 9,25 |
| 0202030075 | DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATÓIDE | 10 | R$ 2,83 | R$ 28,30 |
| 0202030083 | DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA | 1 | R$ 9,25 | R$ 9,25 |
| 0202030091 | DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEÍNA | 10 | R$ 15,06 | R$ 150,60 |
| 0202030105 | DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA) | 1190 | R$ 16,42 | R$ 19.539,80 |
| 0202030113 | DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA | 28 | R$ 13,55 | R$ 379,40 |
| 0202030121 | DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3 | 1 | R$ 17,16 | R$ 17,16 |
| 0202030130 | DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4 | 1 | R$ 17,16 | R$ 17,16 |
| 0202030156 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA) | 1 | R$ 17,16 | R$ 17,16 |
| 0202030164 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) | 1 | R$ 9,25 | R$ 9,25 |
| 0202030180 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM) | 1 | R$ 17,16 | R$ 17,16 |
| 0202030199 | DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE | 1 | R$ 9,25 | R$ 9,25 |
| 0202030202 | DOSAGEM DE PROTEÍNA C REATIVA | 106 | R$ 2,83 | R$ 299,98 |
| 0202030253 | PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA | 1 | R$ 10,00 | R$ 10,00 |
| 0202030261 | PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA | 1 | R$ 10,00 | R$ 10,00 |
| 0202030270 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA | 1 | R$ 8,67 | R$ 8,67 |
| 0202030288 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI | 1 | R$ 17,16 | R$ 17,16 |
| 0202030296 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT) | 1 | R$ 85,00 | R$ 85,00 |
| 0202030300 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA) | 5 | R$ 10,00 | R$ 50,00 |
| 0202030318 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2 | 1 | R$ 18,55 | R$ 18,55 |
| 0202030326 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP) | 1 | R$ 17,16 | R$ 17,16 |
| 0202030334 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS | 1 | R$ 5,74 | R$ 5,74 |
| 0202030342 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM | 3 | R$ 17,16 | R$ 51,48 |
| 0202030350 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO) | 1 | R$ 18,55 | R$ 18,55 |
| 0202030369 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA) | 1 | R$ 18,55 | R$ 18,55 |
| 0202030377 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS | 1 | R$ 9,25 | R$ 9,25 |
| 0202030385 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS | 1 | R$ 10,00 | R$ 10,00 |
| 0202030393 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS | 1 | R$ 9,25 | R$ 9,25 |
| 0202030407 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS | 1 | R$ 3,70 | R$ 3,70 |
| 0202030415 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO | 1 | R$ 5,83 | R$ 5,83 |
| 0202030423 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCÊNCIA) | 1 | R$ 10,00 | R$ 10,00 |
| 0202030458 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70) | 1 | R$ 10,00 | R$ 10,00 |
| 0202030466 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES | 1 | R$ 9,70 | R$ 9,70 |
| 0202030474 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO) | 1 | R$ 2,83 | R$ 2,83 |
| 0202030482 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO | 1 | R$ 10,00 | R$ 10,00 |
| 0202030512 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS | 1 | R$ 10,00 | R$ 10,00 |
| 0202030520 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA | 1 | R$ 17,16 | R$ 17,16 |
| 0202030547 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA | 1 | R$ 5,50 | R$ 5,50 |
| 0202030598 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINÚCLEO | 8 | R$ 17,16 | R$ 137,28 |
| 0202030601 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS | 1 | R$ 17,16 | R$ 17,16 |
| 0202030610 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMÓDIOS | 1 | R$ 10,00 | R$ 10,00 |
| 0202030628 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA | 1 | R$ 17,16 | R$ 17,16 |
| 0202030636 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS) | 3 | R$ 18,55 | R$ 55,65 |
| 0202030644 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE) | 1 | R$ 18,55 | R$ 18,55 |
| 0202030679 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV) | 41 | R$ 18,55 | R$ 760,55 |
| 0202030687 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV) | 1 | R$ 18,55 | R$ 18,55 |
| 0202030695 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DO SARAMPO | 1 | R$ 9,25 | R$ 9,25 |
| 0202030725 | PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMÍDIA | 1 | R$ 17,16 | R$ 17,16 |
| 0202030733 | PESQUISA DE ANTICORPOS HETERÓFILOS CONTA O VÍRUS EPSTEIN-BARR | 1 | R$ 2,83 | R$ 2,83 |
| 0202030741 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVÍRUS | 3 | R$ 11,00 | R$ 33,00 |
| 0202030750 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS | 1 | R$ 9,25 | R$ 9,25 |
| 0202030768 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA | 1 | R$ 16,97 | R$ 16,97 |
| 0202030776 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI | 1 | R$ 9,25 | R$ 9,25 |
| 0202030784 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG) | 1 | R$ 18,55 | R$ 18,55 |
| 0202030806 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG) | 3 | R$ 18,55 | R$ 55,65 |
| 0202030814 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBÉOLA | 1 | R$ 17,16 | R$ 17,16 |
| 0202030822 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER | 1 | R$ 17,16 | R$ 17,16 |
| 0202030830 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS EPSTEIN-BARR | 1 | R$ 17,16 | R$ 17,16 |
| 0202030849 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS HERPES SIMPLES | 1 | R$ 17,16 | R$ 17,16 |
| 0202030857 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS | 3 | R$ 11,61 | R$ 34,83 |
| 0202030881 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI | 1 | R$ 9,25 | R$ 9,25 |
| 0202030890 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM) | 6 | R$ 18,55 | R$ 111,30 |
| 0202030911 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE A (HAV-IGM) | 6 | R$ 18,55 | R$ 111,30 |
| 0202030920 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA RUBEOLA | 1 | R$ 17,16 | R$ 17,16 |
| 0202030938 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER | 1 | R$ 17,16 | R$ 17,16 |
| 0202030946 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS EPSTEIN-BARR | 1 | R$ 17,16 | R$ 17,16 |
| 0202030954 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS HERPES SIMPLES | 1 | R$ 17,16 | R$ 17,16 |
| 0202030962 | PESQUISA DE ANTÍGENO CARCINOEMBRIONÁRIO (CEA) | 1893 | R$ 13,35 | R$ 25.271,55 |
| 0202030970 | PESQUISA DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBSAG) | 28 | R$ 18,55 | R$ 519,40 |
| 0202030989 | PESQUISA DE ANTÍGENO E DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBEAG) | 1 | R$ 18,55 | R$ 18,55 |
| 0202031020 | PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCÊNCIA | 1 | R$ 10,00 | R$ 10,00 |
| 0202031039 | PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO- ESPECÍFICA | 1 | R$ 9,25 | R$ 9,25 |
| 0202031047 | PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCÊNCIA) | 1 | R$ 10,00 | R$ 10,00 |
| 0202031098 | REAÇÃO DE HEMAGLUTINAÇÃO (TPHA) P/ DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS | 1 | R$ 4,10 | R$ 4,10 |
| 0202031101 | REACAO DE MONTENEGRO ID | 1 | R$ 2,83 | R$ 2,83 |
| 0202031110 | TESTE DE VDRL P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS | 5 | R$ 2,83 | R$ 14,15 |
| 0202031128 | TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS | 1 | R$ 10,00 | R$ 10,00 |
| 0202031136 | TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS | 1 | R$ 10,00 | R$ 10,00 |
| 0202031160 | TESTES RÁPIDOS P/ DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS | 1 | R$ 10,00 | R$ 10,00 |
| 0202031179 | VDRL P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTE DOSAGEM DE ANTICORPOS | 1 | R$ 2,83 | R$ 2,83 |
| 0202031187 | ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA | 1 | R$ 18,55 | R$ 18,55 |
| 0202031217 | DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125 | 210 | R$ 13,55 | R$ 2.845,50 |
| 0202031195 | DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO | 1 | R$ 17,16 | R$ 17,16 |
| **TOTAL** | | **3.417** |  | **R$ 51.342,44** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | |
| **FO 4 - EXAMES COPROLÓGICOS** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0202040020 | DOSAGEM DE GORDURA FECAL | 1 | R$ 3,04 | R$ 3,04 |
| 0202040038 | EXAME COPROLÓGICO FUNCIONAL | 1 | R$ 3,04 | R$ 3,04 |
| 0202040046 | IDENTIFICAÇÃO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS | 1 | R$ 1,65 | R$ 1,65 |
| 0202040054 | PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIÚRUS OXIÚRA) | 1 | R$ 1,65 | R$ 1,65 |
| 0202040062 | PESQUISA DE EOSINÓFILOS | 1 | R$ 1,65 | R$ 1,65 |
| 0202040070 | PESQUISA DE GORDURA FECAL | 1 | R$ 1,65 | R$ 1,65 |
| 0202040089 | PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES | 1 | R$ 1,65 | R$ 1,65 |
| 0202040097 | PESQUISA DE LEUCÓCITOS NAS FEZES | 1 | R$ 1,65 | R$ 1,65 |
| 0202040100 | PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES | 1 | R$ 1,65 | R$ 1,65 |
| 0202040127 | PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS | 23 | R$ 1,65 | R$ 37,95 |
| 0202040135 | PESQUISA DE ROTAVÍRUS NAS FEZES | 1 | R$ 10,25 | R$ 10,25 |
| 0202040143 | PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES | 23 | R$ 1,65 | R$ 37,95 |
| 0202040151 | PESQUISA DE SUBSTÂNCIAS REDUTORAS NAS FEZES | 1 | R$ 1,65 | R$ 1,65 |
| 0202040160 | PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES | 1 | R$ 1,65 | R$ 1,65 |
| 0202040178 | PESQUISA DE TROFOZOÍTAS NAS FEZES | 1 | R$ 1,65 | R$ 1,65 |
| **TOTAL** | | **59** |  | **R$ 108,73** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | |
| **FO 5 - EXAMES UROANÁLISE** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0202050017 | ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA | 551 | R$ 3,70 | R$ 2.038,70 |
| 0202050025 | CLEARANCE DE CREATININA | 1 | R$ 3,51 | R$ 3,51 |
| 0202050041 | CLEARANCE DE UREIA | 1 | R$ 3,51 | R$ 3,51 |
| 0202050084 | DOSAGEM DE CITRATO | 1 | R$ 2,01 | R$ 2,01 |
| 0202050092 | DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA | 6 | R$ 8,12 | R$ 48,72 |
| 0202050106 | DOSAGEM DE OXALATO | 1 | R$ 3,68 | R$ 3,68 |
| 0202050114 | DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS) | 1 | R$ 2,04 | R$ 2,04 |
| 0202050130 | EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS | 1 | R$ 3,70 | R$ 3,70 |
| 0202050149 | PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA) | 1 | R$ 3,70 | R$ 3,70 |
| 0202050165 | PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA | 1 | R$ 3,70 | R$ 3,70 |
| 0202050190 | PESQUISA DE CISTINA NA URINA | 1 | R$ 2,04 | R$ 2,04 |
| 0202050203 | PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA | 1 | R$ 2,04 | R$ 2,04 |
| 0202050220 | PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA | 1 | R$ 2,04 | R$ 2,04 |
| 0202050238 | PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA | 1 | R$ 2,04 | R$ 2,04 |
| 0202050246 | PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA | 1 | R$ 3,36 | R$ 3,36 |
| 0202050262 | PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA | 1 | R$ 2,04 | R$ 2,04 |
| 0202050270 | PESQUISA DE LACTOSE NA URINA | 1 | R$ 2,04 | R$ 2,04 |
| 0202050319 | PESQUISA DE TIROSINA NA URINA | 1 | R$ 2,04 | R$ 2,04 |
| **TOTAL** | | **573** |  | **R$ 2.130,91** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | |
| **FO 6 - EXAMES HORMONAIS** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0202060012 | DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE | 1 | R$ 12,54 | R$ 12,54 |
| 0202060020 | DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3 | 1 | R$ 12,54 | R$ 12,54 |
| 0202060039 | DETERMINACAO DE T3 REVERSO | 1 | R$ 14,69 | R$ 14,69 |
| 0202060047 | DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA | 1 | R$ 10,20 | R$ 10,20 |
