



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

REPUBLICAÇÃO

RESOLUÇÃO Nº 01/2019

CONSIDERANDO, a exigência bancária de inclusão de alguns dados relativos aos responsáveis pelas operações financeiras bancárias, que se dão de forma conjunta, e para cumprimento de todas as deliberações, faz-se necessária a republicação da resolução 01/2019, com os dados do presidente, como segue, ficando as demais disposições inalteradas.

SÚMULA: “DISPOE SOBRE AS MOVIMENTAÇÕES FINANCEIRAS E BANCÁRIAS E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS”.

O PRESIDENTE DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA 22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ, ESTADO DO PARANÁ, **CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS**, no uso de suas atribuições legais, edita a seguinte

RESOLUÇÃO:

Art. 1º. Considerando a Portaria 01/2019, de nomeação da servidora **GLAUCIANE KARINA KOPTIAN, CPF 944.001.139-49**, para o exercício da FUNÇÃO DE CONFIANÇA DE CHEFE DO SETOR DE FINANÇAS, nos termos do artigo 16 do Estatuto da entidade, determinar que as movimentações financeiras nas contas bancárias da entidade, sejam realizadas em conjunto com a presidência, o senhor **CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS, portador do CPF 060.282.329-39**, o qual outorga os poderes de: Abrir contas de depósito; autorizar cobranças; utilizar o crédito aberto na forma e condições estipuladas; receber passar recibo e dar quitação; solicitar saldos, extratos e comprovantes; autorizar débito em conta relativo a operações; efetuar resgates/ aplicações financeiras; cadastrar, alterar e desbloquear senhas; efetuar pagamentos por meio eletrônico; efetuar transferências por meio eletrônico; efetuar pagamentos, exceto por meio eletrônico; efetuar transferências, exceto por meio eletrônico; efetuar movimentação financeira no RPG; liberar arquivos de pagamentos no Gerenciador Financeiro; efetuar transferência para mesma titularidade; encerrar contas de depósito; assinar instrumento de convênio e contratos de prestação de serviços que sejam do interesse da entidade, ficando excluídas as movimentações relativas a cheques.

Art. 2º. A presente autorização de movimentação de contas bancárias serve para qualquer banco e ou agência da qual a entidade possua conta bancária, em sendo que a sua validade se dá até o termino do mandato do gestor que se findará em 31/12/2020, podendo esta ser revogada a qualquer tempo, mediante a edição de outra resolução que revogará a presente.

Art. 3º. Todas as operações efetuadas deverão ser devidamente vinculadas ao setor de contabilidade da entidade, e devendo ser respeitada a ordem cronológica da despesa, em sendo que qualquer movimentação que seja efetuada sem vinculação será de inteira responsabilidade do por este termo outorgado.



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

Art. 4º. Esta resolução entra em vigor a partir de sua publicação, devendo ser respeitado o determinado por esta presidência e integralidade, revogando as demais disposições em contrário.

Edifício do Consórcio Intermunicipal de Saúde da 22ª RS de Ivaiporã, Estado do Paraná, no dia 08 de janeiro de 2019.

**CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS
PRESIDENTE DO CIS**



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

TABELA DE VALORES

Código CIS	Descrição dos Serviços	VALORES DENTRO DO CIS	VALORES CLÍNICAS
	CONSULTAS ESPECIALIZADAS /EXAMES		
1.0	ALERGOLOGIA		
1.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
2.0	ANESTESIOLOGIA		
2.1	CONSULTAS DE AVALIAÇÃO	R\$ 50,00	R\$ 50,00
2.2	ATENDIMENTO ANESTESICO EM PROCEDIMENTO CIRURGICO EM HOSPITAL DE PEQUENO PORTE		R\$350,00
3.0	CARDIOLOGIA		
3.1	CONSULTAS NO CIS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
3.2	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
3.2.1	ECOCARDIOGRAFIA BIDIMENSIONAL COM OU SEM DOPPLER		R\$ 160,00
3.2.2	ELETROCARDIOGRAMA COM LAUDO (REALIZADO PELO MÉDICO)	R\$ 20,00	R\$ 30,00
3.2.3	RISCO CIRÚRGICO (ECG COM LAUDO + RISCO CIRÚRGICO)		R\$ 100,00
3.2.4	LAUDO DE ELETROCARDIOGRAMA (TELEMEDICINA REALIZADO NO CIS)	R\$ 10,00	R\$ 10,00
3.2.5	TESTE DE ESFORÇO ERGOMÉTRICO (INCLUINDO ECG)		R\$ 180,00
3.2.6	HOLTER 24 HORAS		R\$ 100,00
3.2.7	MAPA (PRESSÃO ARTERIAL 24 HORAS)		R\$ 180,00
4.0	CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO		
4.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
5.0	CIRURGIA CARDÍACA		
5.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
6.0	CIRURGIA GERAL		
6.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
7.0	CIRURGIA PLÁSTICA		
7.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
8.0	CIRURGIA TÓRAX		
8.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
9.0	CIRURGIA VASCULAR		
9.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
10.0	DERMATOLOGIA		
10.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
11.0	ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA		
11.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
12.0	GASTROENTEROLOGIA		
12.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
12.2	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
12.2.1	RETOSIGMOIDOSCOPIA		R\$ 120,00
12.2.2	COLONOSCOPIA		R\$ 300,00
12.2.3	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EDA)		R\$ 80,00
12.2.4	POLIPECTOMIA		R\$ 90,00
13.0	GERIATRIA		
13.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
14.0	GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA		
14.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

14.2	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
15.0	HEMATOLOGIA		
15.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
15.2.1	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
16.0	INFECTOLOGIA		
16.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
12.2.1	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
17.0	MASTOLOGISTA		
17.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
18.0	MEDICINA NUCLEAR		
18.1.1	DENSITOMETRIA ÓSSEA ATÉ 2 SEGMENTOS		R\$ 150,00
18.1.2	DENSITOMETRIA ÓSSEA COLUNA LOMBAR 2 SEGMENTOS		R\$ 150,00
18.1.3	DENSITOMETRIA ÓSSEA DUO-ENERGÉTICA (VERT. LOMBARES)		R\$ 150,00
18.1.4	DENSITOMETRIA ÓSSEA CORPO TODO		R\$ 150,00
18.1.5	ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL		R\$ 500,00
18.1.6	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA		R\$ 500,00
18.1.7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA/COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE		R\$ 180,00
18.1.8	TOMOGRAFIA COMP. DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE.		R\$ 180,00
18.1.9	TOMOGRAFIA COMP. DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE.		R\$ 180,00
18.1.10	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES		R\$ 180,00
18.1.11	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIROIDE OU PARA TIROIDE) C/ CONTRASTE.		R\$ 250,00
18.1.12	TOMOGRAFIA DACRIOCISTOGRAFIA.		R\$ 200,00
18.1.13	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA OU ORBITAS		R\$ 180,00
18.1.14	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO C/ CONTRASTE		R\$ 180,00
18.1.15	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MASTOIDE OU ORELHAS		R\$ 200,00
18.1.16	TOMOGRAFIA COMP. DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR.		R\$ 200,00
18.1.17	TOMOGRAFIA COMP. DE SEGMENTOS APENDICULARES.		R\$ 200,00
18.1.18	TOMOGRAFIA COMP. DE TORAX COM OU S/ CONTRASTE.		R\$ 250,00
18.1.19	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX / MEDIASTINO (POR PLANO)		R\$ 200,00
18.1.20	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN C/ CONTRASTE		R\$ 315,00
18.1.21	TOMOGRAFIA COMP. DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR.		R\$ 240,00
18.1.22	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA		R\$ 250,00
18.1.23	ANGIOTOMOGRAFIA		R\$ 450,00
18.1.24	TOMOGRAFIA ABDOMEN SUPERIOR		R\$ 250,00
18.1.25	TOMOGRAFIA DE CARÓTIDAS		R\$ 450,00
18.1.26	TOMOGRAFIA PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIREÓIDE E FARINGE)		R\$ 250,00
18.1.27	TOMOGRAFIA RENAL		R\$ 450,00
18.1.28	TOMOGRAFIA UROTOMOGRAFIA		R\$ 450,00
18.1.29	MAMOGRAFIA BILATERAL		R\$ 80,00
19.0	NEFROLOGIA		
19.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
20.0	NEUROCIRURGIA		
20.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
20.1	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

20.2.1	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMII		R\$ 350,00
20.2.2	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS		R\$ 350,00
29.2.3	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS E MMII		R\$ 700,00
20.2.4	ELETROENCEFALOGRAMA DE ROTINA		R\$ 39,60
20.2.5	ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGÍLIA/ SONO ESPONTÂNEO OU INDUZIDO		R\$ 79,20
20.2.6	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO (MAPEAMENTO)		R\$ 95,00
21.0	NEUROLOGIA		
21.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
21.1	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
21.1.2	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMII		R\$ 350,00
21.1.3	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS		R\$ 350,00
21.1.4	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS E MMII		R\$ 700,00
21.1.5	ELETROENCEFALOGRAMA DE ROTINA		R\$ 39,60
21.1.6	ELETROENCEFALOGRAMA/VIGÍLIA SONO ESPONTÂNEO/ INDUZIDO		R\$ 79,20
21.1.7	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO (MAPEAMENTO)		R\$ 95,00
21.1.8	LAUDO DE ELETROENCEFALOGRAMA (TELEMEDICINA)		R\$ 10,00
21.1.9	LAUDO DE ELETROENCEFALOGRAMA COM MAPEAMENTO (TELEM)		R\$ 22,00
22.0	NEUROPEDIATRA		
22.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
22.1	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
22.2.1	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMII		R\$ 350,00
22.2.2	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS		R\$ 350,00
22.2.3	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS E MMII		R\$ 700,00
22.2.4	ELETROENCEFALOGRAMA DE ROTINA		R\$ 39,60
22.2.5	ELETROENCEFALOGRAMA/VIGÍLIA E SONO ESPONTÂNEO/ INDUZIDO		R\$ 79,20
22.2.6	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO (MAPEAMENTO)		R\$ 95,00
23.0	OFTALMOLOGISTA		
23.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
23.2	CONSULTAS OFTALMOLOGICAS + TONOMETRIA+ MAPEAMENTO DE RETINA+ TESTE ORTOPTICO – PROJETO BOA VISÃO		R\$ 60,00
23.1	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
23.2.1	BIOMETRIA ULTRASSONICA (BINOCULAR)		R\$ 66,00
23.2.2	CURVA TENSIONAL DIARIA		R\$ 49,50
23.2.3	GONIOSCOPIA (BINOCULAR)		R\$ 20,00
23.2.4	MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)		R\$ 24,24
23.2.5	RETINOGRAFIA COLORIDA (MONOCULAR)		R\$ 16,50
23.2.6	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA (BINOCULAR)		R\$ 49,50
23.2.7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA (BINOCULAR)		R\$ 41,25
23.2.8	TESTE ORTÓPTICO (BINOCULAR)		R\$ 12,34
23.2.9	TESTE DE ADAPTAÇÃO DE LENTE DE CONTATO (BINOCULAR)		R\$ 30,00
23.2.10	MEDIDA DE OFUSCAMENTO DE CONTRASTE (BINOCULAR)		R\$ 26,40
23.2.11	EPILAÇÃO DE CÍLIOS (MONOCULAR)		R\$ 21,60
23.2.12	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO (MONOCULAR)		R\$ 28,80
23.2.13	TONOMETRIA (BINOCULAR)		R\$ 12,34
23.2.14	EXERESE DE PTERIGIO (MONOCULAR)		R\$ 400,00
23.2.15	FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE LIO DOBRÁVEL (MONOCULAR)		R\$ 964,50
23.2.16	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA – OCT (MONOCULAR)		R\$ 200,00
23.2.17	CAPSULOTOMIA YAG LASER (MONOCULAR)		R\$ 200,00
23.2.18	PAN FOTOCOAGULAÇÃO (MONOCULAR)		R\$ 200,00



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

23.2.19	CAMPIMETRIA (MONOCULAR)		R\$ 120,00
23.2.20	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA (MONOCULAR)		R\$ 36,36
24.0	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	PORTES	
24.1	CONSULTAS		R\$ 50,00
24.2	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
24.2.1	CORREÇÃO DE DEDO EM MARTELO	PEQUENO	R\$ 900,00
24.2.2	DESCOMPRESSÃO DE NEVO MEDIANO (TÚNEL DO CARPO)	PEQUENO	R\$ 900,00
24.2.3	CORREÇÃO DE DEDO EM GATILHO	PEQUENO	R\$ 900,00
24.2.4	EXERESE DE CISTO SINOVIAL MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES	PEQUENO	R\$ 900,00
24.2.5	CORREÇÃO DE HALUX VALGO (JOANETE)	Médio -pequena	R\$1.500,00
24.2.6	ARTROSCOPIA DE JOELHO (MENISCO)	Médio - pequena	R\$1.500,00
24.2.7	REPARO DO MANGUITO ROTADOR	Médio - média	R\$2.500,00
24.2.8	RECONSTRUÇÃO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR	Médio -média	R\$2.500,00
24.2.8	OSTEOTOMIA VALGIZANTE	Médio - média	R\$2.500,00
24.2.9	ARTROPLASTIA DE QUADRIL	GRANDE	R\$3.700,00
24.2.10	ARTROPLASTIA DE JOELHO	GRANDE	R\$3.700,00
24.2.11	ARTROPLASTIA DO OMBRO	GRANDE	R\$3.700,00
24.2.12	INFILTRAÇÃO		R\$100,00
25.0	OTORRINOLARINGOLOGIA		
25.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
25.2	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
25.2.1	VIDEONASOFIBROSCOPIA		R\$ 50,00
25.2.2	VECTOELETRONISTAGMOGRAFIA COMPUTADORIZADA		R\$ 200,00
25.2.3	AUDIOMETRIA TONAL	SUS	R\$ 11,50
25.2.4	IMPEDÂNCIOMETRIA	SUS	R\$ 1,37
25.2.5	CAUTERIZAÇÃO NASAL		R\$ 50,00
25.2.6	TAMPONAMENTO NASAL ANTERO/POSTERIOR		R\$ 150,00
25.2.7	TESTES ACUMÉTRICOS		R\$ 41,25
25.2.8	TESTES VESTIBULARES E OTONEUROLÓGICOS		R\$ 41,25
25.2.9	MANOBRAS DE REABILITAÇÃO VESTIBULARES		R\$ 60,00
25.2.10	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO EM OUVIDO, FARINGE, LARINGE, NARIZ.		R\$ 60,00
25.2.11	TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR		R\$ 150,00
25.2.12	VIDEOLARINGOSCOPIA		R\$ 80,00
25.2.13	NASOFIBROSCOPIA / ENDOSCOPIA NASAL		R\$ 37,80
25.2.14	DRENAGEM DE ABSCESSO EM ORELHA / OTOHEMATOMA		R\$ 150,00
25.2.15	CORREÇÃO CIRURGIA DE LESÃO EM LÓBULO DE ORELHA		R\$ 150,00
25.2.16	FRENECTOMIA		R\$ 80,00
25.2.17	ESTUDO TOPO DIAGNÓSTICO DE PARALISIA FACIAL		R\$ 90,00
25.2.18	PROVA DE FUNÇÃO TUBÁRIA		R\$ 14,17
25.2.19	MIRINGOTOMIA UNILATERAL		R\$ 28,80
25.2.20	ASPIRAÇÃO DE OUVIDO		R\$ 50,00
25.2.22	REMOÇÃO - CURETAGEM DE CERUME		R\$ 50,00
25.2.23	TESTE ALÉRGICO (CUTÂNEO)		R\$ 150,00
25.3	PROCEDIMENTOS CIRURGICOS HOSPITALAR EM OTORRINOLARINGOLOGIA		
25.3.1	AMIGDALECTOMIA		R\$ 1.200,00
25.3.2	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 500,00
25.3.3	HOSPITAL		R\$ 500,00
25.3.4	ANESTESISTA		R\$ 200,00