| 0202060055 | DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS | 1 | R$ 6,72 | R$ 6,72 |
| 0202060063 | DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES | 1 | R$ 6,72 | R$ 6,72 |
| 0202060071 | DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA) | 6 | R$ 6,72 | R$ 40,32 |
| 0202060080 | DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH) | 1 | R$ 14,12 | R$ 14,12 |
| 0202060098 | DOSAGEM DE ALDOSTERONA | 1 | R$ 11,89 | R$ 11,89 |
| 0202060110 | DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA | 1 | R$ 11,53 | R$ 11,53 |
| 0202060128 | DOSAGEM DE CALCITONINA | 1 | R$ 14,38 | R$ 14,38 |
| 0202060136 | DOSAGEM DE CORTISOL | 1 | R$ 9,86 | R$ 9,86 |
| 0202060144 | DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA) | 1 | R$ 11,25 | R$ 11,25 |
| 0202060152 | DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT) | 1 | R$ 11,71 | R$ 11,71 |
| 0202060160 | DOSAGEM DE ESTRADIOL | 57 | R$ 10,15 | R$ 578,55 |
| 0202060179 | DOSAGEM DE ESTRIOL | 1 | R$ 11,55 | R$ 11,55 |
| 0202060187 | DOSAGEM DE ESTRONA | 1 | R$ 11,12 | R$ 11,12 |
| 0202060195 | DOSAGEM DE GASTRINA | 1 | R$ 14,15 | R$ 14,15 |
| 0202060209 | DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA | 1 | R$ 15,35 | R$ 15,35 |
| 0202060217 | DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG) | 56 | R$ 7,85 | R$ 439,60 |
| 0202060225 | DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH) | 1 | R$ 10,21 | R$ 10,21 |
| 0202060233 | DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH) | 64 | R$ 7,89 | R$ 504,96 |
| 0202060241 | DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH) | 64 | R$ 8,97 | R$ 574,08 |
| 0202060250 | DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH) | 64 | R$ 8,96 | R$ 573,44 |
| 0202060268 | DOSAGEM DE INSULINA | 1 | R$ 10,17 | R$ 10,17 |
| 0202060276 | DOSAGEM DE PARATORMONIO | 6 | R$ 43,13 | R$ 258,78 |
| 0202060284 | DOSAGEM DE PEPTIDEO C | 1 | R$ 15,35 | R$ 15,35 |
| 0202060292 | DOSAGEM DE PROGESTERONA | 1 | R$ 10,22 | R$ 10,22 |
| 0202060306 | DOSAGEM DE PROLACTINA | 1 | R$ 10,15 | R$ 10,15 |
| 0202060314 | DOSAGEM DE RENINA | 1 | R$ 13,19 | R$ 13,19 |
| 0202060330 | DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS) | 1 | R$ 13,11 | R$ 13,11 |
| 0202060349 | DOSAGEM DE TESTOSTERONA | 1857 | R$ 10,43 | R$ 19.368,51 |
| 0202060357 | DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE | 1 | R$ 13,11 | R$ 13,11 |
| 0202060365 | DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA | 6 | R$ 15,35 | R$ 92,10 |
| 0202060373 | DOSAGEM DE TIROXINA (T4) | 226 | R$ 8,76 | R$ 1.979,76 |
| 0202060381 | DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE) | 1 | R$ 11,60 | R$ 11,60 |
| 0202060390 | DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3) | 2 | R$ 8,71 | R$ 17,42 |
| 0202060470 | PESQUISA DE MACROPROLACTINA | 1 | R$ 12,15 | R$ 12,15 |
| **TOTAL** | | **2.435** |  | **R$ 24.747,10** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | |
| **FO 7 - EXAMES TOXICOLÓGICOS OU DE MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0202070050 | DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO | 1 | R$ 15,65 | R$ 15,65 |
| 0202070077 | DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO | 1 | R$ 2,01 | R$ 2,01 |
| 0202070085 | DOSAGEM DE ALUMINIO | 1 | R$ 27,50 | R$ 27,50 |
| 0202070093 | DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS | 1 | R$ 10,00 | R$ 10,00 |
| 0202070107 | DOSAGEM DE ANFETAMINAS | 1 | R$ 10,00 | R$ 10,00 |
| 0202070115 | DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS | 1 | R$ 10,00 | R$ 10,00 |
| 0202070123 | DOSAGEM DE BARBITURATOS | 1 | R$ 13,13 | R$ 13,13 |
| 0202070131 | DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS | 1 | R$ 13,48 | R$ 13,48 |
| 0202070140 | DOSAGEM DE CADMIO | 1 | R$ 6,55 | R$ 6,55 |
| 0202070158 | DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA | 1 | R$ 17,53 | R$ 17,53 |
| 0202070166 | DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA | 1 | R$ 4,11 | R$ 4,11 |
| 0202070174 | DOSAGEM DE CHUMBO | 1 | R$ 8,83 | R$ 8,83 |
| 0202070190 | DOSAGEM DE COBRE | 1 | R$ 3,51 | R$ 3,51 |
| 0202070204 | DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA) | 1 | R$ 8,97 | R$ 8,97 |
| 0202070220 | DOSAGEM DE FENITOINA | 1 | R$ 35,22 | R$ 35,22 |
| 0202070239 | DOSAGEM DE FENOL | 1 | R$ 2,05 | R$ 2,05 |
| 0202070247 | DOSAGEM DE FORMALDEIDO | 1 | R$ 3,51 | R$ 3,51 |
| 0202070255 | DOSAGEM DE LITIO | 1 | R$ 2,25 | R$ 2,25 |
| 0202070263 | DOSAGEM DE MERCURIO | 1 | R$ 2,04 | R$ 2,04 |
| 0202070271 | DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA | 1 | R$ 4,11 | R$ 4,11 |
| 0202070280 | DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA | 1 | R$ 10,00 | R$ 10,00 |
| 0202070301 | DOSAGEM DE QUINIDINA | 1 | R$ 10,00 | R$ 10,00 |
| 0202070336 | DOSAGEM DE TEOFILINA | 1 | R$ 15,65 | R$ 15,65 |
| 0202070344 | DOSAGEM DE TIOCIANATO | 1 | R$ 3,68 | R$ 3,68 |
| 0202070352 | DOSAGEM DE ZINCO | 1 | R$ 15,65 | R$ 15,65 |
| **TOTAL** | | **25** |  | **R$ 255,43** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | |
| **FO 8 - EXAMES MICROBIOLÓGICOS** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0202080013 | ANTIBIOGRAMA | 1 | R$ 4,98 | R$ 4,98 |
| 0202080021 | ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRAÇÃO INIBITÓRIA MÍNIMA | 1 | R$ 13,33 | R$ 13,33 |
| 0202080030 | ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTÉRIAS | 1 | R$ 13,33 | R$ 13,33 |
| 0202080048 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA) | 1 | R$ 4,20 | R$ 4,20 |
| 0202080056 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENÍASE) | 1 | R$ 4,20 | R$ 4,20 |
| 0202080064 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE) | 1 | R$ 4,20 | R$ 4,20 |
| 0202080072 | BACTEROSCOPIA (GRAM) | 148 | R$ 2,80 | R$ 414,40 |
| 0202080080 | CULTURA DE BACTÉRIAS P/ IDENTIFICAÇÃO | 345 | R$ 5,62 | R$ 1.938,90 |
| 0202080099 | CULTURA DO LEITE MATERNO (PÓS-PASTEURIZAÇÃO) | 1 | R$ 4,33 | R$ 4,33 |
| 0202080110 | CULTURA PARA BAAR | 1 | R$ 5,63 | R$ 5,63 |
| 0202080129 | CULTURA PARA BACTÉRIAS ANAERÓBICAS | 1 | R$ 10,25 | R$ 10,25 |
| 0202080137 | CULTURA PARA IDENTIFICAÇÃO DE FUNGOS | 1 | R$ 4,19 | R$ 4,19 |
| 0202080145 | EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO) | 1 | R$ 2,80 | R$ 2,80 |
| 0202080153 | HEMOCULTURA | 45 | R$ 11,49 | R$ 517,05 |
| 0202080161 | IDENTIFICAÇÃO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS | 1 | R$ 5,63 | R$ 5,63 |
| 0202080170 | PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI | 1 | R$ 4,33 | R$ 4,33 |
| 0202080188 | PESQUISA DE BACILO DIFTÉRICO | 1 | R$ 2,80 | R$ 2,80 |
| 0202080196 | PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLÍTICOS DO GRUPO A | 1 | R$ 4,33 | R$ 4,33 |
| 0202080218 | PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI | 1 | R$ 4,33 | R$ 4,33 |
| **TOTAL** | | **554** |  | **R$ 2.963,21** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | |
| **FO 9 - EXAMES EM OUTROS LÍQUIDOS BIOLÓGICOS** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0202090019 | ÁCIDO ÚRICO LÍQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES | 1 | R$ 1,89 | R$ 1,89 |
| 0202090051 | CONTAGEM ESPECÍFICA DE CÉLULAS NO LÍQUOR | 1 | R$ 1,89 | R$ 1,89 |
| 0202090060 | CONTAGEM GLOBAL DE CÉLULAS NO LÍQUOR | 1 | R$ 1,89 | R$ 1,89 |
| 0202090124 | DOSAGEM DE GLICOSE NO LÍQUIDO SINOVIAL E DERRAMES | 1 | R$ 1,89 | R$ 1,89 |
| 0202090132 | DOSAGEM DE PROTEÍNAS NO LÍQUIDO SINOVIAL E DERRAMES | 1 | R$ 1,89 | R$ 1,89 |
| 0202090159 | ELETROFORESE DE PROTEÍNAS C/ CONCENTRAÇÃO NO LÍQUOR | 1 | R$ 5,23 | R$ 5,23 |
| 0202090183 | EXAME DE CARACTERES FÍSICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECÍFICA DE CÉLULAS | 1 | R$ 1,89 | R$ 1,89 |
| 0202090191 | MIELOGRAMA | 1 | R$ 5,79 | R$ 5,79 |
| 0202090213 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZÓIDES ( LISA) | 1 | R$ 9,70 | R$ 9,70 |
| 0202090221 | DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA | 1 | R$ 2,01 | R$ 2,01 |
| 0202090230 | PESQUISA DE CARACTERES FÍSICOS NO LIQUOR | 1 | R$ 1,89 | R$ 1,89 |
| 0202090264 | PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APÓS VASECTOMIA) | 1 | R$ 4,80 | R$ 4,80 |
| **TOTAL** | | **12** |  | **R$ 40,76** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | |
| **FO 12 - EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS** | | | | |
| **CÓDIGO** | **CÓDIGO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0202120023 | DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO | 1 | R$ 1,37 | R$ 1,37 |
| 0202120031 | FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR | 1 | R$ 10,65 | R$ 10,65 |
| 0202120040 | IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMÁCIAS | 1 | R$ 10,65 | R$ 10,65 |
| 0202120082 | PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO) | 1 | R$ 1,37 | R$ 1,37 |
| 0202120090 | TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA) | 1 | R$ 2,73 | R$ 2,73 |
| **TOTAL** | | **5** |  | **R$ 26,77** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | |
| **SUBGRUPO 3 - DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA** | | | | |
| **FO 2 - EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0203020014 | DETERMINAÇÃO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIS | 18 | R$ 65,55 | R$ 1.179,90 |
| 0203020022 | EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DO COLO UTERINO - PEÇA CIRÚRGICA | 309 | R$ 43,21 | R$ 13.351,89 |
| 0203020030 | EXAME ANATOMOPATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)- PEÇA CIRÚRGICA | 622 | R$ 24,00 | R$ 14.928,00 |
| 0203020049 | IMUNOHISTOQUÍMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR) | 81 | R$ 92,00 | R$ 7.452,00 |
| 0203020065 | EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE MAMA - BIÓPSIA | 128 | R$ 24,00 | R$ 3.072,00 |
| 0203020073 | EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE MAMA - PEÇA CIRÚRGICA | 142 | R$ 43,21 | R$ 6.135,82 |
| 0203020081 | EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DO COLO UTERINO - BIÓPSIA | 362 | R$ 24,00 | R$ 8.688,00 |
| **TOTAL** | | **1.662** |  | **R$ 54.807,61** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | |
| **SUBGRUPO 4 - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA** | | | | |
| **FO 1 - EXAMES RADIOLÓGICOS DA CABEÇA E PESCOÇO** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0204010080 | RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA + LATERAL) | 12 | R$ 7,52 | R$ 90,24 |
| 0204010128 | RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ) | 12 | R$ 8,38 | R$ 100,56 |
| **TOTAL** | | **24** |  | **R$ 190,80** |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | |
| **SUBGRUPO 4 - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA** | | | | |
| **FO 2 - EXAMES RADIOLÓGICOS DA COLUNA VERTEBRAL** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0204020034 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS) | 12 | R$ 8,33 | R$ 99,96 |
| 0204020069 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA | 12 | R$ 10,96 | R$ 131,52 |
| **TOTAL** | | **24** |  | **R$ 231,48** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | |
| **SUBGRUPO 4 - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA** | | | | |
| **FO 3 - EXAMES RADIOLÓGICOS DO TÓRAX E MEDIASTINO** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0204030153 | RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL) | 184 | R$ 9,50 | R$ 1.748,00 |
| 0204030030 | MAMOGRAFIA UNILATERAL | 480 | R$ 22,50 | R$ 10.800,00 |
| 0204030188 | MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO (FAEC) | 459 | R$ 45,00 | R$ 20.655,00 |
| **TOTAL** | | **653** |  | **R$ 33.203,00** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | |
| **SUBGRUPO 5 - DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA** | | | | |
| **FO 5 - EXAMES RADIOLÓGICOS DO ABDOMEN E PELVE** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0205020038 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR | 19 | R$ 24,20 | R$ 459,80 |
| 0205020046 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL | 105 | R$ 37,95 | R$ 3.984,75 |
| 0205020097 | ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL | 12 | R$ 24,20 | R$ 290,40 |
| 0205020186 | ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL | 30 | R$ 24,20 | R$ 726,00 |
| **TOTAL** | | **166** |  | **R$ 5.460,95** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | |
| **SUBGRUPO 9 - DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA** | | | | |
| **FO 1 - APARELHO DIGESTIVO** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0209010029 | COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) | 79 | R$ 112,66 | R$ 8.900,14 |
| 0209010037 | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA | 80 | R$ 48,16 | R$ 3.852,80 |
| 0209010053 | RETOSSIGMOIDOSCOPIA | 81 | R$ 23,13 | R$ 1.873,53 |
| **TOTAL** | | **240** |  | **R$ 14.626,47** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO 3 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS** | | | | |
| **SUBGRUPO 1 - CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS** | | | | |
| **FO 1 - CONSULTAS MÉDICAS/OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0301010072 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA | 504 | R$ 10,00 | R$ 5.040,00 |
| **TOTAL** | | **504** |  | **R$ 5.040,00** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **GRUPO: 3 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS** | | | | |
| **SUBGRUPO: 4 - TRATAMENTO EM ONCOLOGIA** | | | | |
| **FO 1 - RADIOTERAPIA** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0304010014 | BETATERAPIA DÉRMICA (POR CAMPO) | 1 | R$ 6,27 | R$ 6,27 |
| 0304010022 | BETATERAPIA OFTÁLMICA (POR CAMPO) | 1 | R$ 23,00 | R$ 23,00 |
| 0304010030 | BETATERAPIA PARA PROFILAXIA DE PTERÍGIO (POR CAMPO) | 1 | R$ 23,00 | R$ 23,00 |
| 0304010073 | BRAQUITERAPIA DE ALTA TAXA DE DOSE (POR INSERÇÃO) | 1 | R$ 1.000,00 | R$ 1.000,00 |
| 0304010081 | VERIFICAÇÂO POR IMAGEM EM RADIOTERAPIA | 532 | R$ 30,00 | R$ 15.960,00 |
| 0304010090 | COBALTOTERAPIA (POR CAMPO) | 1 | R$ 30,00 | R$ 30,00 |
| 0304010103 | IMPLANTAÇÃO DE HALO PARA RADIOCIRURGIA | 1 | R$ 35,00 | R$ 35,00 |
| 0304010120 | IRRADIACAO DE CORPO INTEIRO PRÉ-TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA | 1 | R$ 375,00 | R$ 375,00 |
| 0304010138 | IRRADIAÇÃO DE MEIO CORPO | 1 | R$ 126,72 | R$ 126,72 |
| 0304010146 | IRRADIAÇÃO DE PELE TOTAL | 1 | R$ 132,00 | R$ 132,00 |
| 0304010154 | MÁSCARA / IMOBILIZAÇÃO PERSONALIZADA (POR TRATAMENTO) | 20 | R$ 65,00 | R$ 1.300,00 |
| 0304010170 | NARCOSE DE CRIANÇA (POR PROCEDIMENTO) | 1 | R$ 22,00 | R$ 22,00 |
| 0304010189 | PLANEJAMENTO COMPLEXO (POR TRATAMENTO) | 159 | R$ 120,00 | R$ 19.080,00 |
| 0304010197 | PLANEJAMENTO DE BRAQUITERAPIA DE ALTA TAXA DE DOSE (POR TRATAMENTO) | 1 | R$ 120,00 | R$ 120,00 |
| 0304010200 | PLANEJAMENTO SIMPLES (POR TRATAMENTO) | 1 | R$ 60,00 | R$ 60,00 |
| 0304010219 | RADIOCIRURGIA - UM ISOCENTRO | 1 | R$ 5.000,00 | R$ 5.000,00 |
| 0304010235 | RADIOTERAPIA DE DOENÇA OU CONDIÇÃO BENIGNA (POR CAMPO) | 1 | R$ 6,27 | R$ 6,27 |
| 0304010243 | RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA FRACIONADA | 1 | R$ 5.000,00 | R$ 5.000,00 |
| 0304010260 | ROENTGENTERAPIA (POR CAMPO) | 1 | R$ 25,00 | R$ 25,00 |
| 0304010286 | RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR SÓ DE FÓTONS (POR CAMPO) | 1 | R$ 30,00 | R$ 30,00 |
| 0304010294 | RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR DE FÓTONS E ELÉTRONS (POR CAMPO) | 24.479 | R$ 35,00 | R$ 856.765,00 |
| 0304010308 | COLIMAÇÃO PERSONALIZADA | 883 | R$ 52,00 | R$ 45.916,00 |
| 0304010316 | PLANEJAMENTO TRIDIMENSIONAL (POR TRATAMENTO). | 63 | R$ 480,00 | R$ 30.240,00 |
| 0304010340 | NARCOSE PARA BRAQUITERAPIA DE ALTA DOSE (POR PROCEDIMENTO) | 1 | R$ 22,00 | R$ 22,00 |
| **TOTAL** |  | **26.154** |  | **R$ 981.297,26** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO: 3 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS** | | | | |
| **SUBGRUPO: 4 - TRATAMENTO EM ONCOLOGIA** | | | | |
| **FO 2 - QUIMIOTERAPIA PALIATIVA - ADULTO** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0304020010 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE COLON AVANÇADO -1ª LINHA | 61 | R$ 2.224,00 | R$ 135.664,00 |
| 0304020028 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE COLON AVANÇADO - 2ª LINHA | 6 | R$ 2.224,00 | R$ 13.344,00 |
| 0304020036 | HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ENDOMÉTRIO AVANÇADO | 15 | R$ 427,50 | R$ 6.412,50 |
| 0304020044 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ESTÔMAGO AVANÇADO | 12 | R$ 571,50 | R$ 6.858,00 |
| 0304020052 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PÂNCREAS AVANÇADO | 12 | R$ 1.986,00 | R$ 23.832,00 |
| 0304020060 | HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA AVANÇADO - 2ª LINHA | 226 | R$ 147,10 | R$ 33.244,60 |
| 0304020079 | HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA AVANÇADO - 1ª LINHA | 2.583 | R$ 301,50 | R$ 778.774,50 |
| 0304020087 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA RESISTENTE A HORMONIOTERAPIA | 12 | R$ 1.062,65 | R$ 12.751,80 |
| 0304020095 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE RETO AVANÇADO -1ª LINHA | 8 | R$ 2.224,00 | R$ 17.792,00 |
| 0304020109 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE RETO AVANÇADO - 2ª LINHA | 12 | R$ 2.224,00 | R$ 26.688,00 |
| 0304020117 | QUIMIOTERAPIA DO APUDOMA/TUMOR NEUROENDÓCRINO AVANÇADO | 1 | R$ 1.062,65 | R$ 1.062,65 |
| 0304020125 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE ADRENAL AVANÇADO | 1 | R$ 1.300,00 | R$ 1.300,00 |
| 0304020133 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO -1ª LINHA | 30 | R$ 1.700,00 | R$ 51.000,00 |
| 0304020141 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 2ª LINHA | 28 | R$ 2.378,90 | R$ 66.609,20 |
| 0304020150 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE NASOFARINGE AVANÇADO | 3 | R$ 571,50 | R$ 1.714,50 |
| 0304020168 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE RIM AVANÇADO | 1 | R$ 571,50 | R$ 571,50 |
| 0304020176 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DE ESÔFAGO AVANÇADO | 1 | R$ 571,50 | R$ 571,50 |
| 0304020184 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DO COLO OU DO CORPO UTERINO AVANÇADO | 5 | R$ 571,50 | R$ 2.857,50 |
| 0304020192 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE RETO/ CANAL ANAL/ MARGEM ANAL AVANÇADO | 1 | R$ 800,00 | R$ 800,00 |
| 0304020206 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CABEÇA E PESCOÇO AVANÇADO | 1 | R$ 800,00 | R$ 800,00 |
| 0304020214 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS AVANÇADO | 16 | R$ 1.100,00 | R$ 17.600,00 |
| 0304020222 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR INDIFERENCIADO DE CÉLULAS PEQUENAS AVANÇADO | 21 | R$ 1.100,00 | R$ 23.100,00 |
| 0304020230 | QUIMIOTERAPIA DO MELANOMA MALIGNO AVANÇADO | 19 | R$ 1.080,00 | R$ 20.520,00 |
| 0304020249 | QUIMIOTERAPIA DE METÁSTASE DE ADENOCARCINOMA DE ORIGEM DESCONHECIDA | 1 | R$ 571,50 | R$ 571,50 |
| 0304020257 | QUIMIOTERAPIA DE METÁSTASE DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE/CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE ORIGEM DESCONHECIDA | 1 | R$ 800,00 | R$ 800,00 |
| 0304020265 | QUIMIOTERAPIA DE METÁSTASE DE NEOPLASIA MALIGNA INDIFERENCIADA DE ORIGEM DESCONHECIDA | 5 | R$ 1.062,65 | R$ 5.313,25 |
| 0304020273 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DE TUBA UTERINA AVANÇADA -1ª LINHA. | 43 | R$ 1.450,00 | R$ 62.350,00 |
| 0304020281 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DE TUBA UTERINA AVANÇADA - 2ª LINHA) | 1 | R$ 1.450,00 | R$ 1.450,00 |
| 0304020290 | QUIMIOTERAPIA DE SARCOMA DE PARTES MOLES AVANÇADO | 7 | R$ 800,00 | R$ 5.600,00 |
| 0304020303 | QUIMIOTERAPIA DE SARCOMA ÓSSEO AVANÇADO | 1 | R$ 800,00 | R$ 800,00 |
| 0304020311 | QUIMIOTERAPIA DO TUMOR DO ESTROMA GASTROINTESTINAL AVANÇADO | 1 | R$ 17,00 | R$ 17,00 |
| 0304020320 | QUIMIOTERAPIA DE TUMOR DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL AVANÇADO | 1 | R$ 800,00 | R$ 800,00 |
| 0304020338 | HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 2ª LINHA | 129 | R$ 301,50 | R$ 38.893,50 |
| 0304020346 | HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO- 1ª LINHA | 60 | R$ 79,75 | R$ 4.785,00 |
| 0304020362 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE TIREOIDE AVANÇADO | 1 | R$ 427,50 | R$ 427,50 |
| 0304020370 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE PÊNIS AVANÇADO | 1 | R$ 800,00 | R$ 800,00 |
| 0304020389 | QUIMIOTERAPIA DE CARCINOMA DO FÍGADO OU DO TRATO BILIAR AVANÇADO | 1 | R$ 571,50 | R$ 571,50 |
| 0304020397 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA DO TIMO AVANÇADA | 1 | R$ 571,50 | R$ 571,50 |
| 0304020400 | QUIMIOTERAPIA DE CARCINOMA UROTELIAL AVANÇADO | 4 | R$ 1.300,00 | R$ 5.200,00 |
| **TOTAL** |  | **3.333** |  | **R$ 1.372.819,00** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO: 3 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS** | | | | |
| **SUBGRUPO: 4 - TRATAMENTO EM ONCOLOGIA** | | | | |
| **FO 3 - QUIMIOTERAPIA PARA CONTROLE TEMPORÁRIO DE DOENÇA - ADULTO** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0304030015 | QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA RARA -1ª LINHA. | 1 | R$ 640,00 | R$ 640,00 |
| 0304030023 | QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA RARA - 2ª LINHA | 1 | R$ 640,00 | R$ 640,00 |
| 0304030031 | QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA MIELOPROLIFERATIVA RARA - 1ª LINHA | 182 | R$ 150,00 | R$ 27.300,00 |
| 0304030040 | QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA MIELOPROLIFERATIVA RARA - 2ª LINHA. | 1 | R$ 1.800,00 | R$ 1.800,00 |
| 0304030058 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA LINFOCITICA CRONICA - 1ª LINHA. | 1 | R$ 407,50 | R$ 407,50 |
| 0304030066 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA LINFOCITICA CRONICA - 2ª LINHA. | 1 | R$ 1.800,00 | R$ 1.800,00 |
| 0304030074 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA QUALQUER FASE - CONTROLE SANGÜINEO | 1 | R$ 80,75 | R$ 80,75 |
| 0304030082 | QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE BLÁSTICA - MARCADOR POSITIVO - 2ª LINHA. | 1 | R$ 85,00 | R$ 85,00 |
| 0304030090 | QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE BLASTICA - MARCADOR POSITIVO - SEM FASE CRÔNICA OU DE TRANSFORMAÇÃO ANTERIOR (1ª LINHA). | 1 | R$ 17,00 | R$ 17,00 |
| 0304030104 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE BLÁSTICA - MARCADOR POSITIVO-3ª LINHA | 1 | R$ 1.736,20 | R$ 1.736,20 |
| 0304030112 | QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE CRÔNICA - MARCADOR POSITIVO - 1ª LINHA. | 1 | R$ 17,00 | R$ 17,00 |
| 0304030120 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE CRÔNICA - MARCADOR POSITIVO - 3ª LINHA | 1 | R$ 2.535,50 | R$ 2.535,50 |
| 0304030139 | QUMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE DE TRANSFORMAÇÃO - MARCADOR POSITIVO - 3ª LINHA | 1 | R$ 1.401,20 | R$ 1.401,20 |
| 0304030147 | QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE DE TRANSFORMAÇÃO - MARCADOR POSITIVO - 2ªLINHA | 1 | R$ 17,00 | R$ 17,00 |
| 0304030155 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE DE TRANSFORMAÇÃO - MARCADOR POSITIVO - SEM FASE CRONICA ANTERIOR (1ª LINHA) | 1 | R$ 17,00 | R$ 17,00 |
| 0304030163 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN DE BAIXO GRAU DE MALIGNIDADE (1ª LINHA) | 1 | R$ 640,00 | R$ 640,00 |
| 0304030171 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN DE BAIXO GRAU DE MALIGNIDADE - 2ªLINHA | 1 | R$ 1.080,00 | R$ 1.080,00 |
| 0304030180 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA DE CÉLULAS PLASMÁTICAS - 1ª LINHA. | 1 | R$ 427,50 | R$ 427,50 |