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

25.3.2	AMIGDALECTOMIA + ADENOIDECTOMIA		R\$ 1.400,00
25.4.2	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 700,00
25.4.3	HOSPITAL		R\$ 500,00
25.4.4	ANESTESISTA		R\$ 200,00
25.5	ADENOIDECTOMIA		R\$ 1.200,00
25.5.1	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 500,00
25.5.2	HOSPITAL		R\$ 500,00
25.5.3	ANESTESISTA		R\$ 200,00
25.6	SEPTOPLASTIA		R\$ 1.200,00
25.6.1	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 500,00
25.6.2	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 500,00
25.6.3	HOSPITAL		R\$ 200,00
25.7	SEPTOPLASTIA + TURBINECTOMIA		R\$ 1.400,00
25.7.1	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 700,00
25.7.1	HOSPITAL		R\$ 500,00
25.7.1	ANESTESISTA		R\$ 200,00
25.8	RINOSEPTOPLASTIA FECHADA		R\$ 1.500,00
25.8.1	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 800,00
25.8.2	HOSPITAL		R\$ 500,00
25.8.3	ANESTESISTA		R\$ 200,00
25.9	RINOSEPTOPLASTIA ABERTA		R\$ 1.700,00
25.9.1	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 1.000,00
25.9.2	HOSPITAL		R\$ 500,00
25.9.3	ANESTESISTA		R\$ 200,00
25.10	TIMPANOPLASTIA		R\$ 1.500,00
25.10.1	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 500,00
25.10.2	HOSPITAL		R\$ 500,00
25.10.3	ANESTESISTA		R\$ 200,00
25.11	TURBINECTOMIA		R\$ 1.200,00
25.11.1	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 500,00
25.11.2	HOSPITAL		R\$ 500,00
25.11.3	ANESTESISTA		R\$ 200,00
25.12	OTOPLASTIA		R\$ 1.500,00
25.12.1	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 800,00
25.12.2	HOSPITAL		R\$ 500,00
25.12.3	ANESTESISTA		R\$ 200,00
26.0	PATOLOGIA (ANATOMOPATOLOGIA E CITOPATOLOGIA)		
	PROCEDIMENTOS		
26.1	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
26.1.1	BIOPSIA (ANATOMO PATOLOGICO)		R\$ 30,00
27.0	PATOLOGIA CLÍNICA (EXAMES LABORATÓRIAS)		
27.1.1	CLEARANCE OSMOLAR		R\$ 3,86
27.1.2	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO		R\$ 2,10
27.1.3	DETERMINACAO DE CROMATOLOGRAFIA DE AMINOACIDOS		R\$ 2,00
27.1.4	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)		R\$ 7,60
27.1.5	DETERMINACAO CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO P/ CORTISONA (5 DOSAG.)		R\$ 10,00
27.1.6	DETERMINACAO CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO P/ CORTISONA (4 DOSAG.)		R\$ 10,00
27.1.7	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)		R\$ 10,00
27.1.8	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE		R\$ 3,86



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

27.1.9	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE		R\$ 3,86
27.1.10	DOSAGEM DE ACETONA		R\$ 2,10
27.1.11	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO		R\$ 4,04
27.1.12	DOSAGEM DE ACIDO URICO		R\$ 2,22
27.1.13	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO		R\$ 4,04
27.1.14	DOSAGEM DE ALDOLASE		R\$ 2,10
27.1.15	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA		R\$ 4,04
27.1.16	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA		R\$ 4,53
27.1.17	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA		R\$ 4,04
27.1.18	DOSAGEM DE AMILASE		R\$ 4,04
27.1.19	DOSAGEM DE AMONIA		R\$ 17,14
27.1.20	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES		R\$ 3,86
27.1.21	DOSAGEM DE CALCIO		R\$ 4,00
27.1.22	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL		R\$ 4,00
27.1.23	DOSAGEM DE CAROTENO		R\$ 2,21
27.1.24	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA		R\$ 2,10
27.1.25	DOSAGEM DE CLORETO		R\$ 2,21
27.1.26	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL		R\$ 3,86
27.1.27	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL		R\$ 3,86
27.1.28	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL		R\$ 2,90
27.1.29	DOSAGEM DE COLINESTERASE		R\$ 4,04
27.1.30	DOSAGEM DE CREATININA		R\$ 4,04
27.1.31	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)		R\$ 8,64
27.1.32	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB		R\$ 4,04
27.1.33	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA		R\$ 3,86
27.1.34	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA		R\$ 4,04
27.1.35	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA		R\$ 3,86
27.1.36	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)		R\$ 2,47
27.1.37	DOSAGEM DE FERRITINA		R\$ 18,71
27.1.38	DOSAGEM DE FERRO SERICO		R\$ 4,21
27.1.39	DOSAGEM DE FOLATO		R\$ 4,04
27.1.40	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL		R\$ 3,86
27.1.41	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA		R\$ 3,50
27.1.42	DOSAGEM DE FOSFORO		R\$ 2,50
27.1.43	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA		R\$ 2,10
27.1.44	DOSAGEM DE GALACTOSE		R\$ 2,10
27.1.45	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)		R\$ 3,21
27.1.46	DOSAGEM DE GLICOSE		R\$ 2,21
27.1.47	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE		R\$ 4,53
27.1.48	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA		R\$ 3,86
27.1.49	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA		R\$ 10,44
27.1.50	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA		R\$ 2,10
27.1.51	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE		R\$ 16,76
27.1.52	DOSAGEM DE LACTATO		R\$ 4,04
27.1.53	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE		R\$ 4,86
27.1.55	DOSAGEM DE LIPASE		R\$ 8,21
27.1.56	DOSAGEM DE MAGNESIO		R\$ 4,04
27.1.57	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS		R\$ 7,20
27.1.58	DOSAGEM DE PIRUVATO		R\$ 16,76



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

27.1.59	DOSAGEM DE PORFIRINAS		R\$ 7,12
27.1.60	DOSAGEM DE POTASSIO		R\$ 3,00
27.1.61	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS		R\$ 3,00
27.1.62	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES		R\$ 3,00
27.1.63	DOSAGEM DE SODIO		R\$ 3,00
27.1.64	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)		R\$ 3,00
27.1.65	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)		R\$ 3,00
27.1.66	DOSAGEM DE TRANSFERRINA		R\$ 4,94
27.1.67	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS		R\$ 4,21
27.1.68	DOSAGEM DE TRIPTOFANO		R\$ 9,90
27.1.69	DOSAGEM DE UREA		R\$ 6,35
27.1.70	DOSAGEM DE VITAMINA B12		R\$ 3,13
27.1.71	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS		R\$ 6,34
27.1.72	ELETROFORESE DE PROTEINAS		R\$ 10,96
27.1.73	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)		R\$ 3,00
27.1.74	PROVA DA D-XILOSE		R\$ 4,52
27.1.75	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS		R\$ 8,80
27.1.76	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D		R\$ 35,84
27.1.77	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA		R\$ 8,37
27.1.78	CONTAGEM DE PLAQUETAS		R\$ 5,20
27.1.79	CONTAGEM DE RETICULOCITOS		R\$ 8,89
27.1.80	DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR		R\$ 7,29
27.1.81	DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)		R\$ 16,50
27.1.82	DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA		R\$ 20,80
27.1.83	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO		R\$ 7,32
27.1.84	DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA		R\$ 10,02
27.1.85	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE		R\$ 11,56
27.1.86	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY		R\$ 7,32
27.1.87	DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS		R\$ 5,06
27.1.88	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA		R\$ 1,68
27.1.89	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)		R\$ 3,00
27.1.90	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)		R\$ 3,00
27.1.91	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSIDENTACAO (VHS)		R\$ 3,00
27.1.92	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE		R\$ 4,52
27.1.93	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III		R\$ 5,95
27.1.94	DOSAGEM DE FATOR II		R\$ 3,00
27.1.95	DOSAGEM DE FATOR IX		R\$ 1,68
27.1.96	DOSAGEM DE FATOR V		R\$ 4,52
27.1.97	DOSAGEM DE FATOR VII		R\$ 3,00
27.1.98	DOSAGEM DE FATOR VIII		R\$ 27,50
27.1.99	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)		R\$ 4,52
27.1.100	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)		R\$ 3,00
27.1.101	DOSAGEM DE FATOR X		R\$ 3,00
27.1.102	DOSAGEM DE FATOR XI		R\$ 3,00
27.1.103	DOSAGEM DE FATOR XII		R\$ 3,00
27.1.104	DOSAGEM DE FATOR XIII		R\$ 4,52
27.1.105	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO		R\$ 3,00
27.1.106	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA		R\$ 3,00



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

27.1.107	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 370C		R\$ 3,00
27.1.108	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL		R\$ 13,20
27.1.109	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA		R\$ 3,00
27.1.110	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO		R\$ 3,00
27.1.111	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA		R\$ 19,50
27.1.112	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)		R\$ 5,50
27.1.113	HEMATOCRITO		R\$ 5,50
27.1.114	HEMOGRAMA COMPLETO		R\$ 6,94
27.1.115	LEUCOGRAMA		R\$ 4,40
27.1.116	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA		R\$ 10,17
27.1.117	PESQUISA DE CELULAS LE		R\$ 3,11
27.1.118	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ		R\$ 10,17
27.1.119	PESQUISA DE FILARIA		R\$ 16,56
27.1.120	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S		R\$ 18,06
27.1.121	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA		R\$ 14,90
27.1.122	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA		R\$ 18,87
27.1.123	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO		R\$ 3,87
27.1.124	PROVA DO LACO		R\$ 3,11
27.1.125	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS		R\$ 18,87
27.1.126	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS		R\$ 10,17
27.1.127	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)		R\$ 18,87
27.1.128	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)		R\$ 10,17
27.1.129	CONTAGEM DE LINFOCITOS B		R\$ 3,11
27.1.130	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8(cada)		R\$ 36,30
27.1.131	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS		R\$ 18,87
27.1.132	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)		R\$ 80,00
27.1.133	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)		R\$ 11,00
27.1.134	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)		R\$ 11,00
27.1.135	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE		R\$ 9,53
27.1.136	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA		R\$ 18,87
27.1.137	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA		R\$ 11,00
27.1.138	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)		R\$ 19,70
27.1.139	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA		R\$ 20,40
27.1.139	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3		R\$ 18,87
27.1.140	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4		R\$ 6,31
27.1.141	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA		R\$ 18,87
27.1.142	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)		R\$ 20,40
27.1.143	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)		R\$ 20,40
27.1.144	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)		R\$ 10,17
27.1.145	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE		R\$ 11,00
27.1.146	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA		R\$ 10,17
27.1.147	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C		R\$ 358,17
27.1.148	IMUNOELETOFORESE DE PROTEINAS		R\$ 6,31
27.1.149	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)		R\$ 11,00
27.1.150	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA		R\$ 18,87
27.1.151	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA		R\$ 10,17
27.1.152	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA		R\$ 11,00
27.1.153	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI		R\$ 10,67
27.1.154	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)		R\$ 3,11



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

27.1.155	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)		R\$ 11,00
27.1.156	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2		R\$ 11,00
27.1.157	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)		R\$ 11,00
27.1.158	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS		R\$ 18,87
27.1.159	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM		R\$ 20,59
27.1.160	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)		R\$ 20,59
27.1.161	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)		R\$ 20,59
27.1.162	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS		R\$ 18,87
27.1.163	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS		R\$ 18,87
27.1.164	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS		R\$ 18,87
27.1.165	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS		R\$ 18,87
27.1.166	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO		R\$ 18,87
27.1.167	PESQ. DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLOURESCENCIA)		R\$ 11,00
27.1.168	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEIX SUPRARENAL		R\$ 18,87
27.1.169	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS		R\$ 20,40
27.1.170	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)		R\$ 20,40
27.1.171	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES		R\$ 8,55
27.1.172	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)		R\$ 10,68
27.1.173	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO		R\$ 20,40
27.1.174	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO		R\$ 20,40
27.1.175	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS		R\$ 10,17
27.1.176	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA		R\$ 4,51
27.1.177	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS		R\$ 20,40
27.1.178	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA		R\$ 18,87
27.1.179	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS		R\$ 3,11
27.1.180	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA		R\$ 12,10
27.1.181	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO		R\$ 10,17
27.1.182	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO		R\$ 18,66
27.1.183	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO		R\$ 10,17
27.1.184	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS		R\$ 20,40
27.1.185	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS		R\$ 33,00
27.1.186	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA		R\$ 20,40
27.1.187	PESQ. DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)		R\$ 18,87
27.1.188	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)		R\$ 18,87
27.1.189	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA		R\$ 18,87
27.1.190	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII		R\$ 18,87
27.1.191	PESQ. DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)		R\$ 12,77
27.1.192	PESQ. DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)		R\$ 11,00
27.1.193	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO		R\$ 20,40
27.1.194	PESQ. DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS.		R\$ 10,17
27.1.195	PESQ. ANTICORPOS /OU ANTIGENO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO		R\$ 20,40
27.1.196	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA		R\$ 22,00
27.1.197	PESQ. DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR		R\$ 20,40
27.1.198	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS		R\$ 18,87
27.1.199	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS		R\$ 18,87
27.1.200	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA		R\$ 18,87
27.1.201	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI		R\$ 18,87



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

27.1.202	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)		R\$ 14,68
27.1.203	PESQ.ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)		R\$ 20,40
27.1.204	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)		R\$ 20,40
27.1.205	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA		R\$ 20,40
27.1.206	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER		R\$ 3,11
27.1.207	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS 496EPSTEIN-BARR		R\$ 4,51
27.1.208	PESQ497UISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS		R\$ 11,00
27.1.209	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS		R\$ 10,17
27.1.210	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS		R\$ 11,00
27.1.211	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA		R\$ 21,94
27.1.212	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI		R\$ 21,94
27.1.213	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)		R\$ 19,80
27.1.214	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)		R\$ 20,40
27.1.215	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)		R\$ 24,51
27.1.216	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA		R\$ 18,11
27.1.217	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER		R\$ 18,11
27.1.218	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR		R\$ 16,00
27.1.219	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS		R\$ 16,00
27.1.220	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)		R\$ 19,94
27.1.221	PESQ. ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)		R\$ 11,00
27.1.222	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)		R\$ 22,11
27.1.223	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)		R\$ 20,40
27.1.224	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS		R\$ 18,87
27.1.225	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)		R\$ 7,81
27.1.226	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLOURESCENCIA		R\$ 33,34
27.1.227	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECÍFICA		R\$ 23,34
27.1.228	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESCENCIA)		R\$ 18,81
27.1.229	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)		R\$ 1,81
27.1.230	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS		R\$ 1,81
27.1.231	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1		R\$ 81,81
27.1.232	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C		R\$ 298,81
27.1.233	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS		R\$ 7,81
27.1.234	REACAO DE MONTENEGRO ID		R\$ 9,81
27.1.235	TESTE DE VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS		R\$ 5,81
27.1.236	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS		R\$ 7,81
27.1.237	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS		R\$ 7,81
27.1.238	TESTES ALERGICOS DE CONTATO		R\$ 11,27
27.1.239	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA		R\$ 3,81
27.1.240	TESTES RAPIDOS P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS		R\$ 7,81
27.1.241	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE		R\$ 4,81
27.1.242	DOSAGEM ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA		R\$ 38,81
27.1.244	DOSAGEM DA FRACAO C1Q DO COMPLEMENTO		R\$ 4,07
27.1.245	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL		R\$ 3,86