| 0304030198 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA DE CÉLULAS PLASMÁTICAS - 2ª LINHA. | 1 | R$ 1.715,60 | R$ 1.715,60 |
| 0304030201 | QUIMIOTERAPIA DA TRICOLEUCEMIA - 2ª LINHA | 1 | R$ 2.250,00 | R$ 2.250,00 |
| 0304030210 | QUIMIOTERAPIA DE TRICOLEUCEMIA - 1ªLINHA. | 1 | R$ 5.700,00 | R$ 5.700,00 |
| 0304030228 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE CRÔNICA - MARCADOR POSITIVO - 2ª LINHA | 1 | R$ 17,00 | R$ 17,00 |
| 0304030236 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA FOLICULAR- 1ª lINHA | 1 | R$ 640,00 | R$ 640,00 |
| 0304030244 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA FOLICULAR - 2ª LINHA | 1 | R$ 1.080,00 | R$ 1.080,00 |
| **TOTAL** |  | **205** |  | **R$ 52.044,25** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO: 3 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS** | | | | |
| **SUBGRUPO: 4 - TRATAMENTO EM ONCOLOGIA** | | | | |
| **FO 4 - QUIMIOTERAPIA PRÉVIA (NEOADJUVANTE/CITORREDUTORA)- ADULTO** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0304040010 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE RETO (PRÉVIA) | 33 | R$ 571,50 | R$ 18.859,50 |
| 0304040029 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA (PRÉVIA) | 55 | R$ 1.400,00 | R$ 77.000,00 |
| 0304040045 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE / | 50 | R$ 1.300,00 | R$ 65.000,00 |
| 0304040053 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE RETO/ CANAL ANAL/ MARGEM ANAL | 16 | R$ 800,00 | R$ 12.800,00 |
| 0304040061 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE SEIO PARA-NASAL/ LARINGE / HIPOFARINGE/ OROFARINGE /CAVIDADE ORAL | 14 | R$ 1.300,00 | R$ 18.200,00 |
| 0304040070 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE BEXIGA | 25 | R$ 1.300,00 | R$ 32.500,00 |
| 0304040088 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE NASOFARINGE | 1 | R$ 1.300,00 | R$ 1.300,00 |
| 0304040096 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS (PRÉVIA) | 20 | R$ 1.100,00 | R$ 22.000,00 |
| 0304040100 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR INDIFERENCIADO DE CÉLULAS PEQUENAS (PRÉVIA) | 1 | R$ 1.100,00 | R$ 1.100,00 |
| 0304040118 | QUIMIOTERAPIA DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DE ESÔFAGO | 6 | R$ 1.300,00 | R$ 7.800,00 |
| 0304040126 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMOIDE DE VULVA | 1 | R$ 1.300,00 | R$ 1.300,00 |
| 0304040134 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DA TUBA UTERINA - 2ª LINHA | 1 | R$ 1.450,00 | R$ 1.450,00 |
| 0304040142 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DA TUBA UTERINA - 1ª LINHA | 26 | R$ 1.450,00 | R$ 37.700,00 |
| 0304040150 | QUIMIOTERAPIA DE OSTEOSSARCOMA - 2ª LINHA. | 1 | R$ 8.064,50 | R$ 8.064,50 |
| 0304040169 | QUIMIOTERAPIA DE SARCOMA ÓSSEO / OSTEOSSARCOMA - 1ª LINHA | 1 | R$ 1.447,70 | R$ 1.447,70 |
| 0304040177 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ESTÔMAGO (PRÉ-OPERATÓRIA) | 10 | R$ 1.300,00 | R$ 13.000,00 |
| 0304040185 | POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO III (PRÉVIA) | 1 | R$ 1.400,00 | R$ 1.400,00 |
| 0304040193 | HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO III (PRÉVIA) | 1 | R$ 79,75 | R$ 79,75 |
| **TOTAL** |  | **263** |  | **R$ 321.001,45** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO: 3 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS** | | | | |
| **SUBGRUPO: 4 - TRATAMENTO EM ONCOLOGIA** | | | | |
| **FO 5 - QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE (PROFILÁTICA) - ADULTO** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0304050016 | QUIMIOTERAPIA INTRA-VESICAL | 15 | R$ 1.300,00 | R$ 19.500,00 |
| 0304050024 | QUIMIOTERAPIA DE ADENOCARCINOMA DE CÓLON | 129 | R$ 2.224,00 | R$ 286.896,00 |
| 0304050032 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE RETO (ADJUVANTE) | 26 | R$ 427,50 | R$ 11.115,00 |
| 0304050040 | HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO I | 948 | R$ 79,75 | R$ 75.603,00 |
| 0304050067 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO III | 133 | R$ 800,00 | R$ 106.400,00 |
| 0304050075 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO II | 160 | R$ 800,00 | R$ 128.000,00 |
| 0304050113 | HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO III | 376 | R$ 79,75 | R$ 29.986,00 |
| 0304050121 | HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO II | 939 | R$ 79,75 | R$ 74.885,25 |
| 0304050130 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO I | 35 | R$ 571,50 | R$ 20.002,50 |
| 0304050172 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS (ADJUVANTE) | 6 | R$ 1.100,00 | R$ 6.600,00 |
| 0304050180 | QUIMIOTERAPIA DE CARCINOMA PULMONAR INDIFERENCIADO DE CÉLULAS PEQUENAS (ADJUVANTE) | 1 | R$ 1.100,00 | R$ 1.100,00 |
| 0304050202 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DA TUBA UTERINA | 21 | R$ 1.450,00 | R$ 30.450,00 |
| 0304050210 | QUIMIOTERAPIA DO OSTEOSSARCOMA | 1 | R$ 1.744,10 | R$ 1.744,10 |
| 0304050229 | QUIMIOTERAPIA DE SARCOMA DE PARTES MOLES DE EXTREMIDADE | 1 | R$ 1.600,00 | R$ 1.600,00 |
| 0304050253 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ESTÔMAGO (PÓS OPERATÓRIA) | 38 | R$ 571,50 | R$ 21.717,00 |
| 0304050261 | POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO I (ADJUVANTE) | 1 | R$ 571,50 | R$ 571,50 |
| 0304050270 | POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO II (ADJUVANTE) | 1 | R$ 800,00 | R$ 800,00 |
| 0304050288 | POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO III (ADJUVANTE) | 1 | R$ 800,00 | R$ 800,00 |
| 0304050296 | MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO I (ADJUVANTE) | 1 | R$ 34,10 | R$ 34,10 |
| 0304050300 | MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO II (ADJUVANTE) | 1 | R$ 34,10 | R$ 34,10 |
| 0304050318 | MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO III (ADJUVANTE) | 1 | R$ 34,10 | R$ 34,10 |
| 0304050326 | QUIMIOTERAPIA DE MELANOMA MALÍGNO | 1 | R$ 1.251,64 | R$ 1.251,64 |
| 0304050334 | QUIMIOTERAPIA DE TUMOR DO ESTROMA GASTRO INTESTINAL | 1 | R$ 17,00 | R$ 17,00 |
| **TOTAL** |  | **2837** |  | **R$ 819.141,29** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO: 3 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS** | | | | |
| **SUBGRUPO: 4 - TRATAMENTO EM ONCOLOGIA** | | | | |
| **FO 6 - QUIMIOTERAPIA CURATIVA - ADULTO** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0304060011 | QUIMIOTERAPIA DA DOENÇA DE HODGKIN - 1ª LINHA | 1 | R$ 1.258,64 | R$ 1.258,64 |
| 0304060038 | QUIMIOTERAPIA DA DOENÇA DE HODGKIN - 2ª LINHA | 1 | R$ 1.258,64 | R$ 1.258,64 |
| 0304060046 | QUIMIOTERAPIA DA DOENÇA DE HODGKIN - 3ª LINHA | 1 | R$ 1.258,64 | R$ 1.258,64 |
| 0304060070 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/ MIELODISPLASIA /LINFOMA LINFOBLÁSTICO/ LINFOMA DE BURKITT - 1ª LINHA | 1 | R$ 2.300,00 | R$ 2.300,00 |
| 0304060089 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/ MIELODISPLASIA/LINFOMA LINFOBLÁSTICO/ LINFOMA DE BURKITT - 2ª LINHA | 1 | R$ 1.400,00 | R$ 1.400,00 |
| 0304060097 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/ MIELODISPLASIA/ LINFOMA LINFOBLÁSTICO/ LINFOMA DE BURKITT 3ª LINHA | 1 | R$ 830,52 | R$ 830,52 |
| 0304060100 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/MIELODISPLASIA/ LINFOMA LINFOBLÁSTICO/ LINFOMA DE BURKITT - 4ª LINHA | 1 | R$ 427,50 | R$ 427,50 |
| 0304060119 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN GRAU INTERMEDIÁRIO OU ALTO - 2ª LINHA | 1 | R$ 1.447,70 | R$ 1.447,70 |
| 0304060127 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN GRAU INTERMEDIÁRIO OU ALTO - 3ª LINHA | 1 | R$ 1.447,70 | R$ 1.447,70 |
| 0304060135 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN DE GRAU DE MALIGNIDADE INTERMEDIÁRIO OU ALTO - 1ª LINHA | 6 | R$ 800,00 | R$ 4.800,00 |
| 0304060151 | QUIMIOTERAPIA DE TUMOR GERMINATIVO EXTRA-GONADAL | 1 | R$ 2.408,52 | R$ 2.408,52 |
| 0304060160 | QUIMIOTERAPIA DE TUMOR GERMINATIVO DE OVÁRIO | 1 | R$ 1.700,00 | R$ 1.700,00 |
| 0304060178 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL - BAIXO RISCO | 1 | R$ 1.743,12 | R$ 1.743,12 |
| 0304060186 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL - CORIOCARCINOMA DE BAIXO RISCO PERSISTENTE / ALTO RISCO / RECIDIVA | 1 | R$ 2.408,52 | R$ 2.408,52 |
| 0304060208 | QUIMIOTERAPIA DE TUMOR GERMINATIVO DE TESTÍCULO - 1ª LINHA | 1 | R$ 1.700,00 | R$ 1.700,00 |
| 0304060216 | QUIMIOTERAPIA DE TUMOR GERMINATIVO DE TESTÍCULO - 2ª LINHA | 1 | R$ 1.700,00 | R$ 1.700,00 |
| 0304060224 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B – 1ª LINHA | 1 | R$ 800,00 | R$ 800,00 |
| **TOTAL** |  | **22** |  | **R$ 28.889,50** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO: 3 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS** | | | | |
| **SUBGRUPO: 4 - TRATAMENTO EM ONCOLOGIA** | | | | |
| **FO 7 - QUIMIOTERAPIA DE TUMORES DE CRIANCA E ADOLESCENTE** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0304070017 | QUIMIOTERAPIA DE CANCER NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - 1ª LINHA | 1 | R$ 1.700,00 | R$ 1.700,00 |
| 0304070025 | QUIMIOTERAPIA DE CANCER NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - 2ª LINHA | 1 | R$ 1.381,76 | R$ 1.381,76 |
| 0304070033 | QUIMIOTERAPIA DE CÂNCER NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - 4ª LINHA | 1 | R$ 427,50 | R$ 427,50 |
| 0304070041 | QUIMIOTERAPIA DE CÂNCER NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - 3ª LINHA | 1 | R$ 800,00 | R$ 800,00 |
| 0304070050 | QUIMIOTERAPIA DE ALTA DOSE DE OSTEOSSARCOMA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA | 1 | R$ 7.285,83 | R$ 7.285,83 |
| **TOTAL** |  | **5** |  | **R$ 11.595,09** |
|  |  |  |  |  |
| **GRUPO: 3 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS** | | | | |
| **SUBGRUPO: 4 - TRATAMENTO EM ONCOLOGIA** | | | | |
| **FO 8 - QUIMIOTERAPIA - PROCEDIMENTOS ESPECIAIS** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | | |
| **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | **Valor Anual** |
| 0304080012 | FATOR ESTIMULANTE DO CRESCIMENTO DE COLÕNIAS DE GRANULÓCITOS / MACRÓFAGOS | 1 | R$ 871,00 | R$ 871,00 |
| 0304080055 | QUIMIOTERAPIA INTRA-TECAL | 1 | R$ 335,00 | R$ 335,00 |
| 0304080071 | INIBIDOR DA OSTEÓLISE | 121 | R$ 449,50 | R$ 54.389,50 |
| 0304090050 | IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIREOIDE( 30mCi) | 1 | R$ 443,70 | R$ 443,70 |
| 0304090069 | IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIREOIDE( 50mCi) | 1 | R$ 614,70 | R$ 614,70 |
| **TOTAL** |  | **125** |  | **R$ 56.653,90** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **GRUPO 9 - PROGRAMAÇÃO COM CÓDIGO ANTIGO DA PPI** | | | | |
| **SUBGRUPO 1 - SIH ALTACOMPLEXIDADE** | | | | |
| **Código / Descrição** | **Programado** | | | |
| **Nº Leitos¹** | **Nº Internações** | **Custo Médio AIH** | **Valor Anual** |
| FO 180 - CLÍNICA CIRÚRGICA ² | 4 | 154 | R$ 1.595,60 | R$ 245.722,78 |
| FO 195 - CLÍNICA MÉDICA ² | 4 | 99 | R$ 1.586,88 | R$ 157.101,46 |
| **TOTAL** | 8 | 253 |  | **R$ 402.824,24** |

|  |  |
| --- | --- |
| **TOTAL GERAL PROGRAMADO PARA SERVIÇOS DE ONCOLOGIA** | **R$ 4.326.233,16** |

**ANEXO II**

**PROPOSTA DE PROCEDIMENTOS MÁXIMOS OFERTADOS**

(*Nome do estabelecimento)* pessoa jurídica de direito *(público/privado)* inscrita no CNPJ sob o n.° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sediada na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nesta cidade, vem por seu representante legal, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_inscrito no CPF sob o n.° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, apresentar seu interesse em cadastrar-se junto a Secretaria Municipal de Saúde de Patos de Minas para a prestação de serviços de assistência à saúde em na especialidade de Oncologia, conforme abaixo, com o respectivo quantitativo máximo de procedimentos/mês, de conformidade com o Edital ............../2015.

**FICHA DE PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA - FPO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **GRUPO 02 - PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | | | | |
| **SUBGRUPO 01 - COLETA DE MATERIAL** | | | | | | | |
| **FO 01 - COLETA DE MATERIAL POR MEIO DE PUNÇÃO BIÓPSIA** | | | | | | | |
|  |  | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0201010020 | BIÓPSIA / PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE | 12 |  | | R$ 14,10 | |  |
| 0201010046 | BIÓPSIA DE ANÛS E CANAL ANAL | 12 |  | | R$ 18,46 | |  |
| 0201010151 | BIÓPSIA DE ENDOMÉTRIO | 12 |  | | R$ 18,33 | |  |
| 201010194 | BIÓPSIA DE FARINGE | 12 |  | | R$ 19,06 | |  |
| 0201010224 | BIÓPSIA DE GÂNGLIO LINFÁTICO | 12 |  | | R$ 46,19 | |  |
| 0201010305 | BIÓPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DA CINTURA ESCAPULAR (POR AGULHA / CÉU ABERTO) | 12 |  | | R$ 182,75 | |  |
| 0201010313 | BIÓPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DA CINTURA PÉLVICA (POR AGULHA / CÉU ABERTO) | 12 |  | | R$ 183,39 | |  |
| 0201010321 | BIÓPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DE MEMBRO INFERIOR (POR AGULHA / CÉU ABERTO) | 12 |  | | R$ 188,78 | |  |
| 0201010330 | BIÓPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DE MEMBRO SUPERIOR (POR AGULHA / CÉU ABERTO) | 12 |  | | R$ 188,26 | |  |
| 0201010348 | BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE | 12 |  | | R$ 23,99 | |  |
| 0201010364 | BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE | 12 |  | | R$ 14,66 | |  |
| 0201010372 | BIÓPSIA DE PELE E PARTES MOLES | 12 |  | | R$ 25,83 | |  |
| 0201010380 | BIÓPSIA DE PÊNIS | 12 |  | | R$ 18,33 | |  |
| 0201010399 | BIÓPSIA DE PIRÂMIDE NASAL | 12 |  | | R$ 18,33 | |  |
| 0201010402 | BIÓPSIA DE PLEURA (POR AGULHA / PLEUROSCOPIA) | 12 |  | | R$ 113,68 | |  |
| 0201010410 | BIÓPSIA DE PRÓSTATA | 33 |  | | R$ 92,38 | |  |
| 0201010470 | BIÓPSIA DE TIREÓIDE OU PARATIREÓIDE | 12 |  | | R$ 23,73 | |  |
| 0201010500 | BIÓPSIA DE VAGINA | 12 |  | | R$ 18,33 | |  |
| 0201010518 | BIÓPSIA DE VULVA | 12 |  | | R$ 18,33 | |  |
| 0201010569 | BIÓPSIA/EXÉRESE DE NÓDULO DE MAMA | 12 |  | | R$ 35,00 | |  |
| 0201010585 | PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA | 12 |  | | R$ 33,24 | |  |
| 0201010607 | PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA GROSSA | 13 |  | | R$ 68,43 | |  |
| 0201010631 | PUNÇÃO LOMBAR | 12 |  | | R$ 7,04 | |  |
| 0201010640 | PUNÇÃO P/ ESVAZIAMENTO | 12 |  | | R$ 7,04 | |  |
| **TOTAL** | | **310** |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | | | | |
| **FO 1 - EXAMES BIOQUÍMICOS** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0202010023 | DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO | 16 |  | | R$ 2,01 | |  |
| 0202010040 | DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (2 DOSAGENS) | 1 |  | | R$ 3,63 | |  |
| 0202010074 | DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA CLÁSSICA (5 DOSAGENS) | 1 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202010090 | DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE | 1 |  | | R$ 3,51 | |  |
| 0202010104 | DOSAGEM DE ACETONA | 1 |  | | R$ 1,85 | |  |
| 0202010112 | DOSAGEM DE ACIDO ASCÓRBICO | 1 |  | | R$ 2,01 | |  |
| 0202010120 | DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO | 142 |  | | R$ 1,85 | |  |
| 0202010147 | DOSAGEM DE ALDOLASE | 1 |  | | R$ 3,68 | |  |
| 0202010155 | DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA | 1 |  | | R$ 3,68 | |  |
| 0202010163 | DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA | 1 |  | | R$ 3,68 | |  |
| 0202010171 | DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA | 1 |  | | R$ 3,68 | |  |
| 0202010180 | DOSAGEM DE AMILASE | 10 |  | | R$ 2,25 | |  |
| 0202010201 | DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES | 1721 |  | | R$ 2,01 | |  |
| 0202010210 | DOSAGEM DE CÁLCIO | 1540 |  | | R$ 1,85 | |  |
| 0202010228 | DOSAGEM DE CÁLCIO IONIZAVEL | 99 |  | | R$ 3,51 | |  |
| 0202010236 | DOSAGEM DE CAROTENO | 1 |  | | R$ 2,01 | |  |
| 0202010252 | DOSAGEM DE CERULOPLASMINA | 1 |  | | R$ 3,68 | |  |
| 0202010260 | DOSAGEM DE CLORETO | 10 |  | | R$ 1,85 | |  |
| 0202010279 | DOSAGEM DE COLESTEROL HDL | 143 |  | | R$ 3,51 | |  |
| 0202010295 | DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL | 250 |  | | R$ 1,85 | |  |
| 0202010309 | DOSAGEM DE COLINESTERASE | 1 |  | | R$ 3,68 | |  |
| 0202010317 | DOSAGEM DE CREATININA | 3032 |  | | R$ 1,85 | |  |
| 0202010325 | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK) | 5 |  | | R$ 3,68 | |  |
| 0202010333 | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB | 1 |  | | R$ 4,12 | |  |
| 0202010341 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA | 1 |  | | R$ 3,51 | |  |
| 0202010350 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTÂMICA | 1 |  | | R$ 3,51 | |  |
| 0202010368 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA | 690 |  | | R$ 3,68 | |  |
| 0202010384 | DOSAGEM DE FERRITINA | 138 |  | | R$ 15,59 | |  |
| 0202010392 | DOSAGEM DE FERRO SÉRICO | 98 |  | | R$ 3,51 | |  |
| 0202010406 | DOSAGEM DE FOLATO | 73 |  | | R$ 15,65 | |  |
| 0202010414 | DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA TOTAL | 1 |  | | R$ 2,01 | |  |
| 0202010422 | DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA | 1701 |  | | R$ 2,01 | |  |
| 0202010430 | DOSAGEM DE FÓSFORO | 19 |  | | R$ 1,85 | |  |
| 0202010449 | DOSAGEM DE FRAÇÃO PROSTÁTICA DA FOSFATASE ÁCIDA | 1 |  | | R$ 2,01 | |  |
| 0202010457 | DOSAGEM DE GALACTOSE | 1 |  | | R$ 3,51 | |  |
| 0202010465 | DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT) | 1417 |  | | R$ 3,51 | |  |
| 0202010473 | DOSAGEM DE GLICOSE | 916 |  | | R$ 1,85 | |  |
| 0202010481 | DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE | 1 |  | | R$ 3,68 | |  |
| 0202010503 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA | 30 |  | | R$ 7,86 | |  |
| 0202010538 | DOSAGEM DE LACTATO | 1 |  | | R$ 3,68 | |  |
| 0202010554 | DOSAGEM DE LIPASE | 11 |  | | R$ 2,25 | |  |
| 0202010562 | DOSAGEM DE MAGNÉSIO | 1261 |  | | R$ 2,01 | |  |
| 0202010570 | DOSAGEM DE MUCO-PROTEÍNAS | 5 |  | | R$ 2,01 | |  |
| 0202010597 | DOSAGEM DE PORFIRINAS | 1 |  | | R$ 3,51 | |  |
| 0202010600 | DOSAGEM DE POTÁSSIO | 1815 |  | | R$ 1,85 | |  |
| 0202010619 | DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS | 1 |  | | R$ 1,85 | |  |
| 0202010627 | DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES | 20 |  | | R$ 1,85 | |  |
| 0202010635 | DOSAGEM DE SÓDIO | 1079 |  | | R$ 1,85 | |  |
| 0202010643 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO-OXALACÉTICA (TGO) | 1054 |  | | R$ 2,01 | |  |
| 0202010651 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO-PIRÚVICA (TGP) | 888 |  | | R$ 2,01 | |  |
| 0202010660 | DOSAGEM DE TRANSFERRINA | 116 |  | | R$ 4,12 | |  |
| 0202010678 | DOSAGEM DE TRIGLICERÍDEOS | 98 |  | | R$ 3,51 | |  |
| 0202010694 | DOSAGEM DE URÉIA | 3000 |  | | R$ 1,85 | |  |
| 0202010708 | DOSAGEM DE VITAMINA B12 | 1 |  | | R$ 15,24 | |  |
| 0202010716 | ELETROFORESE DE LIPOPROTEÍNAS | 1 |  | | R$ 3,68 | |  |
| 0202010724 | ELETROFORESE DE PROTEÍNAS | 1 |  | | R$ 4,42 | |  |
| 0202010740 | PROVA DA D-XILOSE | 1 |  | | R$ 3,68 | |  |
| 0202010767 | DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D | 1 |  | | R$ 15,24 | |  |
| **TOTAL** | | **21.424** |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | | | | |
| **FO 2 - EXAMES HEMATOLÓGICOS E HEMOSTASIA** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0202020029 | CONTAGEM DE PLAQUETAS | 3 |  | | R$ 2,73 | |  |
| 0202020037 | CONTAGEM DE RETICULÓCITOS | 31 |  | | R$ 2,73 | |  |
| 0202020070 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO | 3 |  | | R$ 2,73 | |  |
| 0202020096 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE | 3 |  | | R$ 2,73 | |  |
| 0202020126 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA | 1 |  | | R$ 2,85 | |  |
| 0202020134 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA) | 272 |  | | R$ 5,77 | |  |
| 0202020142 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP) | 305 |  | | R$ 2,73 | |  |
| 0202020150 | DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS) | 123 |  | | R$ 2,73 | |  |
| 0202020290 | DOSAGEM DE FIBRINOGÊNIO | 1 |  | | R$ 4,60 | |  |
| 0202020304 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA | 1 |  | | R$ 1,53 | |  |
| 0202020320 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL | 1 |  | | R$ 2,73 | |  |
| 0202020339 | DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA | 1 |  | | R$ 2,73 | |  |
| 0202020347 | DOSAGEM DE PLASMINOGÊNIO | 1 |  | | R$ 4,11 | |  |
| 0202020355 | ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA | 1 |  | | R$ 5,41 | |  |
| 0202020363 | ERITROGRAMA (ERITRÓCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATÓCRITO) | 1 |  | | R$ 2,73 | |  |
| 0202020380 | HEMOGRAMA COMPLETO | 3623 |  | | R$ 4,11 | |  |
| 0202020398 | LEUCOGRAMA | 1 |  | | R$ 2,73 | |  |
| 0202020428 | PESQUISA DE CORPÚSCULOS DE HEINZ | 1 |  | | R$ 2,73 | |  |
| 0202020444 | PESQUISA DE HEMOGLOBINA S | 1 |  | | R$ 2,73 | |  |
| 0202020460 | PESQUISA DE TRIPANOSSOMA | 1 |  | | R$ 2,73 | |  |
| 0202020541 | TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD) | 1 |  | | R$ 2,73 | |  |
| **TOTAL** | | **4.376** |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | | | | |
| **FO 3 - EXAMES SOROLÓGICOS E IMUNOLÓGICOS** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0202030016 | CONTAGEM DE LINFÓCITOS B | 1 |  | | R$ 15,00 | |  |
| 0202030032 | CONTAGEM DE LINFÓCITOS T TOTAIS | 1 |  | | R$ 15,00 | |  |
| 0202030067 | DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50) | 1 |  | | R$ 9,25 | |  |
| 0202030075 | DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATÓIDE | 10 |  | | R$ 2,83 | |  |
| 0202030083 | DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA | 1 |  | | R$ 9,25 | |  |
| 0202030091 | DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEÍNA | 10 |  | | R$ 15,06 | |  |
| 0202030105 | DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA) | 1190 |  | | R$ 16,42 | |  |
| 0202030113 | DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA | 28 |  | | R$ 13,55 | |  |
| 0202030121 | DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3 | 1 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030130 | DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4 | 1 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030156 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA) | 1 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030164 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) | 1 |  | | R$ 9,25 | |  |
| 0202030180 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM) | 1 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030199 | DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE | 1 |  | | R$ 9,25 | |  |
| 0202030202 | DOSAGEM DE PROTEÍNA C REATIVA | 106 |  | | R$ 2,83 | |  |
| 0202030253 | PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA | 1 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202030261 | PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA | 1 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202030270 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA | 1 |  | | R$ 8,67 | |  |
| 0202030288 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI | 1 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030296 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT) | 1 |  | | R$ 85,00 | |  |
| 0202030300 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA) | 5 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202030318 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2 | 1 |  | | R$ 18,55 | |  |
| 0202030326 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP) | 1 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030334 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS | 1 |  | | R$ 5,74 | |  |
| 0202030342 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM | 3 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030350 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO) | 1 |  | | R$ 18,55 | |  |
| 0202030369 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA) | 1 |  | | R$ 18,55 | |  |
| 0202030377 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS | 1 |  | | R$ 9,25 | |  |
| 0202030385 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS | 1 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202030393 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS | 1 |  | | R$ 9,25 | |  |
| 0202030407 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS | 1 |  | | R$ 3,70 | |  |
| 0202030415 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO | 1 |  | | R$ 5,83 | |  |
| 0202030423 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCÊNCIA) | 1 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202030458 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70) | 1 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202030466 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES | 1 |  | | R$ 9,70 | |  |
| 0202030474 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO) | 1 |  | | R$ 2,83 | |  |
| 0202030482 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO | 1 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202030512 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS | 1 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202030520 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA | 1 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030547 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA | 1 |  | | R$ 5,50 | |  |
| 0202030598 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINÚCLEO | 8 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030601 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS | 1 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030610 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMÓDIOS | 1 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202030628 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA | 1 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030636 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS) | 3 |  | | R$ 18,55 | |  |