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

27.1.246	DOSAGEM DE GORDURA FECAL		R\$ 3,86
27.1.247	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL		R\$ 3,86
27.1.248	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS		R\$ 2,24
27.1.249	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)		R\$ 4,07
27.1.250	PESQUISA DE EOSINOFILOS		R\$ 4,07
27.1.251	PESQUISA DE GORDURA FECAL		R\$ 2,21
27.1.252	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES		R\$ 8,93
27.1.253	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES		R\$ 4,04
27.1.254	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES		R\$ 2,24
27.1.255	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)		R\$ 3,34
27.1.256	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS		R\$ 4,07
27.1.257	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES		R\$ 14,07
27.1.258	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES		R\$ 9,24
27.1.259	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORA NAS FEZES		R\$ 6,24
27.1.260	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES		R\$ 9,24
27.1.261	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES		R\$ 4,07
27.1.262	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS/SEDIMENTO/ URINA.		R\$ 5,86
27.1.263	CLEARANCE DE CREATININA		R\$ 3,86
27.1.264	CLEARANCE DE FOSFATO		R\$ 3,86
27.1.265	CLEARANCE DE UREIA		R\$ 3,86
27.1.266	CONTAGEM DE ADDIS		R\$ 4,07
27.1.267	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE		R\$ 4,07
27.1.268	DOSAGEM DE ACUCARES (POR CROMATOLOGRAFIA)		R\$ 2,24
27.1.269	DOSAGEM DE CITRATO		R\$ 8,93
27.1.270	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA		R\$ 14,04
27.1.271	DOSAGEM DE OXALATO		R\$ 2,24
27.1.272	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)		R\$ 3,34
27.1.273	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS		R\$ 4,07
27.1.274	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS		R\$ 4,07
27.1.275	PESQUISA DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOLOGRAFIA)		R\$ 2,24
27.1.276	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA		R\$ 4,07
27.1.277	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA		R\$ 2,24
27.1.278	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA		R\$ 2,24
27.1.279	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA		R\$ 2,24
27.1.280	PESQUISA DE CISTINA NA URINA		R\$ 2,24
27.1.281	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA		R\$ 4,07
27.1.282	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA		R\$ 2,24
27.1.283	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA		R\$ 2,24
27.1.284	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA		R\$ 3,69
27.1.285	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA		R\$ 2,24
27.1.286	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA		R\$ 2,24
27.1.287	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA		R\$ 4,07
27.1.288	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA		R\$ 2,24
27.1.289	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA		R\$ 4,88
27.1.290	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)		R\$ 2,24
27.1.291	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA		R\$ 2,24
27.1.292	PROVA DE DILUICAO (URINA)		R\$ 13,79
27.1.293	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE		R\$ 13,79
27.1.294	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3		R\$ 16,15



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

27.1.295	DETERMINACAO DE T3 REVERSO		R\$ 11,22
27.1.296	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA		R\$ 7,39
27.1.297	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS		R\$ 7,39
27.1.298	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES		R\$ 7,39
27.1.299	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)		R\$ 15,53
27.1.300	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)		R\$ 13,07
27.1.301	DOSAGEM DE ALDOSTERONA		R\$ 13,21
27.1.302	DOSAGEM DE AMP CICLICO		R\$ 12,68
27.1.303	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA		R\$ 15,81
27.1.304	DOSAGEM DE CALCITONINA		R\$ 10,84
27.1.305	DOSAGEM DE CORTISOL		R\$ 12,37
27.1.306	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)		R\$ 12,28
27.1.307	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)		R\$ 11,16
27.1.308	DOSAGEM DE ESTRADIOL		R\$ 12,70
27.1.309	DOSAGEM DE ESTRIOL		R\$ 12,23
27.1.310	DOSAGEM DE ESTRONA		R\$ 15,56
27.1.311	DOSAGEM DE GASTRINA		R\$ 16,68
27.1.312	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA		R\$ 8,63
27.1.313	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)		R\$ 11,23
27.1.314	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)		R\$ 8,67
27.1.315	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)		R\$ 9,86
27.1.316	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)		R\$ 9,85
27.1.317	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)		R\$ 11,18
27.1.318	DOSAGEM DE INSULINA		R\$ 21,44
27.1.319	DOSAGEM DE PARATORMONIO		R\$ 16,88
27.1.320	DOSAGEM DE PEPTIDEO C		R\$ 31,24
27.1.321	DOSAGEM DE PROGESTERONA		R\$ 11,16
27.1.322	DOSAGEM DE PROLACTINA		R\$ 14,50
27.1.323	DOSAGEM DE RENINA		R\$ 16,88
27.1.324	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)		R\$ 54,42
27.1.325	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)		R\$ 11,47
27.1.326	DOSAGEM DE TESTOSTERONA		R\$ 14,42
27.1.327	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE		R\$ 16,88
27.1.328	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA		R\$ 9,63
27.1.329	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)		R\$ 12,76
27.1.330	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)		R\$ 13,20
27.1.331	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)		R\$ 13,32
27.1.332	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH		R\$ 13,32
27.1.333	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA		R\$ 13,32
27.1.334	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA		R\$ 13,32
27.1.335	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON		R\$ 13,32
27.1.336	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA		R\$ 13,32
27.1.337	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE		R\$ 9,27
27.1.338	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS		R\$ 16,36
27.1.339	PESQUISA DE MACROPROLACTINA		R\$ 2,26
27.1.340	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO		R\$ 2,45
27.1.341	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO		R\$ 4,04
27.1.342	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO		R\$ 2,26
27.1.344	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO		R\$ 17,21



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

27.1.345	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO		R\$ 3,86
27.1.346	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE		R\$ 2,21
27.1.347	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO		R\$ 30,25
27.1.348	DOSAGEM DE ALUMINIO		R\$ 11,00
27.1.349	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS		R\$ 11,00
27.1.350	DOSAGEM DE ANFETAMINAS		R\$ 11,00
27.1.351	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS		R\$ 14,44
27.1.352	DOSAGEM DE BARBITURATOS		R\$ 14,82
27.1.353	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS		R\$ 7,20
27.1.354	DOSAGEM DE CADMIO		R\$ 19,28
27.1.355	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA		R\$ 34,52
27.1.356	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA		R\$ 9,71
27.1.357	DOSAGEM DE CHUMBO		R\$ 64,47
27.1.358	DOSAGEM DE CICLOSPORINA		R\$ 3,86
27.1.359	DOSAGEM DE COBRE		R\$ 9,86
27.1.360	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)		R\$ 17,21
27.1.361	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA		R\$ 38,74
27.1.362	DOSAGEM DE FENTOINA		R\$ 32,25
27.1.363	DOSAGEM DE FENOL		R\$ 3,86
27.1.364	DOSAGEM DE FORMALDEIDO		R\$ 2,47
27.1.365	DOSAGEM DE LITIO		R\$ 5,24
27.1.366	DOSAGEM DE MERCURIO		R\$ 4,52
27.1.367	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA		R\$ 11,00
27.1.368	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA		R\$ 11,00
27.1.369	DOSAGEM DE METOTREXATO		R\$ 11,00
27.1.370	DOSAGEM DE QUINIDINA		R\$ 2,21
27.1.371	DOSAGEM DE SALICILATOS		R\$ 3,86
27.1.372	DOSAGEM DE SULFATOS		R\$ 17,21
27.1.373	DOSAGEM DE TEOFILINA		R\$ 4,04
27.1.374	DOSAGEM DE TIOCIANATO		R\$ 17,21
27.1.375	DOSAGEM DE ZINCO		R\$ 21,47
27.1.376	ANTIBIOGRAMA		R\$ 14,66
27.1.377	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA		R\$ 14,66
27.1.378	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS		R\$ 4,62
27.1.379	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNOSTICA)		R\$ 4,62
27.1.380	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)		R\$ 4,62
27.1.381	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)		R\$ 3,08
27.1.382	BACTEROSCOPIA (GRAM)		R\$ 6,18
27.1.383	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO		R\$ 4,76
27.1.384	CULTURA DO LEITE MATERNO (POS-PASTEURIZACAO)		R\$ 4,76
27.1.385	CULTURA P/ HERPESVIRUS		R\$ 6,19
27.1.386	CULTURA PARA BAAR		R\$ 11,27
27.1.387	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS		R\$ 4,60
27.1.388	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS		R\$ 3,08
27.1.389	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)		R\$ 12,63
27.1.390	HEMOCULTURA		R\$ 6,19
27.1.391	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS		R\$ 4,76
27.1.392	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI		R\$ 3,08
27.1.393	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO		R\$ 4,76



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

27.1.394	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A		R\$ 3,08
27.1.395	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY		R\$ 4,76
27.1.396	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI		R\$ 3,08
27.1.397	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS		R\$ 5,54
27.1.398	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM		R\$ 2,07
27.1.399	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES		R\$ 6,36
27.1.400	ADENOGRAMA		R\$ 4,76
27.1.401	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA		R\$ 4,76
27.1.402	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS		R\$ 1,96
27.1.403	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR		R\$ 1,96
27.1.404	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR		R\$ 7,21
27.1.405	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO		R\$ 2,21
27.1.406	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO		R\$ 2,21
27.1.407	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA		R\$ 2,21
27.1.408	DOSAGEM DE FRUTOSE		R\$ 2,21
27.1.409	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA		R\$ 1,96
27.1.410	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES		R\$ 1,96
27.1.411	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES		R\$ 7,21
27.1.412	ELETROFORSE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR		R\$ 7,21
27.1.413	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO		R\$ 6,36
27.1.414	ESPLENOGRAMA		R\$ 2,07
27.1.415	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS		R\$ 6,36
27.1.416	MIELOGRAMA		R\$ 10,67
27.1.417	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)		R\$ 2,21
27.1.418	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA NO ESPERMA		R\$ 1,96
27.1.419	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR		R\$ 1,96
27.1.420	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS		R\$ 1,96
27.1.421	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA		R\$ 5,28
27.1.422	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)		R\$ 2,07
27.1.423	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES		R\$ 10,67
27.1.424	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)		R\$ 2,07
27.1.425	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)		R\$ 2,07
27.1.426	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE		R\$ 2,07
27.1.427	REACAO DE PANDY		R\$ 2,07
27.1.428	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES		R\$ 2,07
27.1.429	TESTE DE CLEMENTS		R\$ 5,15
27.1.430	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS		R\$ 5,15
27.1.431	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO		R\$ 35,72
27.1.432	DETERMINACAO DE CARIOTIPO/ CULTURA DE LONGA DURACAO (BANDAS)		R\$ 35,72
27.1.433	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)		R\$ 35,72
27.1.434	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)		R\$ 9,68
27.1.435	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)		R\$ 72,60



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

27.1.436	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)		R\$ 72,60
27.1.437	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)		R\$ 6,05
27.1.438	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICA TARDIO)		R\$ 13,31
27.1.439	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4		R\$ 22,99
27.1.440	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA		R\$ 6,05
27.1.441	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA		R\$ 14,52
27.1.442	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICA TARDIO)		R\$ 11,71
27.1.443	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS		R\$ 1,50
27.1.444	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO		R\$ 11,71
27.1.445	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR		R\$ 11,71
27.1.446	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS		R\$ 6,36
27.1.447	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES P/ METODO DA ELUICAO		R\$ 6,36
27.1.448	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC		R\$ 6,36
27.1.449	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO		R\$ 1,50
27.1.450	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)		R\$ 3,00
27.1.451	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)		R\$ 6,36
27.1.452	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B		R\$ 7,30
27.1.453	EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA		R\$ 11,71
27.1.454	EXAME CITOPATOLOGICO HORMONAL SERIADO (MINIMO 3 COLETAS)		R\$ 11,71
27.1.455	EXAME DE CITOLOGIA ONCOTICA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)		R\$ 17,56
27.1.456	EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA		R\$ 55,00
27.1.457	DETERMINACAO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIS		R\$ 47,53
27.1.458	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - PECA CIRURGICA		R\$ 26,40
27.1.459	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO P/ CONGELAMENTO / PARAFINA (EXCETO COLO UTERINO) - PECA CIRURGICA		R\$ 92,00
27.1.460	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)		R\$ 26,40
27.1.461	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA		R\$ 47,53
27.1.462	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - PECA CIRURGICA		R\$ 26,40
27.1.463	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - BIOPSIA		R\$ 26,40
27.1.464	TESTE DE URÉASE		R\$ 10,00
27.1.465	SWAB ANAL PARA PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS EM GESTANTES VAGINAL/ANAL		R\$ 40,00
28.0	PEDIATRIA		
28.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
29.0	PNEUMOLOGIA		
29.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
29.1	EXAMES REALIZADOS		
29.1.1	ESPIROMETRIA		R\$ 90,00
20.1.2	BRONCOSCOPIA		R\$ 250,00
30.0	PNEUMOPEDIATRIA		
30.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
31.0	PROCTOLOGIA		
31.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
32.0	PSIQUIATRIA		
32.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
33.0	RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM		



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

33.1	RAIO - X - COM LAUDOS		
33.1.1	DACRIOCISTOGRAFIA		R\$ 40,00
33.1.2	PLANIGRAFIA DE LARINGE		R\$ 40,00
33.1.3	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)		R\$ 40,00
33.1.4	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)		R\$ 40,00
33.1.5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL		R\$ 40,00
33.1.6	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)		R\$ 40,00
33.1.7	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ)		R\$ 40,00
33.1.8	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)		R\$ 40,00
33.1.9	RADIOGRAFIA DE LARINGE		R\$ 40,00
33.1.10	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)		R\$ 40,00
33.1.11	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)		R\$ 40,00
33.1.12	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)		R\$ 30,00
33.1.13	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (E CORPO ESTRANHO)		R\$ 40,00
33.1.14	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL)		R\$ 30,00
33.1.15	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)		R\$ 30,00
33.1.16	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)		R\$ 40,00
33.1.17	MIEOGRAFIA		R\$ 40,00
33.1.18	PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL		R\$ 40,00
33.1.19	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + OBLIQUAS)		R\$ 30,00
33.1.20	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)		R\$ 30,00
33.1.21	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA		R\$ 40,00
33.1.22	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA		R\$ 40,00
33.1.23	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS e SEL)		R\$ 40,00
33.1.24	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA		R\$ 40,00
33.1.25	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)		R\$ 40,00
33.1.26	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA		R\$ 40,00
33.1.27	SIALOGRAFIA (POR GLANDULA)		R\$ 40,00
33.1.28	RADIOGRAFIA DE CORACAO VASOS DA BASE (PA / LATERAL+ OBLIQUA)		R\$ 40,00
33.1.29	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)		R\$ 40,00
33.1.30	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)		R\$ 40,00
33.1.31	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO		R\$ 40,00
33.1.32	RADIOGRAFIA DE ESTERNO		R\$ 30,00
33.1.33	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)		R\$ 40,00
33.1.34	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)		R\$ 30,00
33.1.35	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)		R\$ 30,00
33.1.36	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)		R\$ 30,00
33.1.37	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)		R\$ 30,00
33.1.38	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)		R\$ 30,00
33.1.39	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO		R\$ 30,00
33.1.40	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR		R\$ 30,00
33.1.41	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL		R\$ 30,00
33.1.42	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR		R\$ 30,00
33.1.43	RADIOGRAFIA DE BRACO		R\$ 30,00
33.1.44	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA		R\$ 30,00
33.1.45	RADIOGRAFIA DE COTOVELO		R\$ 40,00
33.1.46	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO		R\$ 40,00
33.1.47	RADIOGRAFIA DE MAO		R\$ 40,00
33.1.48	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)		R\$ 40,00



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

33.1.49	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)		R\$ 40,00
33.1.50	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)		R\$ 40,00
33.1.51	CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE		R\$ 40,00
33.1.52	COLANGIOGRAFIA PER-OPERATORIA		R\$ 40,00
33.1.53	COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA		R\$ 40,00
33.1.54	DUODENOGRAFIA HIPOTONICA		R\$ 40,00
33.1.55	FISTULOGRAFIA		R\$ 40,00
33.1.56	HISTEROSSALPINGOGRAFIA		R\$ 40,00
33.1.57	PIELOGRAFIA ANTEROGRADA PERCUTANEA		R\$ 40,00
33.1.58	PIELOGRAFIA ASCENDENTE		R\$ 40,00
33.1.59	PLANIGRAFIA DE RIM S/ CONTRASTE		R\$ 40,00
33.1.60	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)		R\$ 30,00
33.1.61	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)		R\$ 70,00
33.1.62	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)		R\$ 30,00
33.1.63	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO		R\$ 40,00
33.1.64	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)		R\$ 40,00
33.1.65	RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE)		R\$ 30,00
33.1.66	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL		R\$ 30,00
33.1.67	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA		R\$ 40,00
33.1.68	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA		R\$ 40,00
33.1.69	RADIOGRAFIA DE BACIA		R\$ 30,00
33.1.70	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO		R\$ 30,00
33.1.71	RADIOGRAFIA DE COXA		R\$ 40,00
33.1.72	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)		R\$ 30,00
33.1.73	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)		R\$ 40,00
33.1.74	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)		R\$ 40,00
33.1.75	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE		R\$ 30,00
33.1.76	RADIOGRAFIA DE PERNA		R\$ 30,00
33.1.77	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES		R\$ 40,00
33-1	ULTRASSONOGRAFIA - GRUPO I		
33.1	EXAMES ULTRASONOGRAFICOS	CIS	CLÍNICAS
33.1.1	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO COLORIDO E PULSADO	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.1.2	ULTRA-SONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL RASTREAMENTO DE TESTÍCULOS	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.3	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 100,00	R\$ 100,00
33.1.4	ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL FEMININA	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.5	ULTRASSONOGRAFIA DA BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER - COLORIDO	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.1.6	ULTRASSONOGRAFIA DO ABDÔMEN TOTAL COM DOPPLER - COLORIDO	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.1.7	ULTRASSONOGRAFIA DA TIREÓIDE COM DOPPLER - COLORIDO	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.1.8	ULTRASSONOGRAFIA DAS GLÂNDULAS SALIVARES E SUBMANDIBULARES	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.9	ULTRASSONOGRAFIA DA REGIÃO INGUINAL	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.10	ULTRASSONOGRAFIA PENIANA	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.11	ULTRASSONOGRAFIA DO RETROPERITÔNIO	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.12	ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.13	ULTRASSONOGRAFIA DAS SUPRARRENAIS	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.14	ULTRASSONOGRAFIA DAS LOJAS RENAIIS	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.15	ULTRASSONOGRAFIA DO HIPOCÔNDRIO DIREITO	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.16	ULTRASSONOGRAFIA DA ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL (QUADRIL)	R\$ 85,00	R\$ 85,00



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

33.1.17	ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL MASCULINA	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.18	ULTRA-SONOGRAFIA DE TIREOIDE (PESCOÇO, CERVICAL, PAROTIDA)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.19	ULTRA-SONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.20	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO (MORFOLOGICO)	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.1.21	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSFONTANELA (HIPOCONDRIO)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.22	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (DOPPLER RENAL, VASCULAR VENOSO, CARÓTIDAS E VERTEBRAS, COLORIDO 3 OU MAIS)	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.1.23	ULTRA-SONOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES (ANTEBRAÇO, COXA, BRAÇO, JOELHO, TORNOZELO, OMBRO, PUNHO, PANTURRILHA)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.2.	ULTRASSONOGRRAFIA - GRUPO 2		
33.2.	EXAMES ULTRASSONOGRRAFICOS		
33.2.1	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (AVALIAÇÃO DE FÍGADO, PÂNCREAS, VESÍCULA BILIAR, VIAS BILIARES, BAÇO, RINS, RETROPERITÔNIO E BEXIGA)	R\$ 80,00	R\$ 80,00
33.2.2	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN INFERIOR (SUPRAPUBICA)	R\$ 80,00	R\$ 80,00
33.2.3	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO (RINS E BEXIGA)	R\$ 80,00	R\$ 80,00
33.2.4	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VESICULA, VIAS BILIARES, REGIÃO INGUINAL, ORGÕES E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS)	R\$ 60,00	R\$ 60,00
33.2.5	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 60,00	R\$ 60,00
33.2.6	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA	R\$ 70,00	R\$ 70,00
33.2.7	ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R\$ 60,00	R\$ 60,00
33.2.8	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 70,00	R\$ 70,00
33.3	ULTRASSONOGRRAFIA - GRUPO 3		
33.3	EXAMES ULTRASSONOGRRAFICOS REALIZADOS		
33.3.1	ULTRASSONOGRRAFIA TIREÓIDE	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.2	ULTRASSONOGRRAFIA OMBRO	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.3	ULTRASSONOGRRAFIA MÃO	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.4	ULTRASSONOGRRAFIA GLOBO OCULAR BILATERAL	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.5	ULTRASSONOGRRAFIA GLOBO OCULAR COM DOPPLER COLORIDO	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.3.6	ULTRASSONOGRRAFIA GLÂNDULAS SALIVARES (TODAS)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.7	ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMAS	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.8	ULTRASSONOGRRAFIA DERMATOLÓGICA – (PELE E SUBCUTÂNEO)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.9	ULTRASSONOGRRAFIA PESCOÇO	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.10	ULTRASSONOGRRAFIA PARATIREÓIDE	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.11	ULTRASSONOGRRAFIA ABDOMEM SUPERIOR COM DOPPLER	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.3.12	ULTRASSONOGRRAFIA AORTA ABDOMINAL	R\$ 190,00	R\$ 190,00
33.3.13	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER AORTA OU VASOS ILÍACOS	R\$ 190,00	R\$ 190,00
33.3.14	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ILIACAS	R\$ 190,00	R\$ 190,00
33.3.15	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL E VISCERAIS	R\$ 190,00	R\$ 190,00
33.3.16	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE ARTÉRIAS RENAIIS E AORTA DESCENDENTE	R\$ 190,00	R\$ 190,00
33.3.17	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER PENIANO	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.3.18	ULTRASSONOGRRAFIA ESTRUTURAS/SUPERFICIAIS (CERVICAL OU AXILAR)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.19	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA 1º TRIMESTRE (ENDOVAGINAL)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.20	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA 4D	R\$ 210,00	R\$ 210,00
33.3.21	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA 4D HD	R\$ 210,00	R\$ 210,00
33.3.22	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA C/ TRANSLUCENCIA NUCAL	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.23	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM PERFIL BIOFISICO FETAL	R\$ 150,00	R\$ 150,00
33.3.24	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICO ECOCARDIOGRAMA FETAL	R\$ 200,00	R\$ 200,00
33.3.25	ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICO COM DOPPLER	R\$ 130,00	R\$ 130,00



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

33.3.26	ULTRASSONOGRRAFIA PROSTATA COM DOPPLER	R\$ 150,00	R\$ 150,00
33.3.27	ULTRASSONOGRRAFIA TRANS-VAGINAL COM DOPPLER	R\$ 130,00	R\$ 130,00
34.0	REUMATOLOGIA		
34.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
35.0	UROLOGIA		
35.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
35.1.	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
35.1.1	CISTOSCOPIA		R\$ 180,00
35.1.2	UROTROCISTOGRAFIA		R\$ 180,00
35.1.3	UROGRAFIA VENOSA		R\$ 120,00
35.1.4	UROFLUXOMETRIA		R\$ 100,00
35.1.4	URODINÂMICA		R\$ 220,00

REDE MÃE PARANAENSE - COMSUS			
36.0	GESTANTE DE ALTO RISCO E RISCO INTERMEDIÁRIO		
36.1.1	CONSULTA ESPECIALIZADA DE RISCO INTERMEDIÁRIO E ALTO RISCO EM OBSTETRÍCIA – COMSUS	R\$ 60,00	
36.1.2	ATENDIMENTO DE PSICÓLOGO INDIVIDUAL DE RISCO INTERMEDIÁRIO E ALTO RISCO - COMSUS	R\$ 25,00	
36.1.3	ATENDIMENTO DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR EM GRUPO (EXCETO MÉDICO)- COMSUS	R\$ 13,00	
36.1.4	CONSULTAS DE PROFISSIONAL DE NIVEL SUPERIOR NA ÁREA DE SAÚDE (EXCETO MÉDICO) - COMSUS	R\$ 25,00	
36.1.5	CONSULTA ESPECIALIZADA DE PEDIATRIA PARA CRIANÇA ATÉ 01 ANO DE VIDA.	R\$ 50,00	
36.1.6	EDUCAÇÃO PERMANENTE, CAPACITAÇÃO REALIZADA POR MÉDICOS ESPECIALISTAS E EQUIPE MULTIPROFISSIONAIS AOS PROFISSIONAIS DO CIS E DA ATENÇÃO PRIMARIA – VALOR POR HORA.	R\$ 175,00	

OBS: "OS PROFISSIONAIS CREDENCIADOS NO GRUPO 36.0 REDE MÃE PARANAENSE – COMSUS ESTÃO SUJEITOS A NORMATIVAS E PROTOCOLOS DEFINIDO PELA SESA, ATRAVÉS DO PROGRAMA COMSUS".

OUTROS SERVIÇOS DISPONIBILIZADOS PELO CIS-IVAIPORÃ

Código CIS	Descrição dos Serviços	VALORES CLÍNICAS
91055	FISIOTERAPIA	
	ATENDIMENTOS EM FISIOTERAPIA POR SESSÃO	R\$ 7,00

07.02.00	PROCEDIMENTOS MÉDICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES EM OFTALMOLOGISTA	
07.02.01	CONSULTA MÉDICA EM HORÁRIOS DIFERENCIADOS/ HOSPITALAR	R\$ 100,00
07.02.02	OFTALMOLOGISTAS ACOMPANHADAS DE EXAMES/PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES, ATENDIDOS EM HORÁRIOS DIFERENCIADOS/ HOSPITALAR.	R\$ 100,00



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

07.03.00	PROCEDIMENTOS MÉDICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES EM NEFROLOGIA	
07.03.01	URETEROLITOTRIPSIA (VIA ENDOSCOPIA URETEROSCÓPIO RÍGIDO)	R\$ 2.500,00
07.03.02	URETEROLITOTOMIA (CIRURGIA ABERTA)	R\$ 2.500,00
07.03.03	NEFROLITOMIA (CIRURGIA ABERTA)	R\$ 2.500,00
07.03.04	CISTOCÓPIA (VIA ENDOSCOPIA P/ CÁLCULOS VESICIAIS BEXIGA)	R\$ 2.500,00
07.04.00	PROCEDIMENTOS / DIAGNOSTICA SAÚDE DO HOMEM/ MULHER	
07.04.01	PUNÇÃO DE MAMA C/ AGULHA GROSSA / CORE BIOPSY ORIENTADA POR LTRASSONOGRÁFIA+ANATOMOPATOLÓGICO (ÚTERO E MAMA)	R\$ 400,00
07.04.02	COLPOSCOPIA COM ANATOMO	R\$ 300,00
07.04.03	CAF CIRURGIA DE ALTA FREQUÊNCIA (CUTINIZAÇÃO C/ ANATOMO)	R\$ 420,00
07.04.04	BIOPSIA DE PRÓSTATA GUIADA POR ULTRASSOM (COM ANATOMOPATOLÓGICO)	R\$ 500,00
07.04.05	EXCERESE DE NÓDULO DE MAMA COM ANATOMO	R\$ 500,00
07.04.06	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE AGULHA GROSSA TIREÓIDE (COM CITOLOGIA)	R\$ 500,00
07.04.07	PUNÇÃO DE AGULHA FINA (PAAF) TIREÓIDE (COM CITOLOGIA)	R\$ 500,00
07.04.08	PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA (MAMA, E OUTROS)	R\$ 500,00
07.04.09	CAUTERIZAÇÃO UTERINA	R\$ 300,00
14.01.00	PLANTÃO MÉDICO HOSPITALAR	
14.01.001.1	PLANTÃO MÉDICO HOSPITALAR – PRESENCIAL DE 12 HORAS	R\$1.100,00

Código CIS	Descrição dos Serviços	VALORES CIS	VALORES CLÍNICAS
03.01.01	PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR	VALOR P/ PCTES ESPECIAIS/ SEDAÇÃO
			VALOR P/ PCTES ESPECIAIS C/SEDAÇÃO
03.01.01.015-3	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	R\$ 11,50	R\$ 17,25
01.01.02.007-4	APLICACAO TOPICA DE FLUOR (INDIVIDUAL POR SESSAO)	R\$ 4,97	R\$ 7,45
01.01.02.005-8	APLICACAO DE CARIOSTATICO (POR DENTE)	R\$ 4,97	R\$ 7,45
01.01.02.006-6	APLICACAO DE SELANTE (POR DENTE)	R\$ 6,46	R\$ 9,69
01.01.02.008-2	EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA	R\$ 6,46	R\$ 9,69
01.01.02.009-0	SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA	R\$ 4,97	R\$ 7,45
03.07.01.001-5	CAPEAMENTO PULPAR	R\$ 17,15	R\$ 25,73
03.07.02.007-0	PULPOTOMIA DENTARIA	R\$ 17,15	R\$ 25,73
03.07.03.002-4	RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAS (POR SEXTANTE)	R\$ 18,49	R\$ 27,74
03.07.03.001-6	RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAS (POR SEXTANTE)	R\$ 18,49	R\$ 27,74
03.07.01.002-3	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO	R\$ 6,13	R\$ 9,19
03.07.01.003-1	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR	R\$ 20,00	R\$ 29,99
03.07.01.004-0	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR	R\$ 20,00	R\$ 29,99
04.14.02.012-0	EXODONTIA DE DENTE DECIDUO	R\$ 13,32	R\$ 19,9
04.14.02.013-8	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	R\$ 13,32	R\$ 19,98
02.04.01.018-7	RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING)	R\$ 3,93	R\$ 5,90
	PROCEDIMENTOS DE PERIODONTIA		



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

03.07.03.003-2	RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE)	R\$ 20,82	R\$ 31,22	R\$ 41,63
04.14.02.008-1	ENXERTO GENGIVAL	R\$ 18,85	R\$ 28,28	R\$ 37,70
04.14.02.015-4	GENGIVECTOMIA e/ou GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE)	R\$ 39,56	R\$ 59,34	R\$ 79,12
04.14.02.037-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE)	R\$ 24,51	R\$ 36,75	R\$ 49,01
	PROCEDIMENTOS DE ENDODONTIA			
03.07.02.002-9	CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECÂNICO	R\$ 10,03	R\$ 15,04	R\$ 20,06
03.07.02.001-0	ACESSO A POLPA DENTÁRIA E MEDICAÇÃO (POR DENTE)	R\$ 15,00	R\$ 22,49	R\$ 29,99
03.07.02.003-7	OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO	R\$ 32,83	R\$ 49,24	R\$ 65,67
03.07.02.006-1	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	R\$ 32,97	R\$ 49,45	R\$ 65,94
03.07.02.004-5	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR	R\$ 42,69	R\$ 64,03	R\$ 85,38
03.07.02.005-3	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES	R\$ 51,96	R\$ 77,94	R\$ 103,91
03.07.02.011-8	SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR	R\$ 2,94	R\$ 4,42	R\$ 5,89
	PROCEDIMENTOS DE CIRURGIA ORAL MENOR			
02.01.01.023-2	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	R\$ 27,66	R\$ 41,49	R\$ 55,32
02.01.01.052-6	BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	R\$ 27,66	R\$ 42,52	R\$ 55,32
02.01.01.034-8	BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE	R\$ 55,45	R\$ 63,77	R\$ 85,03
03.07.01.005-8	TRATAMENTO DE NEURALGIAS FACIAIS	R\$ 18,66	R\$ 28,00	R\$ 37,33
04.14.01.001-9	CONTENCAO DE DENTES POR SPLINTAGEM	R\$ 36,94	R\$ 55,41	R\$ 73,88
04.04.02.048-8	OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLODENTÁRIAS	R\$ 59,80	R\$ 89,70	R\$ 119,60
04.04.02.057-7	REDUÇÃO DE FRATURA ALVÉOLO-DENTÁRIA S/ OSTEOSSÍNTESE	R\$ 141,53	R\$ 212,29	R\$ 282,98
04.04.02.061-5	REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPOROMANDIBULAR	R\$ 37,96	R\$ 56,94	R\$ 75,92
	PROCEDIMENTOS DE PRÓTESE DENTÁRIA			
03.07.04.007-0	MOLDAGEM DENTO-GENGIVAL PARA CONSTRUÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA	R\$ 46,00	R\$ 69,00	R\$ 92,00
03.07.04.008-9	REEMBASAMENTO E CONserto DE PRÓTESE DENTÁRIA	R\$ 10,25	R\$ 15,38	R\$ 20,49
07.01.07.009-9	PRÓTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVIVEL	R\$ 150,00	R\$ 150,00	R\$ 150,00
07.01.07.010-2	PRÓTESE PARCIAL MAXILAR REMOVIVEL	R\$ 150,00	R\$ 150,00	R\$ 150,00
07.01.07.012-9	PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR	R\$ 150,00	R\$ 150,00	R\$ 150,00
07.01.07.013-7	PRÓTESE TOTAL MAXILAR	R\$ 150,00	R\$ 150,00	R\$ 150,00

Ivaiporã/PR, em 12 de dezembro de 2018.