| 0202030644 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE) | 1 |  | | R$ 18,55 | |  |
| 0202030679 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV) | 41 |  | | R$ 18,55 | |  |
| 0202030687 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV) | 1 |  | | R$ 18,55 | |  |
| 0202030695 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DO SARAMPO | 1 |  | | R$ 9,25 | |  |
| 0202030725 | PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMÍDIA | 1 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030733 | PESQUISA DE ANTICORPOS HETERÓFILOS CONTA O VÍRUS EPSTEIN-BARR | 1 |  | | R$ 2,83 | |  |
| 0202030741 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVÍRUS | 3 |  | | R$ 11,00 | |  |
| 0202030750 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS | 1 |  | | R$ 9,25 | |  |
| 0202030768 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA | 1 |  | | R$ 16,97 | |  |
| 0202030776 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI | 1 |  | | R$ 9,25 | |  |
| 0202030784 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG) | 1 |  | | R$ 18,55 | |  |
| 0202030806 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG) | 3 |  | | R$ 18,55 | |  |
| 0202030814 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBÉOLA | 1 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030822 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER | 1 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030830 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS EPSTEIN-BARR | 1 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030849 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS HERPES SIMPLES | 1 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030857 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS | 3 |  | | R$ 11,61 | |  |
| 0202030881 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI | 1 |  | | R$ 9,25 | |  |
| 0202030890 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM) | 6 |  | | R$ 18,55 | |  |
| 0202030911 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE A (HAV-IGM) | 6 |  | | R$ 18,55 | |  |
| 0202030920 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA RUBEOLA | 1 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030938 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER | 1 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030946 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS EPSTEIN-BARR | 1 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030954 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS HERPES SIMPLES | 1 |  | | R$ 17,16 | |  |
| 0202030962 | PESQUISA DE ANTÍGENO CARCINOEMBRIONÁRIO (CEA) | 1893 |  | | R$ 13,35 | |  |
| 0202030970 | PESQUISA DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBSAG) | 28 |  | | R$ 18,55 | |  |
| 0202030989 | PESQUISA DE ANTÍGENO E DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBEAG) | 1 |  | | R$ 18,55 | |  |
| 0202031020 | PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCÊNCIA | 1 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202031039 | PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO- ESPECÍFICA | 1 |  | | R$ 9,25 | |  |
| 0202031047 | PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCÊNCIA) | 1 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202031098 | REAÇÃO DE HEMAGLUTINAÇÃO (TPHA) P/ DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS | 1 |  | | R$ 4,10 | |  |
| 0202031101 | REACAO DE MONTENEGRO ID | 1 |  | | R$ 2,83 | |  |
| 0202031110 | TESTE DE VDRL P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS | 5 |  | | R$ 2,83 | |  |
| 0202031128 | TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS | 1 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202031136 | TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS | 1 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202031160 | TESTES RÁPIDOS P/ DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS | 1 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202031179 | VDRL P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTE DOSAGEM DE ANTICORPOS | 1 |  | | R$ 2,83 | |  |
| 0202031187 | ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA | 1 |  | | R$ 18,55 | |  |
| 0202031217 | DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125 | 210 |  | | R$ 13,55 | |  |
| 0202031195 | DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO | 1 |  | | R$ 17,16 | |  |
| **TOTAL** | | **3.417** |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | | | | |
| **FO 4 - EXAMES COPROLÓGICOS** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0202040020 | DOSAGEM DE GORDURA FECAL | 1 |  | | R$ 3,04 | |  |
| 0202040038 | EXAME COPROLÓGICO FUNCIONAL | 1 |  | | R$ 3,04 | |  |
| 0202040046 | IDENTIFICAÇÃO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS | 1 |  | | R$ 1,65 | |  |
| 0202040054 | PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIÚRUS OXIÚRA) | 1 |  | | R$ 1,65 | |  |
| 0202040062 | PESQUISA DE EOSINÓFILOS | 1 |  | | R$ 1,65 | |  |
| 0202040070 | PESQUISA DE GORDURA FECAL | 1 |  | | R$ 1,65 | |  |
| 0202040089 | PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES | 1 |  | | R$ 1,65 | |  |
| 0202040097 | PESQUISA DE LEUCÓCITOS NAS FEZES | 1 |  | | R$ 1,65 | |  |
| 0202040100 | PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES | 1 |  | | R$ 1,65 | |  |
| 0202040127 | PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS | 23 |  | | R$ 1,65 | |  |
| 0202040135 | PESQUISA DE ROTAVÍRUS NAS FEZES | 1 |  | | R$ 10,25 | |  |
| 0202040143 | PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES | 23 |  | | R$ 1,65 | |  |
| 0202040151 | PESQUISA DE SUBSTÂNCIAS REDUTORAS NAS FEZES | 1 |  | | R$ 1,65 | |  |
| 0202040160 | PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES | 1 |  | | R$ 1,65 | |  |
| 0202040178 | PESQUISA DE TROFOZOÍTAS NAS FEZES | 1 |  | | R$ 1,65 | |  |
| **TOTAL** | | **59** |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | | | | |
| **FO 5 - EXAMES UROANÁLISE** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0202050017 | ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA | 551 |  | | R$ 3,70 | |  |
| 0202050025 | CLEARANCE DE CREATININA | 1 |  | | R$ 3,51 | |  |
| 0202050041 | CLEARANCE DE UREIA | 1 |  | | R$ 3,51 | |  |
| 0202050084 | DOSAGEM DE CITRATO | 1 |  | | R$ 2,01 | |  |
| 0202050092 | DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA | 6 |  | | R$ 8,12 | |  |
| 0202050106 | DOSAGEM DE OXALATO | 1 |  | | R$ 3,68 | |  |
| 0202050114 | DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS) | 1 |  | | R$ 2,04 | |  |
| 0202050130 | EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS | 1 |  | | R$ 3,70 | |  |
| 0202050149 | PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA) | 1 |  | | R$ 3,70 | |  |
| 0202050165 | PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA | 1 |  | | R$ 3,70 | |  |
| 0202050190 | PESQUISA DE CISTINA NA URINA | 1 |  | | R$ 2,04 | |  |
| 0202050203 | PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA | 1 |  | | R$ 2,04 | |  |
| 0202050220 | PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA | 1 |  | | R$ 2,04 | |  |
| 0202050238 | PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA | 1 |  | | R$ 2,04 | |  |
| 0202050246 | PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA | 1 |  | | R$ 3,36 | |  |
| 0202050262 | PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA | 1 |  | | R$ 2,04 | |  |
| 0202050270 | PESQUISA DE LACTOSE NA URINA | 1 |  | | R$ 2,04 | |  |
| 0202050319 | PESQUISA DE TIROSINA NA URINA | 1 |  | | R$ 2,04 | |  |
| **TOTAL** | | **573** |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | | | | |
| **FO 6 - EXAMES HORMONAIS** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0202060012 | DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE | 1 |  | | R$ 12,54 | |  |
| 0202060020 | DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3 | 1 |  | | R$ 12,54 | |  |
| 0202060039 | DETERMINACAO DE T3 REVERSO | 1 |  | | R$ 14,69 | |  |
| 0202060047 | DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA | 1 |  | | R$ 10,20 | |  |
| 0202060055 | DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS | 1 |  | | R$ 6,72 | |  |
| 0202060063 | DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES | 1 |  | | R$ 6,72 | |  |
| 0202060071 | DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA) | 6 |  | | R$ 6,72 | |  |
| 0202060080 | DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH) | 1 |  | | R$ 14,12 | |  |
| 0202060098 | DOSAGEM DE ALDOSTERONA | 1 |  | | R$ 11,89 | |  |
| 0202060110 | DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA | 1 |  | | R$ 11,53 | |  |
| 0202060128 | DOSAGEM DE CALCITONINA | 1 |  | | R$ 14,38 | |  |
| 0202060136 | DOSAGEM DE CORTISOL | 1 |  | | R$ 9,86 | |  |
| 0202060144 | DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA) | 1 |  | | R$ 11,25 | |  |
| 0202060152 | DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT) | 1 |  | | R$ 11,71 | |  |
| 0202060160 | DOSAGEM DE ESTRADIOL | 57 |  | | R$ 10,15 | |  |
| 0202060179 | DOSAGEM DE ESTRIOL | 1 |  | | R$ 11,55 | |  |
| 0202060187 | DOSAGEM DE ESTRONA | 1 |  | | R$ 11,12 | |  |
| 0202060195 | DOSAGEM DE GASTRINA | 1 |  | | R$ 14,15 | |  |
| 0202060209 | DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA | 1 |  | | R$ 15,35 | |  |
| 0202060217 | DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG) | 56 |  | | R$ 7,85 | |  |
| 0202060225 | DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH) | 1 |  | | R$ 10,21 | |  |
| 0202060233 | DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH) | 64 |  | | R$ 7,89 | |  |
| 0202060241 | DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH) | 64 |  | | R$ 8,97 | |  |
| 0202060250 | DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH) | 64 |  | | R$ 8,96 | |  |
| 0202060268 | DOSAGEM DE INSULINA | 1 |  | | R$ 10,17 | |  |
| 0202060276 | DOSAGEM DE PARATORMONIO | 6 |  | | R$ 43,13 | |  |
| 0202060284 | DOSAGEM DE PEPTIDEO C | 1 |  | | R$ 15,35 | |  |
| 0202060292 | DOSAGEM DE PROGESTERONA | 1 |  | | R$ 10,22 | |  |
| 0202060306 | DOSAGEM DE PROLACTINA | 1 |  | | R$ 10,15 | |  |
| 0202060314 | DOSAGEM DE RENINA | 1 |  | | R$ 13,19 | |  |
| 0202060330 | DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS) | 1 |  | | R$ 13,11 | |  |
| 0202060349 | DOSAGEM DE TESTOSTERONA | 1857 |  | | R$ 10,43 | |  |
| 0202060357 | DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE | 1 |  | | R$ 13,11 | |  |
| 0202060365 | DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA | 6 |  | | R$ 15,35 | |  |
| 0202060373 | DOSAGEM DE TIROXINA (T4) | 226 |  | | R$ 8,76 | |  |
| 0202060381 | DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE) | 1 |  | | R$ 11,60 | |  |
| 0202060390 | DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3) | 2 |  | | R$ 8,71 | |  |
| 0202060470 | PESQUISA DE MACROPROLACTINA | 1 |  | | R$ 12,15 | |  |
| **TOTAL** | | **2.435** |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | | | | |
| **FO 7 - EXAMES TOXICOLÓGICOS OU DE MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0202070050 | DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO | 1 |  | | R$ 15,65 | |  |
| 0202070077 | DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO | 1 |  | | R$ 2,01 | |  |
| 0202070085 | DOSAGEM DE ALUMINIO | 1 |  | | R$ 27,50 | |  |
| 0202070093 | DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS | 1 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202070107 | DOSAGEM DE ANFETAMINAS | 1 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202070115 | DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS | 1 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202070123 | DOSAGEM DE BARBITURATOS | 1 |  | | R$ 13,13 | |  |
| 0202070131 | DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS | 1 |  | | R$ 13,48 | |  |
| 0202070140 | DOSAGEM DE CADMIO | 1 |  | | R$ 6,55 | |  |
| 0202070158 | DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA | 1 |  | | R$ 17,53 | |  |
| 0202070166 | DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA | 1 |  | | R$ 4,11 | |  |
| 0202070174 | DOSAGEM DE CHUMBO | 1 |  | | R$ 8,83 | |  |
| 0202070190 | DOSAGEM DE COBRE | 1 |  | | R$ 3,51 | |  |
| 0202070204 | DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA) | 1 |  | | R$ 8,97 | |  |
| 0202070220 | DOSAGEM DE FENITOINA | 1 |  | | R$ 35,22 | |  |
| 0202070239 | DOSAGEM DE FENOL | 1 |  | | R$ 2,05 | |  |
| 0202070247 | DOSAGEM DE FORMALDEIDO | 1 |  | | R$ 3,51 | |  |
| 0202070255 | DOSAGEM DE LITIO | 1 |  | | R$ 2,25 | |  |
| 0202070263 | DOSAGEM DE MERCURIO | 1 |  | | R$ 2,04 | |  |
| 0202070271 | DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA | 1 |  | | R$ 4,11 | |  |
| 0202070280 | DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA | 1 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202070301 | DOSAGEM DE QUINIDINA | 1 |  | | R$ 10,00 | |  |
| 0202070336 | DOSAGEM DE TEOFILINA | 1 |  | | R$ 15,65 | |  |
| 0202070344 | DOSAGEM DE TIOCIANATO | 1 |  | | R$ 3,68 | |  |
| 0202070352 | DOSAGEM DE ZINCO | 1 |  | | R$ 15,65 | |  |
| **TOTAL** | | **25** |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | | | | |
| **FO 8 - EXAMES MICROBIOLÓGICOS** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0202080013 | ANTIBIOGRAMA | 1 |  | | R$ 4,98 | |  |
| 0202080021 | ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRAÇÃO INIBITÓRIA MÍNIMA | 1 |  | | R$ 13,33 | |  |
| 0202080030 | ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTÉRIAS | 1 |  | | R$ 13,33 | |  |
| 0202080048 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA) | 1 |  | | R$ 4,20 | |  |
| 0202080056 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENÍASE) | 1 |  | | R$ 4,20 | |  |
| 0202080064 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE) | 1 |  | | R$ 4,20 | |  |
| 0202080072 | BACTEROSCOPIA (GRAM) | 148 |  | | R$ 2,80 | |  |
| 0202080080 | CULTURA DE BACTÉRIAS P/ IDENTIFICAÇÃO | 345 |  | | R$ 5,62 | |  |
| 0202080099 | CULTURA DO LEITE MATERNO (PÓS-PASTEURIZAÇÃO) | 1 |  | | R$ 4,33 | |  |
| 0202080110 | CULTURA PARA BAAR | 1 |  | | R$ 5,63 | |  |