Natasha Mayara Vieira
Presidente da Comissão de Licitação



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 4/2018 - CIS-IVAIPORÃ

CRENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DA ÁREA DA SAÚDE PARA 2019

1 – PREÂMBULO

1.1 – O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã – através da Comissão Permanente de Licitação, designada pela Portaria nº 73/2018, e em conformidade com a Lei nº 8.666/93, suas alterações, Lei nº 8.080/90, Portaria nº 1286/93 de Ministério da Saúde e demais legislações aplicáveis, que instituem este chamamento, **torna público** a realização do **CRENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DA SAÚDE**, para prestação de serviços no exercício de 2019, referidas no item 2 – Objeto deste instrumento, nos termos e condições a seguir:

2 – OBJETO

2.1 – O presente Chamamento Público tem por objeto o Credenciamento de Profissionais da Área da Saúde para a Prestação de Serviços Ambulatoriais, sendo consultas, exames e procedimentos em consultórios, clínicas particulares, ambulatórios e consultórios do **CIS/IVAIPORÃ**, conforme suas necessidades e de acordo com os serviços e valores oriundos da RESOLUÇÃO Nº46/2018, de 11 de dezembro de 2018, publicada no site oficial do **CIS/IVAIPORÃ**, edição nº 339, conforme consta no Anexo I deste edital.

ORDEM	CÓDIGO	ESPECIALIDADES - MÉDICAS
1	1.0	ALERGOLOGIA
2	2.0	ANESTESIOLOGIA
3	3.0	CARDIOLOGIA
4	4.0	CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO
5	5.0	CIRURGIA CARDÍACA
6	6.0	CIRURGIA GERAL
7	7.0	CIRURGIA PLÁSTICA
8	8.0	CIRURGIA TÓRAX
9	9.0	CIRURGIA VASCULAR
10	10.0	DERMATOLOGIA



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

11	11.0	ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA
12	12.0	GASTROENTEROLOGIA
13	13.0	GERIATRIA
14	14.0	GINECOLOGIA
15	15.0	HEMATOLOGIA
16	16.0	INFECTOLOGIA
17	17.0	MASTOLOGIA
18	18.0	MEDICINA NUCLEAR
19	19.0	NEFROLOGIA
20	20.0	NEUROCIRURGIA
21	21.0	NEUROLOGIA
22	22.0	NEUROPEDIATRA
23	23.0	OFTALMOLOGIA
24	24.0	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
25	25.0	OTORRINOLARINGOLOGIA
26	26.0	PATOLOGIA ANATOMOPATOLOGIA E CITOPATOLOGIA
27	27.0	PATOLOGIA CLÍNICA
28	28.0	PEDIATRIA
29	29.0	PNEUMOLOGIA
30	30.0	PNEUMOPEDIATRIA
31	31.0	PROCTOLOGIA
32	32.0	PSIQUIATRIA
33	33.0	RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM (RADIOLOGIA E ULTRASSONOGRRAFIA)
34	34.0	REUMATOLOGIA
35	35.0	UROLOGIA

CÓDIGO	ESPECIALIDADE – AREA DE FISIOTERAPIA
1	FISIOTERAPIA



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

CÓDIGO	ESPECIALIDADE – AREA ODONTOLOGIA
1	ODONTOLOGIA - PROTESE

CÓDIGO	ESPECIALIDADE
1	PLANTÃO MÉDICO

REDE MÃE PARANAENSE - COMSUS		
ITEM	CÓDIGO	ESPECIALIDADE
1	42.1.1	OBSTETRICIA
2	42.1.2	PSICOLOGIA
3	42.1.3	ASSITENTE SOCIAL
4	42.1.4	NUTRICIONISTA
5	42.1.5	PEDIATRIA

OBS: “OS PROFISSIONAIS CREDENCIADOS NO GRUPO REDE MÃE PARANAENSE – COMSUS ESTÃO SUJEITOS A NORMATIVAS E PROTOCOLOS DEFINIDO PELA SESA, ATRAVÉS DO PROGRAMA COMSUS”.

3 – CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO

3.1 – Poderão participar do Credenciamento 2019 os profissionais nas áreas da saúde indicadas no item 2.1, desde que, atendidos os requisitos exigidos no item 6.1 do instrumento convocatório.

3.2 – É vedada a participação no Credenciamento de interessados que estejam cumprindo sanções administrativas previstas na Lei nº 8.666/93.

3.3 – Não poderão participar do Credenciamento os profissionais concursados que integrem o quadro de pessoal efetivo do CIS/IVAIPORÃ - **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ.**



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

3.4 – Não poderão participar do Credenciamento os anteriormente descredenciados pelo CIS-IVAIPORÃ, por descumprimento de cláusulas contratuais ou irregularidades na execução dos serviços prestados.

4 – FORMAS DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO

4.1 – Os interessados poderão inscrever-se a partir da publicação do presente instrumento.

4.2 – Serão considerados credenciados, os profissionais, pessoas jurídicas, que apresentarem no prazo todos os Documentos elencados no item 6.1 deste instrumento, devendo obrigatoriamente participar do processo de inexigibilidade a ser realizado.

4.3 – Os interessados poderão inscrever-se para Credenciamento, para o exercício de 2019 **a partir do dia 14/12/2018**, respeitando o período de recesso do **CIS/ IVAIPORÃ**, com previsão de processo de inexigibilidade para janeiro de 2019.

4.4 – Os interessados poderão solicitar a inscrição no Setor de Licitações e Contratos e acesso à internet – www.cisivaipora.com.br a qualquer momento, sendo sua contratação realizada conforme necessidade do **CIS/ IVAIPORÃ**.

5 – FORMAS DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

5.1 – Os interessados deverão encaminhar os documentos relacionados no item 6.1 ao Setor de Licitações e Contratos, na sede administrativa do **CIS/ IVAIPORÃ**, localizado na Rua Diva Proença, nº 500 – centro, no horário das 08h30min às 11h30min e das 13h30min às 16h30min em dias de expediente, devendo os mesmos ser envelopados, contendo no seu bojo o que segue:

CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS NA ÁREA DA SAÚDE

EMPRESA INTERESSADA:

ENDEREÇO:

TELEFONE PARA CONTATO:

Parágrafo único: serão protocolados somente os pedidos de credenciamento que apresentarem a documentação completa exigida no edital.

6 – DOCUMENTAÇÕES REFERENTES À HABILITAÇÃO

6.1 – Para o credenciamento, os profissionais, pessoa jurídica, deverão apresentar ao setor de licitações e contratos do **CIS/ IVAIPORÃ – CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ** a documentação informada abaixo, devendo ser entregue em 01 (uma) via, por processo de cópia autenticada em cartório, ou através de cópia simples acompanhada do



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

documento original para autenticação no **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ**, conforme exigência do artigo 32 da lei 8666/93.

PARA COMPROVAR A REGULARIDADE DA EMPRESA FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR OS SEGUINTE DOCUMENTOS:

- a) Anexos I II III e IV em papel timbrado da empresa, conforme modelo disponível em anexo.
- b) Registro comercial em caso de empresa individual, ou Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social em caso de Instituição. Sendo apresentado Estatuto Social deverá ser apresentada juntamente a cópia da Ata de Eleição do representante legal da Instituição;
- c) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
- d) Alvará de licença para funcionamento;
- e) Licença Sanitária atualizada emitida por órgão competente;
- f) Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Estadual;
- g) Prova de regularidade fiscal com a Fazenda Federal, conforme Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751/14 (que regulamenta a Portaria do Ministério da Fazenda nº 358/14), unificaram as certidões de regularidade fiscal de tributos federais e de contribuições previdenciárias;
- h) Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Municipal da cidade sede da empresa;
- i) Prova de regularidade fiscal relativo ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);
- j) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa, nos Termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.
- k) Certificado de Inscrição de Empresa Credenciada no respectivo Conselho da Classe Profissional;
- l) Cédula de identidade do representante legal da empresa interessada e do profissional responsável técnico na prestação de serviços;
- m) CPF do representante legal da empresa interessada e do profissional responsável técnico na prestação de serviços;
- n) Certidão de participação ativa em ensaio de proficiência (Conforme Resolução SESA 368/2013, publicada no Diário Oficial do Estado em 12/06/2013, aplicável aos laboratórios de análises clínicas);



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

PROFISSIONAIS ATUANTES

- o) Anexos II em papel timbrado da empresa, conforme modelo disponível em anexo.
- p) Cédula de identidade dos profissionais atuantes;
- q) CPF dos profissionais atuantes;
- r) Comprovante de residência dos profissionais atuantes;
- s) Comprovante de inscrição no Conselho Regional da Categoria dos profissionais atuantes;
- t) Número de inscrição no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde dos profissionais atuantes
- u) Diploma de curso superior do responsável técnico pela prestação de serviços, devidamente registrado no Conselho da Classe Profissional;
- v) Certificado de especialidade na área pretendida, quando exigido, do Profissional Responsável técnico pela prestação de serviços, devidamente registrado no Conselho da Classe Profissional;
- x) Certidão de conduta ético-profissional emitida pelo respectivo Conselho da Classe Profissional, válida para o ano.
- z) **Cartão Nacional do SUS.**

OBS: Os profissionais médicos que executarem os serviços em seus próprios estabelecimentos deverão apresentar a **LICENÇA SANITÁRIA**, juntamente com o **ALVARÁ DE LICENÇA**.

6.2 – Os profissionais poderão inscrever-se em mais de uma área, desde que preenchidos os requisitos na respectiva especialidade.

6.3 – São de inteira responsabilidade da empresa credenciada, manter atualizados todos documentações exigidas no Item 6.1 desse instrumento, principalmente no que diz respeito às certidões negativas de débito, antes a expiração da data de validade, bem como informar e encaminhar ao **CIS/ IVAIPORÃ** - toda e qualquer alteração ocorrida na empresa após o credenciamento.

PARÁGRAFO UNICO: Os pagamentos dos serviços prestados ficam condicionados ao cumprimento do item 6.3 desse instrumento, pela empresa credenciada.



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

7 – PROCEDIMENTOS DO CREDENCIAMENTO

7.1 – O credenciamento será amplamente divulgado e estará permanentemente aberto aos interessados, obrigando-se a unidade por ele responsável a proceder, no mínimo anualmente, através da imprensa oficial e de jornal diário a chamamento público para a atualização dos registros existentes e para o ingresso de novos interessados, conforme art. 34, § 1º da Lei 8666/93.

7.1.1 – O inteiro teor deste Chamamento Público nº 04/2018 também estará fixado em edital interno e acessível ao público nas repartições administrativas do **CIS/ IVAIPORÃ - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ**, na Rua Professora Diva Proença, 500, na cidade de Ivaiporã- PR.

7.2 – Ao requerer a inscrição no Setor de Licitações e Contratos, ou atualização deste, a qualquer tempo, o interessado fornecerá os elementos necessários à satisfação das exigências contidas no item 6.1 deste instrumento. Posteriormente o **CIS/ IVAIPORÃ - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ** fará uma avaliação das condições técnicas do credenciado, o qual deverá atender às necessidades e especificações exigidas a cada caso.

7.3 – Somente serão considerados credenciados os prestadores que foram aprovados pela avaliação técnica, realizada pela assessoria jurídica e CPL do CIS.

7.4 – A qualquer tempo o credenciamento poderá ser alterado, suspenso ou cancelado. Do mesmo modo o **CIS/ IVAIPORÃ - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ** poderá cancelar o atendimento do credenciado que deixar de satisfazer as exigências estabelecidas para o credenciamento, desde que comunicado por escrito com 30 (trinta) dias de antecedência, bem como do credenciado que suspender o atendimento por motivo irrelevante ou administrativo, sendo que ao suspender sem justificativa plausível terá seu credenciamento cancelado e de acordo com a Lei 8.666/93, art.87, III, onde ocorre a suspensão temporária de participar em licitação e impedimento de contratar com a administração por até 02 (dois) anos.

7.5 – A quantidade de atendimentos, exames, procedimentos e afins, a ser repassada ao credenciado serão de responsabilidade e escolha das Secretarias de Saúde dos Municípios consorciados de acordo com seu orçamento.

7.6 – De igual forma, a lista contendo o nome de todas as empresas profissionais credenciadas será repassada diretamente às Secretarias de Saúde dos Municípios consorciados, de modo que, os pacientes de cada município possam realizar a escolha do profissional que desejar receber atendimento (ou o local que deseje realizar exames, procedimentos e a fins), de maneira a se permitir a rotatividade entre todos os credenciados.

7.7 – Em nenhum caso, o **CIS/ IVAIPORÃ - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ** indicará a qualquer pessoa, Secretarias de Saúde, autoridades, dentre



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

outros, os profissionais credenciados, sendo excluída, portanto, a vontade da Administração na demanda por credenciado.

7.8 – A quantidade de atendimentos/exames constantes na programação do **CIS/ IVAIPORÃ - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ** não significa contratação imediata.

8 – CRITÉRIOS DE CREDENCIAMENTO

8.1 – Os profissionais serão cadastrados de acordo com a ordem de apresentação dos envelopes junto Comissão Permanente de Licitação.

8.2 – O Setor de Licitações e Contratos após a entrega dos documentos exigidos no presente edital protocolará cada envelope recebido em uma lista que contém sequência numérica, dia e hora da apresentação da referida documentação.

8.3 – A empresa que realizar a entrega da documentação assinará a lista em questão, a fim de se manter a integridade em todo o credenciamento.

9 – DO VALOR E PRAZO DE EXECUÇÃO

9.1 – A remuneração pela prestação de serviços será de acordo com a Tabela de Procedimentos constantes no Anexo I deste edital, com valores referenciais para 2019 conforme deliberação do CRESEMS com aplicabilidade da Resolução 46/2018 que habilitaram os procedimentos aptos a serem realizados, no preço pré-fixado.

9.2 - O Valor disponível para realização dos serviços constará no orçamento para o exercício de 2019.

9.3 – Os Pagamentos pela execução dos serviços correrão por fontes dos recursos ao qual estará contido no orçamento para exercício de 2019.

9.4 – O Prazo de execução será entre 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2019.

10 – CRITÉRIOS DE REAJUSTE, INCLUSÃO OU EXCLUSÃO.

10.1 – O valor dos procedimentos indicados no Anexo I poderão sofrer reajustes, ser excluídos ou incluídos novos procedimentos, a qualquer momento, desde que, através de resolução publicada no Órgão de imprensa oficial do CIS, após aprovação da CRESEMS e do Conselho de Prefeitos.

11 – SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLEMENTO DOS SERVIÇOS



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

11.1 – Pela inexecução total ou parcial na prestação dos serviços contratados, o Consórcio Intermunicipal de Saúde, poderá garantir a prévia defesa, aplicando aos credenciados as sanções previstas no art. 87 da Lei nº 8666/93.

11.2 – O prestador de serviço credenciado pelo CIS- **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ**, não poderá em hipótese alguma cobrar qualquer valor dos usuários de saúde, referente aos atendimentos realizados **ou mesmo indicar consultórios particulares para realização dos mesmos, sob pena de descredenciamento.**

11.3 - Todos os pagamentos serão realizados exclusivamente pelo **CIS/ IVAIPORÃ**.

12 – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

12.1 – Os valores a serem pagos serão apurados de acordo com o número de consultas, exames, procedimentos, cirurgias ou carga horaria efetivamente realizados e devidamente autorizados previamente pelo **CIS/ IVAIPORÃ - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ**. A produção do período deverá ser comprovada através da apresentação de Fatura/Relatório e guias de autorização emitida pelo sistema de marcação do **CIS/ IVAIPORÃ**. **Deverão ser respeitadas pelo prestador de serviços as datas de validade das autorizações dos procedimentos, sendo que qualquer procedimento realizado fora do mês de execução dos serviços serão glosados por esse Consórcio. Para faturamento as guias deverão ser encaminhadas em ordem de dia, bem como todas elas deverão ser assinadas pelos pacientes, e os pedidos médicos deverão vir anexados.**

12.2 – Todos os credenciados deverão possuir em seu consultório um computador com acesso a internet, para acessar o programa de atendimento do Consórcio, que será usado para a recepção dos pacientes, faturamento e relatórios diversos.

12.3 - De acordo com a legislação vigente, somente serão admitidas **NOTAS FISCAIS ELETRÔNICAS**, exceto para os prestadores onde os municípios não possibilitem a emissão de nota fiscal eletrônica, neste caso será aceito nota fiscal manual juntamente com declaração da Tributação do respectivo município.

12.4 – O pagamento dos serviços prestados ocorrerá em até 20 (vinte) dias após a entrega da nota fiscal eletrônica ao setor de faturamento do **CIS/ IVAIPORÃ**, mediante depósito em, conta no **Banco do Brasil**, por ser banco oficial, sendo obrigatória conta neste banco.

12.5 – Fica condicionado o pagamento dos serviços prestados, a regular situação do cadastro da empresa no **CIS/ IVAIPORÃ**, tendo essa que apresentar regularmente a esse consorcio os documentos com validade, antes mesmo que expire o prazo de validade dos mesmos, conforme item 6.3 desse edital.



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

12.6 – Todos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais decorrentes da prestação de serviços, serão de responsabilidade da empresa credenciada;

12.7 - Os pagamentos decorrentes da execução dos serviços correrão por conta dos recursos das seguintes dotações orçamentárias:

02.001.10.122.0001.2005- MANUTENÇÃO DO SETOR DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

3.3.90.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO PESSOA JURIDICA

FONTE: 1001

02.001.10.122.0001.2.005 - MANUTENÇÃO DO SETOR DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

3.3.90.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO PESSOA JURIDICA

- FONTE: 01496

02.001.10.301.0001.1017 – ENCARGOS E EXECUÇÃO DE CONVÊNIOS

3.3.90.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

- FONTE 31316

13 – RECURSOS

13.1 – Aos credenciados é assegurado o direito de interposição de Recurso, nos termos do art. 109 da Lei nº 8666/93, o qual será recebido e processado nos termos ali estabelecidos.

13.2 – Qualquer cidadão e/ou usuários poderão denunciar toda e qualquer irregularidade verificada na prestação de serviços e/ou no faturamento, mediante denúncia no Setor de controle interno do **CIS/ IVAIPORÃ** pelo fone (43) 3472 0649 no endereço Rua Professora Diva Proença nº500, na cidade de Ivaiporã, Estado do Paraná, no setor de Ouvidoria.

14 – DISPOSIÇÕES GERAIS

14.1 – Fica eleito o foro da cidade de **IVAIPORÃ**, Estado do Paraná, como competente para dirimir todas as questões decorrentes do credenciamento.

14.2 – Este Edital de Chamamento Público entra em vigor na data de sua publicação.

Ivaiporã, 12 de dezembro de 2018.



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

NATASHA MAYARA VIEIRA
Presidente da Comissão de Licitação.

ANEXO 15 -

TABELA DE VALORES

Código CIS	Descrição dos Serviços	VALORES DENTRO DO CIS	VALORES CLÍNICAS
	CONSULTAS ESPECIALIZADAS /EXAMES		
1.0	ALERGOLOGIA		
1.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
2.0	ANESTESIOLOGIA		
2.1	CONSULTAS DE AVALIAÇÃO	R\$ 50,00	R\$ 50,00
2.2	ATENDIMENTO ANESTESICO EM PROCEDIMENTO CIRURGICO EM HOSPITAL DE PEQUENO PORTE		R\$350,00
3.0	CARDIOLOGIA		
3.1	CONSULTAS NO CIS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
3.2	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
3.2.1	ECOCARDIOGRAFIA BIDIMENSIONAL COM OU SEM DOPPLER		R\$ 160,00
3.2.2	ELETROCARDIOGRAMA COM LAUDO (REALIZADO PELO MÉDICO)	R\$ 20,00	R\$ 30,00
3.2.3	RISCO CIRÚRGICO (ECG COM LAUDO + RISCO CIRÚRGICO)		R\$ 100,00
3.2.4	LAUDO DE ELETROCARDIOGRAMA (TELEMEDICINA REALIZADO NO CIS)	R\$ 10,00	R\$ 10,00
3.2.5	TESTE DE ESFORÇO ERGOMÉTRICO (INCLUINDO ECG)		R\$ 180,00
3.2.6	HOLTER 24 HORAS		R\$ 100,00
3.2.7	MAPA (PRESSÃO ARTERIAL 24 HORAS)		R\$ 180,00
4.0	CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO		



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

4.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
5.0	CIRURGIA CARDÍACA		
5.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
6.0	CIRURGIA GERAL		
6.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
7.0	CIRURGIA PLÁSTICA		
7.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
8.0	CIRURGIA TÓRAX		
8.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
9.0	CIRURGIA VASCULAR		
9.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
10.0	DERMATOLOGIA		
10.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
11.0	ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA		
11.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
12.0	GASTROENTEROLOGIA		
12.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
12.2	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
12.2.1	RETOSIGMOIDOSCOPIA		R\$ 120,00
12.2.2	COLONOSCOPIA		R\$ 300,00
12.2.3	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EDA)		R\$ 80,00
12.2.4	POLIPECTOMIA		R\$ 90,00
13.0	GERIATRIA		
13.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
14.0	GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA		
14.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
14.2	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
15.0	HEMATOLOGIA		
15.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
15.2.1	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
16.0	INFECTOLOGIA		
16.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
16.2.1	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
17.0	MASTOLOGISTA		
17.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
18.0	MEDICINA NUCLEAR		
18.1.1	DENSITOMETRIA ÓSSEA ATÉ 2 SEGMENTOS		R\$ 150,00
18.1.2	DENSITOMETRIA ÓSSEA COLUNA LOMBAR 2 SEGMENTOS		R\$ 150,00
18.1.3	DENSITOMETRIA ÓSSEA DUO-ENERGÉTICA (VERT. LOMBARES)		R\$ 150,00
18.1.4	DENSITOMETRIA ÓSSEA CORPO TODO		R\$ 150,00
18.1.5	ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL		R\$ 500,00
18.1.6	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA		R\$ 500,00
18.1.7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA/COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE		R\$ 180,00
18.1.8	TOMOGRAFIA COMP. DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE.		R\$ 180,00
18.1.9	TOMOGRAFIA COMP. DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE.		R\$ 180,00



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

18.1.10	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES		R\$ 180,00
18.1.11	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIROIDE OU PARA TIROIDE) C/ CONTRASTE.		R\$ 250,00
18.1.12	TOMOGRÁFIA DACRIOCISTOGRÁFIA.		R\$ 200,00
18.1.13	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA OU ORBITAS		R\$ 180,00
18.1.14	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO C/ CONTRASTE		R\$ 180,00
18.1.15	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA MASTOIDE OU ORELHAS		R\$ 200,00
18.1.16	TOMOGRÁFIA COMP. DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR.		R\$ 200,00
18.1.17	TOMOGRÁFIA COMP. DE SEGMENTOS APENDICULARES.		R\$ 200,00
18.1.18	TOMOGRÁFIA COMP. DE TORAX COM OU S/ CONTRASTE.		R\$ 250,00
18.1.19	TOMOGRÁFIA DE HEMITORAX / MEDIASTINO (POR PLANO)		R\$ 200,00
18.1.20	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN C/ CONTRASTE		R\$ 315,00
18.1.21	TOMOGRÁFIA COMP. DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR.		R\$ 240,00
18.1.22	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE Pelve / BACIA		R\$ 250,00
18.1.23	ANGIOTOMOGRÁFIA		R\$ 450,00
18.1.24	TOMOGRÁFIA ABDOMEN SUPERIOR		R\$ 250,00
18.1.25	TOMOGRÁFIA DE CARÓTIDAS		R\$ 450,00
18.1.26	TOMOGRÁFIA PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIREÓIDE E FARINJE)		R\$ 250,00
18.1.27	TOMOGRÁFIA RENAL		R\$ 450,00
18.1.28	TOMOGRÁFIA UROTOMOGRÁFIA		R\$ 450,00
18.1.29	MAMOGRAFIA BILATERAL		R\$ 80,00
19.0	NEFROLOGIA		
19.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
20.0	NEUROCIRURGIA		
20.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
20.1	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
20.2.1	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMII		R\$ 350,00
20.2.2	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS		R\$ 350,00
20.2.3	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS E MMII		R\$ 700,00
20.2.4	ELETROENCEFALOGRAMA DE ROTINA		R\$ 39,60
20.2.5	ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGÍLIA/ SONO ESPONTÂNEO OU INDUZIDO		R\$ 79,20
20.2.6	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO (MAPEAMENTO)		R\$ 95,00
21.0	NEUROLOGIA		
21.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
21.1	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
21.1.2	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMII		R\$ 350,00
21.1.3	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS		R\$ 350,00
21.1.4	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS E MMII		R\$ 700,00
21.1.5	ELETROENCEFALOGRAMA DE ROTINA		R\$ 39,60
21.1.6	ELETROENCEFALOGRAMA/VIGÍLIA SONO ESPONTÂNEO/ INDUZIDO		R\$ 79,20
21.1.7	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO (MAPEAMENTO)		R\$ 95,00
21.1.8	LAUDO DE ELETROENCEFALOGRAMA (TELEMEDICINA)		R\$ 10,00
21.1.9	LAUDO DE ELETROENCEFALOGRAMA COM MAPEAMENTO (TELEM)		R\$ 22,00
22.0	NEUROPEDIATRIA		
22.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

22.1	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
22.2.1	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMII		R\$ 350,00
22.2.2	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS		R\$ 350,00
22.2.3	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS E MMII		R\$ 700,00
22.2.4	ELETRONEUROLOGRAMA DE ROTINA		R\$ 39,60
22.2.5	ELETRONEUROLOGRAMA/VIGÍLIA E SONO ESPONTÂNEO/ INDUZIDO		R\$ 79,20
22.2.6	ELETRONEUROLOGRAMA QUANTITATIVO (MAPEAMENTO)		R\$ 95,00
23,0	OFTALMOLOGISTA		
23.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
23.2	CONSULTAS OFTALMOLOGICAS + TONOMETRIA+ MAPEAMENTO DE RETINA+ TESTE ORTOPTICO – PROJETO BOA VISÃO		R\$ 60,00
23.1	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
23.2.1	BIOMETRIA ULTRASSONICA (BINOCULAR)		R\$ 66,00
23.2.2	CURVA TENSIONAL DIARIA		R\$ 49,50
23.2.3	GONIOSCOPIA (BINOCULAR)		R\$ 20,00
23.2.4	MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)		R\$ 24,24
23.2.5	RETINOGRAFIA COLORIDA (MONOCULAR)		R\$ 16,50
23.2.6	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA (BINOCULAR)		R\$ 49,50
23.2.7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA (BINOCULAR)		R\$ 41,25
23.2.8	TESTE ORTÓPTICO (BINOCULAR)		R\$ 12,34
23.2.9	TESTE DE ADAPTAÇÃO DE LENTE DE CONTATO (BINOCULAR)		R\$ 30,00
23.2.10	MEDIDA DE OFUSCAMENTO DE CONTRASTE (BINOCULAR)		R\$ 26,40
23.2.11	EPILAÇÃO DE CÍLIOS (MONOCULAR)		R\$ 21,60
23.2.12	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO (MONOCULAR)		R\$ 28,80
23.2.13	TONOMETRIA (BINOCULAR)		R\$ 12,34
23.2.14	EXERESE DE PTERIGIO (MONOCULAR)		R\$ 400,00
23.2.15	FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE LIO DOBRÁVEL (MONOCULAR)		R\$ 964,50
23.2.16	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA – OCT (MONOCULAR)		R\$ 200,00
23.2.17	CAPSULOTOMIA YAG LASER (MONOCULAR)		R\$ 200,00
23.2.18	PAN FOTOCOAGULAÇÃO (MONOCULAR)		R\$ 200,00
23.2.19	CAMPIMETRIA (MONOCULAR)		R\$ 120,00
23.2.20	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA (MONOCULAR)		R\$ 36,36
24.0	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	PORTES	
24.1	CONSULTAS		R\$ 50,00
24.2	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
24.2.1	CORREÇÃO DE DEDO EM MARTELO	PEQUENO	R\$ 900,00
24.2.2	DESCOMPRESSÃO DE NEVO MEDIANO (TÚNEL DO CARPO)	PEQUENO	R\$ 900,00
24.2.3	CORREÇÃO DE DEDO EM GATILHO	PEQUENO	R\$ 900,00
24.2.4	EXERESE DE CISTO SINOVIAL MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES	PEQUENO	R\$ 900,00
24.2.5	CORREÇÃO DE HALUX VALGO (JOANETE)	Médio -pequena	R\$1.500,00
24.2.6	ARTROSCOPIA DE JOELHO (MENISCO)	Médio- pequena	R\$1.500,00
24.2.7	REPARO DO MANGUITO ROTADOR	Médio - média	R\$2.500,00
24.2.8	RECONSTRUÇÃO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR	Médio -média	R\$2.500,00
24.2.8	OSTEOTOMIA VALGIZANTE	Médio – média	R\$2.500,00
24.2.9	ARTROPLASTIA DE QUADRIL	GRANDE	R\$3.700,00
24.2.10	ARTROPLASTIA DE JOELHO	GRANDE	R\$3.700,00



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

24.2.11	ARTROPLASTIA DO OMBRO	GRANDE	R\$3.700,00
24.2.12	INFILTRAÇÃO		R\$100,00
25.0	OTORRINOLARINGOLOGIA		
25.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
25.2	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
25.2.1	VIDEONASOFIBROSCOPIA		R\$ 50,00
25.2.2	VECTOELETRONISTAGMOGRAFIA COMPUTADORIZADA		R\$ 200,00
25.2.3	AUDIOMETRIA TONAL	SUS	R\$ 11,50
25.2.4	IMPEDÂNCIOMETRIA	SUS	R\$ 1,37
25.2.5	CAUTERIZAÇÃO NASAL		R\$ 50,00
25.2.6	TAMPONAMENTO NASAL ANTERO/POSTERIOR		R\$ 150,00
25.2.7	TESTES ACUMÉTRICOS		R\$ 41,25
25.2.8	TESTES VESTIBULARES E OTONEUROLÓGICOS		R\$ 41,25
25.2.9	MANOBRAS DE REABILITAÇÃO VESTIBULARES		R\$ 60,00
25.2.10	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO EM OUVIDO, FARINGE, LARINGE, NARIZ.		R\$ 60,00
25.2.11	TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR		R\$ 150,00
25.2.12	VIDEOLARINGOSCOPIA		R\$ 80,00
25.2.13	NASOFIBROSCOPIA / ENDOSCOPIA NASAL		R\$ 37,80
25.2.14	DRENAGEM DE ABSCESSO EM ORELHA / OTOHEMATOMA		R\$ 150,00
25.2.15	CORREÇÃO CIRURGIA DE LESÃO EM LÓBULO DE ORELHA		R\$ 150,00
25.2.16	FRENECTOMIA		R\$ 80,00
25.2.17	ESTUDO TOPO DIAGNÓSTICO DE PARALISIA FACIAL		R\$ 90,00
25.2.18	PROVA DE FUNÇÃO TUBÁRIA		R\$ 14,17
25.2.19	MIRINGOTOMIA UNILATERAL		R\$ 28,80
25.2.20	ASPIRAÇÃO DE OUVIDO		R\$ 50,00
25.2.22	REMOÇÃO - CURETAGEM DE CERUME		R\$ 50,00
25.2.23	TESTE ALÉRGICO (CUTÂNEO)		R\$ 150,00
25.3	PROCEDIMENTOS CIRURGICOS HOSPITALAR EM OTORRINOLARINGOLOGIA		
25.3.1	AMIGDALECTOMIA		R\$ 1.200,00
25.3.2	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 500,00
25.3.3	HOSPITAL		R\$ 500,00
25.3.4	ANESTESISTA		R\$ 200,00
25.3.2	AMIGDALECTOMIA + ADENOIDECTOMIA		R\$ 1.400,00
25.4.2	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 700,00
25.4.3	HOSPITAL		R\$ 500,00
25.4.4	ANESTESISTA		R\$ 200,00
25.5	ADENOIDECTOMIA		R\$ 1.200,00
25.5.1	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 500,00
25.5.2	HOSPITAL		R\$ 500,00
25.5.3	ANESTESISTA		R\$ 200,00
25.6	SEPTOPLASTIA		R\$ 1.200,00
25.6.1	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 500,00
25.6.2	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 500,00
25.6.3	HOSPITAL		R\$ 200,00
25.7	SEPTOPLASTIA + TURBINECTOMIA		R\$ 1.400,00
25.7.1	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 700,00
25.7.1	HOSPITAL		R\$ 500,00