| 0202080129 | CULTURA PARA BACTÉRIAS ANAERÓBICAS | 1 |  | | R$ 10,25 | |  |
| 0202080137 | CULTURA PARA IDENTIFICAÇÃO DE FUNGOS | 1 |  | | R$ 4,19 | |  |
| 0202080145 | EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO) | 1 |  | | R$ 2,80 | |  |
| 0202080153 | HEMOCULTURA | 45 |  | | R$ 11,49 | |  |
| 0202080161 | IDENTIFICAÇÃO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS | 1 |  | | R$ 5,63 | |  |
| 0202080170 | PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI | 1 |  | | R$ 4,33 | |  |
| 0202080188 | PESQUISA DE BACILO DIFTÉRICO | 1 |  | | R$ 2,80 | |  |
| 0202080196 | PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLÍTICOS DO GRUPO A | 1 |  | | R$ 4,33 | |  |
| 0202080218 | PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI | 1 |  | | R$ 4,33 | |  |
| **TOTAL** | | **554** |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | | | | |
| **FO 9 - EXAMES EM OUTROS LÍQUIDOS BIOLÓGICOS** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0202090019 | ÁCIDO ÚRICO LÍQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES | 1 |  | | R$ 1,89 | |  |
| 0202090051 | CONTAGEM ESPECÍFICA DE CÉLULAS NO LÍQUOR | 1 |  | | R$ 1,89 | |  |
| 0202090060 | CONTAGEM GLOBAL DE CÉLULAS NO LÍQUOR | 1 |  | | R$ 1,89 | |  |
| 0202090124 | DOSAGEM DE GLICOSE NO LÍQUIDO SINOVIAL E DERRAMES | 1 |  | | R$ 1,89 | |  |
| 0202090132 | DOSAGEM DE PROTEÍNAS NO LÍQUIDO SINOVIAL E DERRAMES | 1 |  | | R$ 1,89 | |  |
| 0202090159 | ELETROFORESE DE PROTEÍNAS C/ CONCENTRAÇÃO NO LÍQUOR | 1 |  | | R$ 5,23 | |  |
| 0202090183 | EXAME DE CARACTERES FÍSICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECÍFICA DE CÉLULAS | 1 |  | | R$ 1,89 | |  |
| 0202090191 | MIELOGRAMA | 1 |  | | R$ 5,79 | |  |
| 0202090213 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZÓIDES ( LISA) | 1 |  | | R$ 9,70 | |  |
| 0202090221 | DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA | 1 |  | | R$ 2,01 | |  |
| 0202090230 | PESQUISA DE CARACTERES FÍSICOS NO LIQUOR | 1 |  | | R$ 1,89 | |  |
| 0202090264 | PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APÓS VASECTOMIA) | 1 |  | | R$ 4,80 | |  |
| **TOTAL** | | **12** |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | | | | |
| **SUBGRUPO 2 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO** | | | | | | | |
| **FO 12 - EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **CÓDIGO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0202120023 | DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO | 1 |  | | R$ 1,37 | |  |
| 0202120031 | FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR | 1 |  | | R$ 10,65 | |  |
| 0202120040 | IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMÁCIAS | 1 |  | | R$ 10,65 | |  |
| 0202120082 | PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO) | 1 |  | | R$ 1,37 | |  |
| 0202120090 | TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA) | 1 |  | | R$ 2,73 | |  |
| **TOTAL** | | **5** |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | | | | |
| **SUBGRUPO 3 - DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA** | | | | | | | |
| **FO 2 - EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0203020014 | DETERMINAÇÃO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIS | 18 |  | | R$ 65,55 | |  |
| 0203020022 | EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DO COLO UTERINO - PEÇA CIRÚRGICA | 309 |  | | R$ 43,21 | |  |
| 0203020030 | EXAME ANATOMOPATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)- PEÇA CIRÚRGICA | 622 |  | | R$ 24,00 | |  |
| 0203020049 | IMUNOHISTOQUÍMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR) | 81 |  | | R$ 92,00 | |  |
| 0203020065 | EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE MAMA - BIÓPSIA | 128 |  | | R$ 24,00 | |  |
| 0203020073 | EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE MAMA - PEÇA CIRÚRGICA | 142 |  | | R$ 43,21 | |  |
| 0203020081 | EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DO COLO UTERINO - BIÓPSIA | 362 |  | | R$ 24,00 | |  |
| **TOTAL** | | **1.662** |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | | | | |
| **SUBGRUPO 4 - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA** | | | | | | | |
| **FO 1 - EXAMES RADIOLÓGICOS DA CABEÇA E PESCOÇO** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0204010080 | RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA + LATERAL) | 12 |  | | R$ 7,52 | |  |
| 0204010128 | RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ) | 12 |  | | R$ 8,38 | |  |
| **TOTAL** | | **24** |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | | | | |
| **SUBGRUPO 4 - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA** | | | | | | | |
| **FO 2 - EXAMES RADIOLÓGICOS DA COLUNA VERTEBRAL** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0204020034 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS) | 12 |  | | R$ 8,33 | |  |
| 0204020069 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA | 12 |  | | R$ 10,96 | |  |
| **TOTAL** | | **24** |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | | | | |
| **SUBGRUPO 4 - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA** | | | | | | | |
| **FO 3 - EXAMES RADIOLÓGICOS DO TÓRAX E MEDIASTINO** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0204030153 | RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL) | 184 |  | | R$ 9,50 | |  |
| 0204030030 | MAMOGRAFIA UNILATERAL | 480 |  | | R$ 22,50 | |  |
| 0204030188 | MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO (FAEC) | 459 |  | | R$ 45,00 | |  |
| **TOTAL** | | **653** |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | | | | |
| **SUBGRUPO 5 - DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA** | | | | | | | |
| **FO 5 - EXAMES RADIOLÓGICOS DO ABDOMEN E PELVE** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0205020038 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR | 19 |  | | R$ 24,20 | |  |
| 0205020046 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL | 105 |  | | R$ 37,95 | |  |
| 0205020097 | ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL | 12 |  | | R$ 24,20 | |  |
| 0205020186 | ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL | 30 |  | | R$ 24,20 | |  |
| **TOTAL** | | **166** |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **GRUPO 2 - PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** | | | | | | | |
| **SUBGRUPO 9 - DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA** | | | | | | | |
| **FO 1 - APARELHO DIGESTIVO** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0209010029 | COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) | 79 |  | | R$ 112,66 | |  |
| 0209010037 | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA | 80 |  | | R$ 48,16 | |  |
| 0209010053 | RETOSSIGMOIDOSCOPIA | 81 |  | | R$ 23,13 | |  |
| **TOTAL** | | **240** |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **GRUPO 3 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS** | | | | | | | |
| **SUBGRUPO 1 - CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS** | | | | | | | |
| **FO 1 - CONSULTAS MÉDICAS/OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | | | **Valor Anual** |
| 0301010072 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA | 504 |  | R$ 10,00 | | |  |
| **TOTAL** | | **504** |  |  | | |  |
|  |  |  |  |  | | |  |
| **Grupo: 3 - Procedimentos clínicos** | | | | | | | |
| **Subgrupo: 4 - Tratamento em oncologia** | | | | | | | |
| **FO 1 - Radioterapia** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | | | **Valor Anual** |
| 0304010014 | BETATERAPIA DÉRMICA (POR CAMPO) | 1 |  | R$ 6,27 | | |  |
| 0304010022 | BETATERAPIA OFTÁLMICA (POR CAMPO) | 1 |  | R$ 23,00 | | |  |
| 0304010030 | BETATERAPIA PARA PROFILAXIA DE PTERÍGIO (POR CAMPO) | 1 |  | R$ 23,00 | | |  |
| 0304010073 | BRAQUITERAPIA DE ALTA TAXA DE DOSE (POR INSERÇÃO) | 1 |  | R$ 1.000,00 | | |  |
| 0304010081 | VERIFICAÇÂO POR IMAGEM EM RADIOTERAPIA | 532 |  | R$ 30,00 | | |  |
| 0304010090 | COBALTOTERAPIA (POR CAMPO) | 1 |  | R$ 30,00 | | |  |
| 0304010103 | IMPLANTAÇÃO DE HALO PARA RADIOCIRURGIA | 1 |  | R$ 35,00 | | |  |
| 0304010120 | IRRADIACAO DE CORPO INTEIRO PRÉ-TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA | 1 |  | R$ 375,00 | | |  |
| 0304010138 | IRRADIAÇÃO DE MEIO CORPO | 1 |  | R$ 126,72 | | |  |
| 0304010146 | IRRADIAÇÃO DE PELE TOTAL | 1 |  | R$ 132,00 | | |  |
| 0304010154 | MÁSCARA / IMOBILIZAÇÃO PERSONALIZADA (POR TRATAMENTO) | 20 |  | R$ 65,00 | | |  |
| 0304010170 | NARCOSE DE CRIANÇA (POR PROCEDIMENTO) | 1 |  | R$ 22,00 | | |  |
| 0304010189 | PLANEJAMENTO COMPLEXO (POR TRATAMENTO) | 159 |  | R$ 120,00 | | |  |
| 0304010197 | PLANEJAMENTO DE BRAQUITERAPIA DE ALTA TAXA DE DOSE (POR TRATAMENTO) | 1 |  | R$ 120,00 | | |  |
| 0304010200 | PLANEJAMENTO SIMPLES (POR TRATAMENTO) | 1 |  | R$ 60,00 | | |  |
| 0304010219 | RADIOCIRURGIA - UM ISOCENTRO | 1 |  | R$ 5.000,00 | | |  |
| 0304010235 | RADIOTERAPIA DE DOENÇA OU CONDIÇÃO BENIGNA (POR CAMPO) | 1 |  | R$ 6,27 | | |  |
| 0304010243 | RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA FRACIONADA | 1 |  | R$ 5.000,00 | | |  |
| 0304010260 | ROENTGENTERAPIA (POR CAMPO) | 1 |  | R$ 25,00 | | |  |
| 0304010286 | RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR SÓ DE FÓTONS (POR CAMPO) | 1 |  | R$ 30,00 | | |  |
| 0304010294 | RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR DE FÓTONS E ELÉTRONS (POR CAMPO) | 24.479 |  | R$ 35,00 | | |  |
| 0304010308 | COLIMAÇÃO PERSONALIZADA | 883 |  | R$ 52,00 | | |  |
| 0304010316 | PLANEJAMENTO TRIDIMENSIONAL (POR TRATAMENTO). | 63 |  | R$ 480,00 | | |  |
| 0304010340 | NARCOSE PARA BRAQUITERAPIA DE ALTA DOSE (POR PROCEDIMENTO) | 1 |  | R$ 22,00 | | |  |
|  |  | 26.154 |  |  | | |  |
|  |  |  |  |  | | |  |
| **Grupo: 3 - Procedimentos clínicos** | | | | | | | |
| **Subgrupo: 4 - Tratamento em oncologia** | | | | | | | |
| **FO 2 - Quimioterapia paliativa - adulto** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | | | **Valor Anual** |
| 0304020010 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE COLON AVANÇADO -1ª LINHA | 61 |  | R$ 2.224,00 | | |  |
| 0304020028 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE COLON AVANÇADO - 2ª LINHA | 6 |  | R$ 2.224,00 | | |  |
| 0304020036 | HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ENDOMÉTRIO AVANÇADO | 15 |  | R$ 427,50 | | |  |
| 0304020044 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ESTÔMAGO AVANÇADO | 12 |  | R$ 571,50 | | |  |
| 0304020052 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PÂNCREAS AVANÇADO | 12 |  | R$ 1.986,00 | | |  |
| 0304020060 | HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA AVANÇADO - 2ª LINHA | 226 |  | R$ 147,10 | | |  |
| 0304020079 | HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA AVANÇADO - 1ª LINHA | 2.583 |  | R$ 301,50 | | |  |
| 0304020087 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA RESISTENTE A HORMONIOTERAPIA | 12 |  | R$ 1.062,65 | | |  |
| 0304020095 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE RETO AVANÇADO -1ª LINHA | 8 |  | R$ 2.224,00 | | |  |
| 0304020109 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE RETO AVANÇADO - 2ª LINHA | 12 |  | R$ 2.224,00 | | |  |
| 0304020117 | QUIMIOTERAPIA DO APUDOMA/TUMOR NEUROENDÓCRINO AVANÇADO | 1 |  | R$ 1.062,65 | | |  |
| 0304020125 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE ADRENAL AVANÇADO | 1 |  | R$ 1.300,00 | | |  |
| 0304020133 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO -1ª LINHA | 30 |  | R$ 1.700,00 | | |  |
| 0304020141 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 2ª LINHA | 28 |  | R$ 2.378,90 | | |  |
| 0304020150 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE NASOFARINGE AVANÇADO | 3 |  | R$ 571,50 | | |  |
| 0304020168 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE RIM AVANÇADO | 1 |  | R$ 571,50 | | |  |
| 0304020176 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DE ESÔFAGO AVANÇADO | 1 |  | R$ 571,50 | | |  |
| 0304020184 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DO COLO OU DO CORPO UTERINO AVANÇADO | 5 |  | R$ 571,50 | | |  |
| 0304020192 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE RETO/ CANAL ANAL/ MARGEM ANAL AVANÇADO | 1 |  | R$ 800,00 | | |  |
| 0304020206 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CABEÇA E PESCOÇO AVANÇADO | 1 |  | R$ 800,00 | | |  |
| 0304020214 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS AVANÇADO | 16 |  | R$ 1.100,00 | | |  |
| 0304020222 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR INDIFERENCIADO DE CÉLULAS PEQUENAS AVANÇADO | 21 |  | R$ 1.100,00 | | |  |
| 0304020230 | QUIMIOTERAPIA DO MELANOMA MALIGNO AVANÇADO | 19 |  | R$ 1.080,00 | | |  |
| 0304020249 | QUIMIOTERAPIA DE METÁSTASE DE ADENOCARCINOMA DE ORIGEM DESCONHECIDA | 1 |  | R$ 571,50 | | |  |
| 0304020257 | QUIMIOTERAPIA DE METÁSTASE DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE/CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE ORIGEM DESCONHECIDA | 1 |  | R$ 800,00 | | |  |
| 0304020265 | QUIMIOTERAPIA DE METÁSTASE DE NEOPLASIA MALIGNA INDIFERENCIADA DE ORIGEM DESCONHECIDA | 5 |  | R$ 1.062,65 | | |  |
| 0304020273 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DE TUBA UTERINA AVANÇADA -1ª LINHA. | 43 |  | R$ 1.450,00 | | |  |
| 0304020281 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DE TUBA UTERINA AVANÇADA - 2ª LINHA) | 1 |  | R$ 1.450,00 | | |  |
| 0304020290 | QUIMIOTERAPIA DE SARCOMA DE PARTES MOLES AVANÇADO | 7 |  | R$ 800,00 | | |  |
| 0304020303 | QUIMIOTERAPIA DE SARCOMA ÓSSEO AVANÇADO | 1 |  | R$ 800,00 | | |  |
| 0304020311 | QUIMIOTERAPIA DO TUMOR DO ESTROMA GASTROINTESTINAL AVANÇADO | 1 |  | R$ 17,00 | | |  |
| 0304020320 | QUIMIOTERAPIA DE TUMOR DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL AVANÇADO | 1 |  | R$ 800,00 | | |  |
| 0304020338 | HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 2ª LINHA | 129 |  | R$ 301,50 | | |  |
| 0304020346 | HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO- 1ª LINHA | 60 |  | R$ 79,75 | | |  |
| 0304020362 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE TIREOIDE AVANÇADO | 1 |  | R$ 427,50 | | |  |
| 0304020370 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE PÊNIS AVANÇADO | 1 |  | R$ 800,00 | | |  |