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

25.7.1	ANESTESISTA		R\$ 200,00
25.8	RINOSEPTOPLASTIA FECHADA		R\$ 1.500,00
25.8.1	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 800,00
25.8.2	HOSPITAL		R\$ 500,00
25.8.3	ANESTESISTA		R\$ 200,00
25.9	RINOSEPTOPLASTIA ABERTA		R\$ 1.700,00
25.9.1	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 1.000,00
25.9.2	HOSPITAL		R\$ 500,00
25.9.3	ANESTESISTA		R\$ 200,00
25.10	TIMPANOPLASTIA		R\$ 1.500,00
25.10.1	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 500,00
25.10.2	HOSPITAL		R\$ 500,00
25.10.3	ANESTESISTA		R\$ 200,00
25.11	TURBINECTOMIA		R\$ 1.200,00
25.11.1	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 500,00
25.11.2	HOSPITAL		R\$ 500,00
25.11.3	ANESTESISTA		R\$ 200,00
25.12	OTOPLASTIA		R\$ 1.500,00
25.12.1	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 800,00
25.12.2	HOSPITAL		R\$ 500,00
25.12.3	ANESTESISTA		R\$ 200,00
26.0	PATOLOGIA (ANATOMOPATOLOGIA E CITOPATOLOGIA)		
	PROCEDIMENTOS		
26.1	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
26.1.1	BIOPSIA (ANATOMO PATOLOGICO)		R\$ 30,00
27.0	PATOLOGIA CLÍNICA (EXAMES LABORATÓRIAS)		
27.1.1	CLEARANCE OSMOLAR		R\$ 3,86
27.1.2	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO		R\$ 2,10
27.1.3	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS		R\$ 2,00
27.1.4	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)		R\$ 7,60
27.1.5	DETERMINACAO CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO P/ CORTISONA (5 DOSAG.)		R\$ 10,00
27.1.6	DETERMINACAO CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO P/ CORTISONA (4 DOSAG.)		R\$ 10,00
27.1.7	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)		R\$ 10,00
27.1.8	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE		R\$ 3,86
27.1.9	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE		R\$ 3,86
27.1.10	DOSAGEM DE ACETONA		R\$ 2,10
27.1.11	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO		R\$ 4,04
27.1.12	DOSAGEM DE ACIDO URICO		R\$ 2,22
27.1.13	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO		R\$ 4,04
27.1.14	DOSAGEM DE ALDOLASE		R\$ 2,10
27.1.15	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA		R\$ 4,04
27.1.16	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA		R\$ 4,53
27.1.17	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA		R\$ 4,04
27.1.18	DOSAGEM DE AMILASE		R\$ 4,04
27.1.19	DOSAGEM DE AMONIA		R\$ 17,14
27.1.20	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES		R\$ 3,86
27.1.21	DOSAGEM DE CALCIO		R\$ 4,00
27.1.22	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL		R\$ 4,00



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

27.1.23	DOSAGEM DE CAROTENO		R\$ 2,21
27.1.24	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA		R\$ 2,10
27.1.25	DOSAGEM DE CLORETO		R\$ 2,21
27.1.26	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL		R\$ 3,86
27.1.27	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL		R\$ 3,86
27.1.28	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL		R\$ 2,90
27.1.29	DOSAGEM DE COLINESTERASE		R\$ 4,04
27.1.30	DOSAGEM DE CREATININA		R\$ 4,04
27.1.31	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)		R\$ 8,64
27.1.32	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB		R\$ 4,04
27.1.33	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA		R\$ 3,86
27.1.34	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA		R\$ 4,04
27.1.35	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA		R\$ 3,86
27.1.36	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)		R\$ 2,47
27.1.37	DOSAGEM DE FERRITINA		R\$ 18,71
27.1.38	DOSAGEM DE FERRO SERICO		R\$ 4,21
27.1.39	DOSAGEM DE FOLATO		R\$ 4,04
27.1.40	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL		R\$ 3,86
27.1.41	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA		R\$ 3,50
27.1.42	DOSAGEM DE FOSFORO		R\$ 2,50
27.1.43	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA		R\$ 2,10
27.1.44	DOSAGEM DE GALACTOSE		R\$ 2,10
27.1.45	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)		R\$ 3,21
27.1.46	DOSAGEM DE GLICOSE		R\$ 2,21
27.1.47	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE		R\$ 4,53
27.1.48	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA		R\$ 3,86
27.1.49	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA		R\$ 10,44
27.1.50	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA		R\$ 2,10
27.1.51	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE		R\$ 16,76
27.1.52	DOSAGEM DE LACTATO		R\$ 4,04
27.1.53	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE		R\$ 4,86
27.1.55	DOSAGEM DE LIPASE		R\$ 8,21
27.1.56	DOSAGEM DE MAGNESIO		R\$ 4,04
27.1.57	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS		R\$ 7,20
27.1.58	DOSAGEM DE PIRUVATO		R\$ 16,76
27.1.59	DOSAGEM DE PORFIRINAS		R\$ 7,12
27.1.60	DOSAGEM DE POTASSIO		R\$ 3,00
27.1.61	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS		R\$ 3,00
27.1.62	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES		R\$ 3,00
27.1.63	DOSAGEM DE SODIO		R\$ 3,00
27.1.64	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)		R\$ 3,00
27.1.65	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)		R\$ 3,00
27.1.66	DOSAGEM DE TRANSFERRINA		R\$ 4,94
27.1.67	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS		R\$ 4,21
27.1.68	DOSAGEM DE TRIPTOFANO		R\$ 9,90
27.1.69	DOSAGEM DE UREIA		R\$ 6,35
27.1.70	DOSAGEM DE VITAMINA B12		R\$ 3,13
27.1.71	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS		R\$ 6,34
27.1.72	ELETROFORESE DE PROTEINAS		R\$ 10,96



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

27.1.73	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)	R\$ 3,00
27.1.74	PROVA DA D-XILOSE	R\$ 4,52
27.1.75	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	R\$ 8,80
27.1.76	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 35,84
27.1.77	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	R\$ 8,37
27.1.78	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 5,20
27.1.79	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 8,89
27.1.80	DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	R\$ 7,29
27.1.81	DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	R\$ 16,50
27.1.82	DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R\$ 20,80
27.1.83	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	R\$ 7,32
27.1.84	DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R\$ 10,02
27.1.85	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R\$ 11,56
27.1.86	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R\$ 7,32
27.1.87	DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	R\$ 5,06
27.1.88	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$ 1,68
27.1.89	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 3,00
27.1.90	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 3,00
27.1.91	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSIDENTACAO (VHS)	R\$ 3,00
27.1.92	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$ 4,52
27.1.93	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$ 5,95
27.1.94	DOSAGEM DE FATOR II	R\$ 3,00
27.1.95	DOSAGEM DE FATOR IX	R\$ 1,68
27.1.96	DOSAGEM DE FATOR V	R\$ 4,52
27.1.97	DOSAGEM DE FATOR VII	R\$ 3,00
27.1.98	DOSAGEM DE FATOR VIII	R\$ 27,50
27.1.99	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	R\$ 4,52
27.1.100	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	R\$ 3,00
27.1.101	DOSAGEM DE FATOR X	R\$ 3,00
27.1.102	DOSAGEM DE FATOR XI	R\$ 3,00
27.1.103	DOSAGEM DE FATOR XII	R\$ 3,00
27.1.104	DOSAGEM DE FATOR XIII	R\$ 4,52
27.1.105	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R\$ 3,00
27.1.106	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 3,00
27.1.107	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	R\$ 3,00
27.1.108	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R\$ 13,20
27.1.109	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R\$ 3,00
27.1.110	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R\$ 3,00
27.1.111	ELETRFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 19,50
27.1.112	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$ 5,50
27.1.113	HEMATOCRITO	R\$ 5,50
27.1.114	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 6,94
27.1.115	LEUCOGRAMA	R\$ 4,40
27.1.116	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	R\$ 10,17
27.1.117	PESQUISA DE CELULAS LE	R\$ 3,11
27.1.118	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	R\$ 10,17
27.1.119	PESQUISA DE FILARIA	R\$ 16,56
27.1.120	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$ 18,06



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

27.1.121	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA		R\$ 14,90
27.1.122	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA		R\$ 18,87
27.1.123	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO		R\$ 3,87
27.1.124	PROVA DO LACO		R\$ 3,11
27.1.125	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS		R\$ 18,87
27.1.126	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS		R\$ 10,17
27.1.127	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)		R\$ 18,87
27.1.128	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)		R\$ 10,17
27.1.129	CONTAGEM DE LINFOCITOS B		R\$ 3,11
27.1.130	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8(cada)		R\$ 36,30
27.1.131	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS		R\$ 18,87
27.1.132	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)		R\$ 80,00
27.1.133	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)		R\$ 11,00
27.1.134	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)		R\$ 11,00
27.1.135	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE		R\$ 9,53
27.1.136	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA		R\$ 18,87
27.1.137	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA		R\$ 11,00
27.1.138	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)		R\$ 19,70
27.1.139	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA		R\$ 20,40
27.1.139	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3		R\$ 18,87
27.1.140	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4		R\$ 6,31
27.1.141	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA		R\$ 18,87
27.1.142	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)		R\$ 20,40
27.1.143	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)		R\$ 20,40
27.1.144	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)		R\$ 10,17
27.1.145	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE		R\$ 11,00
27.1.146	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA		R\$ 10,17
27.1.147	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C		R\$ 358,17
27.1.148	IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS		R\$ 6,31
27.1.149	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)		R\$ 11,00
27.1.150	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA		R\$ 18,87
27.1.151	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA		R\$ 10,17
27.1.152	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA		R\$ 11,00
27.1.153	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI		R\$ 10,67
27.1.154	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)		R\$ 3,11
27.1.155	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)		R\$ 11,00
27.1.156	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2		R\$ 11,00
27.1.157	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)		R\$ 11,00
27.1.158	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS		R\$ 18,87
27.1.159	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM		R\$ 20,59
27.1.160	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)		R\$ 20,59
27.1.161	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)		R\$ 20,59
27.1.162	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS		R\$ 18,87
27.1.163	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS		R\$ 18,87
27.1.164	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS		R\$ 18,87
27.1.165	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS		R\$ 18,87
27.1.166	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO		R\$ 18,87
27.1.167	PESQ. DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)		R\$ 11,00
27.1.168	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL		R\$ 18,87



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

27.1.169	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS		R\$ 20,40
27.1.170	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)		R\$ 20,40
27.1.171	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES		R\$ 8,55
27.1.172	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)		R\$ 10,68
27.1.173	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO		R\$ 20,40
27.1.174	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO		R\$ 20,40
27.1.175	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS		R\$ 10,17
27.1.176	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA		R\$ 4,51
27.1.177	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS		R\$ 20,40
27.1.178	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA		R\$ 18,87
27.1.179	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS		R\$ 3,11
27.1.180	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA		R\$ 12,10
27.1.181	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO		R\$ 10,17
27.1.182	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO		R\$ 18,66
27.1.183	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO		R\$ 10,17
27.1.184	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS		R\$ 20,40
27.1.185	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS		R\$ 33,00
27.1.186	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA		R\$ 20,40
27.1.187	PESQ. DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)		R\$ 18,87
27.1.188	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)		R\$ 18,87
27.1.189	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA		R\$ 18,87
27.1.190	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII		R\$ 18,87
27.1.191	PESQ. DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)		R\$ 12,77
27.1.192	PESQ. DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)		R\$ 11,00
27.1.193	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO		R\$ 20,40
27.1.194	PESQ. DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS.		R\$ 10,17
27.1.195	PESQ. ANTICORPOS /OU ANTIGENO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO		R\$ 20,40
27.1.196	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA		R\$ 22,00
27.1.197	PESQ. DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR		R\$ 20,40
27.1.198	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS		R\$ 18,87
27.1.199	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS		R\$ 18,87
27.1.200	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA		R\$ 18,87
27.1.201	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI		R\$ 18,87
27.1.202	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)		R\$ 14,68
27.1.203	PESQ. ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)		R\$ 20,40
27.1.204	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)		R\$ 20,40
27.1.205	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA		R\$ 20,40
27.1.206	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER		R\$ 3,11
27.1.207	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS 496EPSTEIN-BARR		R\$ 4,51
27.1.208	PESQ497UISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES		R\$ 11,00
27.1.209	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS		R\$ 10,17
27.1.210	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS		R\$ 11,00
27.1.211	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA		R\$ 21,94
27.1.212	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI		R\$ 21,94



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

27.1.213	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)		R\$ 19,80
27.1.214	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)		R\$ 20,40
27.1.215	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)		R\$ 24,51
27.1.216	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA		R\$ 18,11
27.1.217	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER		R\$ 18,11
27.1.218	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR		R\$ 16,00
27.1.219	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS		R\$ 16,00
27.1.220	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)		R\$ 19,94
27.1.221	PESQ. ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)		R\$ 11,00
27.1.222	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)		R\$ 22,11
27.1.223	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)		R\$ 20,40
27.1.224	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS		R\$ 18,87
27.1.225	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)		R\$ 7,81
27.1.226	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLOURESCENCIA		R\$ 33,34
27.1.227	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECÍFICA		R\$ 23,34
27.1.228	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESCENCIA)		R\$ 18,81
27.1.229	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)		R\$ 1,81
27.1.230	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS		R\$ 1,81
27.1.231	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1		R\$ 81,81
27.1.232	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C		R\$ 298,81
27.1.233	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS		R\$ 7,81
27.1.234	REACAO DE MONTENEGRO ID		R\$ 9,81
27.1.235	TESTE DE VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS		R\$ 5,81
27.1.236	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS		R\$ 7,81
27.1.237	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS		R\$ 7,81
27.1.238	TESTES ALERGICOS DE CONTATO		R\$ 11,27
27.1.239	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA		R\$ 3,81
27.1.240	TESTES RAPIDOS P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS		R\$ 7,81
27.1.241	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE		R\$ 4,81
27.1.242	DOSAGEM ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA		R\$ 38,81
27.1.244	DOSAGEM DA FRACAO CIQ DO COMPLEMENTO		R\$ 4,07
27.1.245	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL		R\$ 3,86
27.1.246	DOSAGEM DE GORDURA FECAL		R\$ 3,86
27.1.247	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL		R\$ 3,86
27.1.248	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS		R\$ 2,24
27.1.249	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)		R\$ 4,07
27.1.250	PESQUISA DE EOSINOFILOS		R\$ 4,07
27.1.251	PESQUISA DE GORDURA FECAL		R\$ 2,21
27.1.252	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES		R\$ 8,93
27.1.253	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES		R\$ 4,04
27.1.254	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES		R\$ 2,24
27.1.255	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)		R\$ 3,34
27.1.256	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS		R\$ 4,07
27.1.257	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES		R\$ 14,07
27.1.258	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES		R\$ 9,24