| 0304020389 | QUIMIOTERAPIA DE CARCINOMA DO FÍGADO OU DO TRATO BILIAR AVANÇADO | 1 |  | R$ 571,50 | | |  |
| 0304020397 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA DO TIMO AVANÇADA | 1 |  | R$ 571,50 | | |  |
| 0304020400 | QUIMIOTERAPIA DE CARCINOMA UROTELIAL AVANÇADO | 4 |  | R$ 1.300,00 | | |  |
|  |  | 3.333 |  |  | | |  |
|  |  |  |  |  | | |  |
| **Grupo: 3 - Procedimentos clínicos** | | | | | | | |
| **Subgrupo: 4 - Tratamento em oncologia** | | | | | | | |
| **FO 3 - Quimioterapia para controle temporário de doença - adulto** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | | | **Valor Anual** |
| 0304030015 | QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA RARA -1ª LINHA. | 1 |  | R$ 640,00 | | |  |
| 0304030023 | QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA RARA - 2ª LINHA | 1 |  | R$ 640,00 | | |  |
| 0304030031 | QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA MIELOPROLIFERATIVA RARA - 1ª LINHA | 182 |  | R$ 150,00 | | |  |
| 0304030040 | QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA MIELOPROLIFERATIVA RARA - 2ª LINHA. | 1 |  | R$ 1.800,00 | | |  |
| 0304030058 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA LINFOCITICA CRONICA - 1ª LINHA. | 1 |  | R$ 407,50 | | |  |
| 0304030066 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA LINFOCITICA CRONICA - 2ª LINHA. | 1 |  | R$ 1.800,00 | | |  |
| 0304030074 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA QUALQUER FASE - CONTROLE SANGÜINEO | 1 |  | R$ 80,75 | | |  |
| 0304030082 | QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE BLÁSTICA - MARCADOR POSITIVO - 2ª LINHA. | 1 |  | R$ 85,00 | | |  |
| 0304030090 | QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE BLASTICA - MARCADOR POSITIVO - SEM FASE CRÔNICA OU DE TRANSFORMAÇÃO ANTERIOR (1ª LINHA). | 1 |  | R$ 17,00 | | |  |
| 0304030104 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE BLÁSTICA - MARCADOR POSITIVO-3ª LINHA | 1 |  | R$ 1.736,20 | | |  |
| 0304030112 | QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE CRÔNICA - MARCADOR POSITIVO - 1ª LINHA. | 1 |  | R$ 17,00 | | |  |
| 0304030120 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE CRÔNICA - MARCADOR POSITIVO - 3ª LINHA | 1 |  | R$ 2.535,50 | | |  |
| 0304030139 | QUMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE DE TRANSFORMAÇÃO - MARCADOR POSITIVO - 3ª LINHA | 1 |  | R$ 1.401,20 | | |  |
| 0304030147 | QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE DE TRANSFORMAÇÃO - MARCADOR POSITIVO - 2ªLINHA | 1 |  | R$ 17,00 | | |  |
| 0304030155 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE DE TRANSFORMAÇÃO - MARCADOR POSITIVO - SEM FASE CRONICA ANTERIOR (1ª LINHA) | 1 |  | R$ 17,00 | | |  |
| 0304030163 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN DE BAIXO GRAU DE MALIGNIDADE (1ª LINHA) | 1 |  | R$ 640,00 | | |  |
| 0304030171 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN DE BAIXO GRAU DE MALIGNIDADE - 2ªLINHA | 1 |  | R$ 1.080,00 | | |  |
| 0304030180 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA DE CÉLULAS PLASMÁTICAS - 1ª LINHA. | 1 |  | R$ 427,50 | | |  |
| 0304030198 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA DE CÉLULAS PLASMÁTICAS - 2ª LINHA. | 1 |  | R$ 1.715,60 | | |  |
| 0304030201 | QUIMIOTERAPIA DA TRICOLEUCEMIA - 2ª LINHA | 1 |  | R$ 2.250,00 | | |  |
| 0304030210 | QUIMIOTERAPIA DE TRICOLEUCEMIA - 1ªLINHA. | 1 |  | R$ 5.700,00 | | |  |
| 0304030228 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE CRÔNICA - MARCADOR POSITIVO - 2ª LINHA | 1 |  | R$ 17,00 | | |  |
| 0304030236 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA FOLICULAR- 1ª lINHA | 1 |  | R$ 640,00 | | |  |
| 0304030244 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA FOLICULAR - 2ª LINHA | 1 |  | R$ 1.080,00 | | |  |
|  |  | 205 |  |  | | |  |
|  |  |  |  |  | | |  |
| **Grupo: 3 - Procedimentos clínicos** | | | | | | | |
| **Subgrupo: 4 - Tratamento em oncologia** | | | | | | | |
| **FO 4 - Quimioterapia prévia (neoadjuvante/citorredutora)- adulto** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0304040010 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE RETO (PRÉVIA) | 33 |  | | R$ 571,50 | |  |
| 0304040029 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA (PRÉVIA) | 55 |  | | R$ 1.400,00 | |  |
| 0304040045 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE / | 50 |  | | R$ 1.300,00 | |  |
| 0304040053 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE RETO/ CANAL ANAL/ MARGEM ANAL | 16 |  | | R$ 800,00 | |  |
| 0304040061 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE SEIO PARA-NASAL/ LARINGE / HIPOFARINGE/ OROFARINGE /CAVIDADE ORAL | 14 |  | | R$ 1.300,00 | |  |
| 0304040070 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE BEXIGA | 25 |  | | R$ 1.300,00 | |  |
| 0304040088 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE NASOFARINGE | 1 |  | | R$ 1.300,00 | |  |
| 0304040096 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS (PRÉVIA) | 20 |  | | R$ 1.100,00 | |  |
| 0304040100 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR INDIFERENCIADO DE CÉLULAS PEQUENAS (PRÉVIA) | 1 |  | | R$ 1.100,00 | |  |
| 0304040118 | QUIMIOTERAPIA DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DE ESÔFAGO | 6 |  | | R$ 1.300,00 | |  |
| 0304040126 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMOIDE DE VULVA | 1 |  | | R$ 1.300,00 | |  |
| 0304040134 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DA TUBA UTERINA - 2ª LINHA | 1 |  | | R$ 1.450,00 | |  |
| 0304040142 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DA TUBA UTERINA - 1ª LINHA | 26 |  | | R$ 1.450,00 | |  |
| 0304040150 | QUIMIOTERAPIA DE OSTEOSSARCOMA - 2ª LINHA. | 1 |  | | R$ 8.064,50 | |  |
| 0304040169 | QUIMIOTERAPIA DE SARCOMA ÓSSEO / OSTEOSSARCOMA - 1ª LINHA | 1 |  | | R$ 1.447,70 | |  |
| 0304040177 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ESTÔMAGO (PRÉ-OPERATÓRIA) | 10 |  | | R$ 1.300,00 | |  |
| 0304040185 | POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO III (PRÉVIA) | 1 |  | | R$ 1.400,00 | |  |
| 0304040193 | HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO III (PRÉVIA) | 1 |  | | R$ 79,75 | |  |
|  |  | 263 |  | | |  |  |
|  |  |  |  | | |  |  |
| **Grupo: 3 - Procedimentos clínicos** | | | | | | | |
| **Subgrupo: 4 - Tratamento em oncologia** | | | | | | | |
| **FO 5 - Quimioterapia adjuvante (profilática) - adulto** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0304050016 | QUIMIOTERAPIA INTRA-VESICAL | 15 |  | | R$ 1.300,00 | |  |
| 0304050024 | QUIMIOTERAPIA DE ADENOCARCINOMA DE CÓLON | 129 |  | | R$ 2.224,00 | |  |
| 0304050032 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE RETO (ADJUVANTE) | 26 |  | | R$ 427,50 | |  |
| 0304050040 | HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO I | 948 |  | | R$ 79,75 | |  |
| 0304050067 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO III | 133 |  | | R$ 800,00 | |  |
| 0304050075 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO II | 160 |  | | R$ 800,00 | |  |
| 0304050113 | HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO III | 376 |  | | R$ 79,75 | |  |
| 0304050121 | HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO II | 939 |  | | R$ 79,75 | |  |
| 0304050130 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO I | 35 |  | | R$ 571,50 | |  |
| 0304050172 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS (ADJUVANTE) | 6 |  | | R$ 1.100,00 | |  |
| 0304050180 | QUIMIOTERAPIA DE CARCINOMA PULMONAR INDIFERENCIADO DE CÉLULAS PEQUENAS (ADJUVANTE) | 1 |  | | R$ 1.100,00 | |  |
| 0304050202 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DA TUBA UTERINA | 21 |  | | R$ 1.450,00 | |  |
| 0304050210 | QUIMIOTERAPIA DO OSTEOSSARCOMA | 1 |  | | R$ 1.744,10 | |  |
| 0304050229 | QUIMIOTERAPIA DE SARCOMA DE PARTES MOLES DE EXTREMIDADE | 1 |  | | R$ 1.600,00 | |  |
| 0304050253 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ESTÔMAGO (PÓS OPERATÓRIA) | 38 |  | | R$ 571,50 | |  |
| 0304050261 | POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO I (ADJUVANTE) | 1 |  | | R$ 571,50 | |  |
| 0304050270 | POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO II (ADJUVANTE) | 1 |  | | R$ 800,00 | |  |
| 0304050288 | POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO III (ADJUVANTE) | 1 |  | | R$ 800,00 | |  |
| 0304050296 | MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO I (ADJUVANTE) | 1 |  | | R$ 34,10 | |  |
| 0304050300 | MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO II (ADJUVANTE) | 1 |  | | R$ 34,10 | |  |
| 0304050318 | MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO III (ADJUVANTE) | 1 |  | | R$ 34,10 | |  |
| 0304050326 | QUIMIOTERAPIA DE MELANOMA MALÍGNO | 1 |  | | R$ 1.251,64 | |  |
| 0304050334 | QUIMIOTERAPIA DE TUMOR DO ESTROMA GASTRO INTESTINAL | 1 |  | | R$ 17,00 | |  |
|  |  | 2837 |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **Grupo: 3 - Procedimentos clínicos** | | | | | | | |
| **Subgrupo: 4 - Tratamento em oncologia** | | | | | | | |
| **FO 6 - Quimioterapia curativa - adulto** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0304060011 | QUIMIOTERAPIA DA DOENÇA DE HODGKIN - 1ª LINHA | 1 |  | | R$ 1.258,64 | |  |
| 0304060038 | QUIMIOTERAPIA DA DOENÇA DE HODGKIN - 2ª LINHA | 1 |  | | R$ 1.258,64 | |  |
| 0304060046 | QUIMIOTERAPIA DA DOENÇA DE HODGKIN - 3ª LINHA | 1 |  | | R$ 1.258,64 | |  |
| 0304060070 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/ MIELODISPLASIA /LINFOMA LINFOBLÁSTICO/ LINFOMA DE BURKITT - 1ª LINHA | 1 |  | | R$ 2.300,00 | |  |
| 0304060089 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/ MIELODISPLASIA/LINFOMA LINFOBLÁSTICO/ LINFOMA DE BURKITT - 2ª LINHA | 1 |  | | R$ 1.400,00 | |  |
| 0304060097 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/ MIELODISPLASIA/ LINFOMA LINFOBLÁSTICO/ LINFOMA DE BURKITT 3ª LINHA | 1 |  | | R$ 830,52 | |  |
| 0304060100 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/MIELODISPLASIA/ LINFOMA LINFOBLÁSTICO/ LINFOMA DE BURKITT - 4ª LINHA | 1 |  | | R$ 427,50 | |  |
| 0304060119 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN GRAU INTERMEDIÁRIO OU ALTO - 2ª LINHA | 1 |  | | R$ 1.447,70 | |  |
| 0304060127 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN GRAU INTERMEDIÁRIO OU ALTO - 3ª LINHA | 1 |  | | R$ 1.447,70 | |  |
| 0304060135 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN DE GRAU DE MALIGNIDADE INTERMEDIÁRIO OU ALTO - 1ª LINHA | 6 |  | | R$ 800,00 | |  |
| 0304060151 | QUIMIOTERAPIA DE TUMOR GERMINATIVO EXTRA-GONADAL | 1 |  | | R$ 2.408,52 | |  |
| 0304060160 | QUIMIOTERAPIA DE TUMOR GERMINATIVO DE OVÁRIO | 1 |  | | R$ 1.700,00 | |  |
| 0304060178 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL - BAIXO RISCO | 1 |  | | R$ 1.743,12 | |  |
| 0304060186 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL - CORIOCARCINOMA DE BAIXO RISCO PERSISTENTE / ALTO RISCO / RECIDIVA | 1 |  | | R$ 2.408,52 | |  |
| 0304060208 | QUIMIOTERAPIA DE TUMOR GERMINATIVO DE TESTÍCULO - 1ª LINHA | 1 |  | | R$ 1.700,00 | |  |
| 0304060216 | QUIMIOTERAPIA DE TUMOR GERMINATIVO DE TESTÍCULO - 2ª LINHA | 1 |  | | R$ 1.700,00 | |  |
| 0304060224 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B – 1ª LINHA | 1 |  | | R$ 800,00 | |  |
|  |  | 22 |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **Grupo: 3 - Procedimentos clínicos** | | | | | | | |
| **Subgrupo: 4 - Tratamento em oncologia** | | | | | | | |
| **FO 7 - Quimioterapia de tumores de crianca e adolescente** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | | **Valor Unitário** | | **Valor Anual** |
| 0304070017 | QUIMIOTERAPIA DE CANCER NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - 1ª LINHA | 1 |  | | R$ 1.700,00 | |  |
| 0304070025 | QUIMIOTERAPIA DE CANCER NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - 2ª LINHA | 1 |  | | R$ 1.381,76 | |  |
| 0304070033 | QUIMIOTERAPIA DE CÂNCER NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - 4ª LINHA | 1 |  | | R$ 427,50 | |  |
| 0304070041 | QUIMIOTERAPIA DE CÂNCER NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - 3ª LINHA | 1 |  | | R$ 800,00 | |  |
| 0304070050 | QUIMIOTERAPIA DE ALTA DOSE DE OSTEOSSARCOMA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA | 1 |  | | R$ 7.285,83 | |  |
|  |  | 5 |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **Grupo: 3 - Procedimentos clínicos** | | | | | | | |
| **Subgrupo: 4 - Tratamento em oncologia** | | | | | | | |
| **FO 8 - Quimioterapia - procedimentos especiais** | | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO** | **Programado** | **Ofertado** | | | | |
| **Quant. Anual** | **Quant. Anual** | **Valor Unitário** | | | **Valor Anual** |
| 0304080012 | FATOR ESTIMULANTE DO CRESCIMENTO DE COLÕNIAS DE GRANULÓCITOS / MACRÓFAGOS | 1 |  | R$ 871,00 | | |  |
| 0304080055 | QUIMIOTERAPIA INTRA-TECAL | 1 |  | R$ 335,00 | | |  |
| 0304080071 | INIBIDOR DA OSTEÓLISE | 121 |  | R$ 449,50 | | |  |
| 0304090050 | IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIREOIDE( 30mCi) | 1 |  | R$ 443,70 | | |  |
| 0304090069 | IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIREOIDE( 50mCi) | 1 |  | R$ 614,70 | | |  |
|  |  | 125 |  |  | | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **GRUPO 9 - PROGRAMAÇÃO COM CÓDIGO ANTIGO DA PPI** | | | | |  |
| **SUBGRUPO 1 - SIH ALTACOMPLEXIDADE** | | | | |  |
| **Código / Descrição** | **Programado** | | | | **Ofertado** |
| **Nº Leitos** | **Nº Internações** | **Custo Médio AIH** | **Valor Anual** | **Nº Leitos** |
| FO 180 - CLÍNICA CIRÚRGICA | 4 | 154 | R$ 1.595,60 | R$ 245.722,78 |  |
| FO 195 - CLÍNICA MÉDICA | 4 | 99 | R$ 1.586,88 | R$ 157.101,46 |  |
| **TOTAL** | 8 | 253 |  | **R$ 402.824,24** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TOTAL GERAL OFERTADO PARA OS SERVIÇOS PARA TRATAMENTO EM ONCOLOGIA** |  |

Os serviços deverão ser oferecidos em conformidade com a programação estabelecida em Portaria ministerial específica que credenciou o serviço.

Patos de Minas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ de 2015.

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

Nome e assinatura do representante legal da empresa.