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

27.1.259	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORA NAS FEZES		R\$ 6,24
27.1.260	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES		R\$ 9,24
27.1.261	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES		R\$ 4,07
27.1.262	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS/SEDIMENTO/ URINA.		R\$ 5,86
27.1.263	CLEARANCE DE CREATININA		R\$ 3,86
27.1.264	CLEARANCE DE FOSFATO		R\$ 3,86
27.1.265	CLEARANCE DE UREIA		R\$ 3,86
27.1.266	CONTAGEM DE ADDIS		R\$ 4,07
27.1.267	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE		R\$ 4,07
27.1.268	DOSAGEM DE ACUCARES (POR CROMATOGRRAFIA)		R\$ 2,24
27.1.269	DOSAGEM DE CITRATO		R\$ 8,93
27.1.270	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA		R\$ 14,04
27.1.271	DOSAGEM DE OXALATO		R\$ 2,24
27.1.272	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)		R\$ 3,34
27.1.273	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS		R\$ 4,07
27.1.274	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS		R\$ 4,07
27.1.275	PESQUISA DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRRAFIA)		R\$ 2,24
27.1.276	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA		R\$ 4,07
27.1.277	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA		R\$ 2,24
27.1.278	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA		R\$ 2,24
27.1.279	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA		R\$ 2,24
27.1.280	PESQUISA DE CISTINA NA URINA		R\$ 2,24
27.1.281	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA		R\$ 4,07
27.1.282	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA		R\$ 2,24
27.1.283	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA		R\$ 2,24
27.1.284	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA		R\$ 3,69
27.1.285	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA		R\$ 2,24
27.1.286	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA		R\$ 2,24
27.1.287	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA		R\$ 4,07
27.1.288	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA		R\$ 2,24
27.1.289	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA		R\$ 4,88
27.1.290	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)		R\$ 2,24
27.1.291	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA		R\$ 2,24
27.1.292	PROVA DE DILUICAO (URINA)		R\$ 13,79
27.1.293	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE		R\$ 13,79
27.1.294	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3		R\$ 16,15
27.1.295	DETERMINACAO DE T3 REVERSO		R\$ 11,22
27.1.296	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA		R\$ 7,39
27.1.297	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS		R\$ 7,39
27.1.298	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES		R\$ 7,39
27.1.299	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)		R\$ 15,53
27.1.300	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)		R\$ 13,07
27.1.301	DOSAGEM DE ALDOSTERONA		R\$ 13,21
27.1.302	DOSAGEM DE AMP CICLICO		R\$ 12,68
27.1.303	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA		R\$ 15,81
27.1.304	DOSAGEM DE CALCITONINA		R\$ 10,84
27.1.305	DOSAGEM DE CORTISOL		R\$ 12,37
27.1.306	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)		R\$ 12,28
27.1.307	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)		R\$ 11,16



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

27.1.308	DOSAGEM DE ESTRADIOL		R\$ 12,70
27.1.309	DOSAGEM DE ESTRIOL		R\$ 12,23
27.1.310	DOSAGEM DE ESTRONA		R\$ 15,56
27.1.311	DOSAGEM DE GASTRINA		R\$ 16,68
27.1.312	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA		R\$ 8,63
27.1.313	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)		R\$ 11,23
27.1.314	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)		R\$ 8,67
27.1.315	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)		R\$ 9,86
27.1.316	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)		R\$ 9,85
27.1.317	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)		R\$ 11,18
27.1.318	DOSAGEM DE INSULINA		R\$ 21,44
27.1.319	DOSAGEM DE PARATORMONIO		R\$ 16,88
27.1.320	DOSAGEM DE PEPTIDEO C		R\$ 31,24
27.1.321	DOSAGEM DE PROGESTERONA		R\$ 11,16
27.1.322	DOSAGEM DE PROLACTINA		R\$ 14,50
27.1.323	DOSAGEM DE RENINA		R\$ 16,88
27.1.324	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)		R\$ 54,42
27.1.325	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)		R\$ 11,47
27.1.326	DOSAGEM DE TESTOSTERONA		R\$ 14,42
27.1.327	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE		R\$ 16,88
27.1.328	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA		R\$ 9,63
27.1.329	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)		R\$ 12,76
27.1.330	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)		R\$ 13,20
27.1.331	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)		R\$ 13,32
27.1.332	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH		R\$ 13,32
27.1.333	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA		R\$ 13,32
27.1.334	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA		R\$ 13,32
27.1.335	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON		R\$ 13,32
27.1.336	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA		R\$ 13,32
27.1.337	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE		R\$ 9,27
27.1.338	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS		R\$ 16,36
27.1.339	PESQUISA DE MACROPROLACTINA		R\$ 2,26
27.1.340	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO		R\$ 2,45
27.1.341	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO		R\$ 4,04
27.1.342	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO		R\$ 2,26
27.1.344	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO		R\$ 17,21
27.1.345	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO		R\$ 3,86
27.1.346	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE		R\$ 2,21
27.1.347	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO		R\$ 30,25
27.1.348	DOSAGEM DE ALUMINIO		R\$ 11,00
27.1.349	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS		R\$ 11,00
27.1.350	DOSAGEM DE ANFETAMINAS		R\$ 11,00
27.1.351	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS		R\$ 14,44
27.1.352	DOSAGEM DE BARBITURATOS		R\$ 14,82
27.1.353	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS		R\$ 7,20
27.1.354	DOSAGEM DE CADMIO		R\$ 19,28
27.1.355	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA		R\$ 34,52
27.1.356	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA		R\$ 9,71
27.1.357	DOSAGEM DE CHUMBO		R\$ 64,47



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

27.1.358	DOSAGEM DE CICLOSPORINA		R\$ 3,86
27.1.359	DOSAGEM DE COBRE		R\$ 9,86
27.1.360	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)		R\$ 17,21
27.1.361	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA		R\$ 38,74
27.1.362	DOSAGEM DE FENITOINA		R\$ 32,25
27.1.363	DOSAGEM DE FENOL		R\$ 3,86
27.1.364	DOSAGEM DE FORMALDEIDO		R\$ 2,47
27.1.365	DOSAGEM DE LITIO		R\$ 5,24
27.1.366	DOSAGEM DE MERCURIO		R\$ 4,52
27.1.367	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA		R\$ 11,00
27.1.368	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA		R\$ 11,00
27.1.369	DOSAGEM DE METOTREXATO		R\$ 11,00
27.1.370	DOSAGEM DE QUINIDINA		R\$ 2,21
27.1.371	DOSAGEM DE SALICILATOS		R\$ 3,86
27.1.372	DOSAGEM DE SULFATOS		R\$ 17,21
27.1.373	DOSAGEM DE TEOFILINA		R\$ 4,04
27.1.374	DOSAGEM DE TIOCIANATO		R\$ 17,21
27.1.375	DOSAGEM DE ZINCO		R\$ 21,47
27.1.376	ANTIBIOGRAMA		R\$ 14,66
27.1.377	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA		R\$ 14,66
27.1.378	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS		R\$ 4,62
27.1.379	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNOSTICA)		R\$ 4,62
27.1.380	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)		R\$ 4,62
27.1.381	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)		R\$ 3,08
27.1.382	BACTEROSCOPIA (GRAM)		R\$ 6,18
27.1.383	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO		R\$ 4,76
27.1.384	CULTURA DO LEITE MATERNO (POS-PASTEURIZACAO)		R\$ 4,76
27.1.385	CULTURA P/ HERPESVIRUS		R\$ 6,19
27.1.386	CULTURA PARA BAAR		R\$ 11,27
27.1.387	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS		R\$ 4,60
27.1.388	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS		R\$ 3,08
27.1.389	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)		R\$ 12,63
27.1.390	HEMOCULTURA		R\$ 6,19
27.1.391	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS		R\$ 4,76
27.1.392	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI		R\$ 3,08
27.1.393	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO		R\$ 4,76
27.1.394	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A		R\$ 3,08
27.1.395	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY		R\$ 4,76
27.1.396	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI		R\$ 3,08
27.1.397	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS		R\$ 5,54
27.1.398	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM		R\$ 2,07
27.1.399	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES		R\$ 6,36
27.1.400	ADENOGRAMA		R\$ 4,76
27.1.401	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA		R\$ 4,76
27.1.402	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS		R\$ 1,96
27.1.403	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR		R\$ 1,96
27.1.404	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR		R\$ 7,21
27.1.405	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO		R\$ 2,21



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

27.1.406	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO		R\$ 2,21
27.1.407	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA		R\$ 2,21
27.1.408	DOSAGEM DE FRUTOSE		R\$ 2,21
27.1.409	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA		R\$ 1,96
27.1.410	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES		R\$ 1,96
27.1.411	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES		R\$ 7,21
27.1.412	ELETROFORSE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR		R\$ 7,21
27.1.413	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO		R\$ 6,36
27.1.414	ESPLENOGRAMA		R\$ 2,07
27.1.415	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS		R\$ 6,36
27.1.416	MIELOGRAMA		R\$ 10,67
27.1.417	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)		R\$ 2,21
27.1.418	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA NO ESPERMA		R\$ 1,96
27.1.419	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR		R\$ 1,96
27.1.420	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS		R\$ 1,96
27.1.421	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA		R\$ 5,28
27.1.422	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)		R\$ 2,07
27.1.423	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES		R\$ 10,67
27.1.424	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)		R\$ 2,07
27.1.425	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)		R\$ 2,07
27.1.426	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE		R\$ 2,07
27.1.427	REACAO DE PANDY		R\$ 2,07
27.1.428	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES		R\$ 2,07
27.1.429	TESTE DE CLEMENTS		R\$ 5,15
27.1.430	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS		R\$ 5,15
27.1.431	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO		R\$ 35,72
27.1.432	DETERMINACAO DE CARIOTIPO/ CULTURA DE LONGA DURACAO (BANDAS)		R\$ 35,72
27.1.433	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)		R\$ 35,72
27.1.434	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)		R\$ 9,68
27.1.435	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)		R\$ 72,60
27.1.436	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)		R\$ 72,60
27.1.437	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)		R\$ 6,05
27.1.438	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICA TARDIO)		R\$ 13,31
27.1.439	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4		R\$ 22,99
27.1.440	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA		R\$ 6,05
27.1.441	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA		R\$ 14,52
27.1.442	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICA TARDIO)		R\$ 11,71
27.1.443	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS		R\$ 1,50
27.1.444	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO		R\$ 11,71
27.1.445	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR		R\$ 11,71
27.1.446	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS		R\$ 6,36



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

27.1.447	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES P/ METODO DA ELUICAO		R\$ 6,36
27.1.448	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC		R\$ 6,36
27.1.449	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO		R\$ 1,50
27.1.450	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)		R\$ 3,00
27.1.451	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)		R\$ 6,36
27.1.452	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B		R\$ 7,30
27.1.453	EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA		R\$ 11,71
27.1.454	EXAME CITOPATOLOGICO HORMONAL SERIADO (MINIMO 3 COLETAS)		R\$ 11,71
27.1.455	EXAME DE CITOLOGIA ONCOTICA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)		R\$ 17,56
27.1.456	EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA		R\$ 55,00
27.1.457	DETERMINACAO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIS		R\$ 47,53
27.1.458	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - PECA CIRURGICA		R\$ 26,40
27.1.459	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO P/ CONGELAMENTO / PARAFINA (EXCETO COLO UTERINO) - PECA CIRURGICA		R\$ 92,00
27.1.460	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)		R\$ 26,40
27.1.461	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA		R\$ 47,53
27.1.462	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - PECA CIRURGICA		R\$ 26,40
27.1.463	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - BIOPSIA		R\$ 26,40
27.1.464	TESTE DE URÉASE		R\$ 10,00
27.1.465	SWAB ANAL PARA PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS EM GESTANTES VAGINAL/ANAL		R\$ 40,00
28.0	PEDIATRIA		
28.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
29.0	PNEUMOLOGIA		
29.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
29.1	EXAMES REALIZADOS		
29.1.1	ESPIROMETRIA		R\$ 90,00
20.1.2	BRONCOSCOPIA		R\$ 250,00
30.0	PNEUMOPEDIATRIA		
30.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
31.0	PROCTOLOGIA		
31.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
32.0	PSIQUIATRIA		
32.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
33.0	RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM		
33.1	RAIO - X - COM LAUDOS		
33.1.1	DACRIOCISTOGRAFIA		R\$ 40,00
33.1.2	PLANIGRAFIA DE LARINGE		R\$ 40,00
33.1.3	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)		R\$ 40,00
33.1.4	RADIOGRAFIA DE ARCADEA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)		R\$ 40,00
33.1.5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL		R\$ 40,00
33.1.6	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)		R\$ 40,00
33.1.7	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIQUA / BRETTON + HIRTZ)		R\$ 40,00
33.1.8	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)		R\$ 40,00
33.1.9	RADIOGRAFIA DE LARINGE		R\$ 40,00
33.1.10	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)		R\$ 40,00
33.1.11	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)		R\$ 40,00
33.1.12	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)		R\$ 30,00
33.1.13	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (E CORPO ESTRANHO)		R\$ 40,00



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

33.1.14	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL)		R\$ 30,00
33.1.15	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)		R\$ 30,00
33.1.16	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)		R\$ 40,00
33.1.17	MIELOGRAFIA		R\$ 40,00
33.1.18	PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL		R\$ 40,00
33.1.19	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + OBLIQUAS)		R\$ 30,00
33.1.20	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)		R\$ 30,00
33.1.21	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA		R\$ 40,00
33.1.22	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA		R\$ 40,00
33.1.23	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS e SEL)		R\$ 40,00
33.1.24	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA		R\$ 40,00
33.1.25	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)		R\$ 40,00
33.1.26	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEIA		R\$ 40,00
33.1.27	SIALOGRAFIA (POR GLANDULA)		R\$ 40,00
33.1.28	RADIOGRAFIA DE CORACAO VASOS DA BASE (PA / LATERAL+ OBLIQUA)		R\$ 40,00
33.1.29	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)		R\$ 40,00
33.1.30	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)		R\$ 40,00
33.1.31	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO		R\$ 40,00
33.1.32	RADIOGRAFIA DE ESTERNO		R\$ 30,00
33.1.33	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)		R\$ 40,00
33.1.34	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)		R\$ 30,00
33.1.35	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)		R\$ 30,00
33.1.36	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)		R\$ 30,00
33.1.37	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)		R\$ 30,00
33.1.38	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)		R\$ 30,00
33.1.39	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO		R\$ 30,00
33.1.40	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR		R\$ 30,00
33.1.41	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL		R\$ 30,00
33.1.42	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR		R\$ 30,00
33.1.43	RADIOGRAFIA DE BRACO		R\$ 30,00
33.1.44	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA		R\$ 30,00
33.1.45	RADIOGRAFIA DE COTOVELO		R\$ 40,00
33.1.46	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO		R\$ 40,00
33.1.47	RADIOGRAFIA DE MAO		R\$ 40,00
33.1.48	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)		R\$ 40,00
33.1.49	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)		R\$ 40,00
33.1.50	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)		R\$ 40,00
33.1.51	CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE		R\$ 40,00
33.1.52	COLANGIOGRAFIA PER-OPERATORIA		R\$ 40,00
33.1.53	COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA		R\$ 40,00
33.1.54	DUODENOGRAMA HIPOTONICA		R\$ 40,00
33.1.55	FISTULOGRAFIA		R\$ 40,00
33.1.56	HISTEROSSALPINGOGRAFIA		R\$ 40,00
33.1.57	PIELOGRAFIA ANTEROGRADA PERCUTANEA		R\$ 40,00
33.1.58	PIELOGRAFIA ASCENDENTE		R\$ 40,00
33.1.59	PLANIGRAFIA DE RIM S/ CONTRASTE		R\$ 40,00
33.1.60	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)		R\$ 30,00
33.1.61	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)		R\$ 70,00
33.1.62	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)		R\$ 30,00



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

33.1.63	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO		R\$ 40,00
33.1.64	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)		R\$ 40,00
33.1.65	RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE)		R\$ 30,00
33.1.66	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL		R\$ 30,00
33.1.67	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA		R\$ 40,00
33.1.68	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA		R\$ 40,00
33.1.69	RADIOGRAFIA DE BACIA		R\$ 30,00
33.1.70	RADIOGRAFIA DE CALCANEAO		R\$ 30,00
33.1.71	RADIOGRAFIA DE COXA		R\$ 40,00
33.1.72	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)		R\$ 30,00
33.1.73	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)		R\$ 40,00
33.1.74	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)		R\$ 40,00
33.1.75	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE		R\$ 30,00
33.1.76	RADIOGRAFIA DE PERNA		R\$ 30,00
33.1.77	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES		R\$ 40,00
33-1	ULTRASSONOGRRAFIA - GRUPO I		
33.1	EXAMES ULTRASONOGRAFICOS	CIS	CLÍNICAS
33.1.1	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO COLORIDO E PULSADO	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.1.2	ULTRA-SONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL/RASTREAMENTO DE TESTÍCULOS	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.3	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 100,00	R\$ 100,00
33.1.4	ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL FEMININA	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.5	ULTRASSONOGRRAFIA DA BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER - COLORIDO	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.1.6	ULTRASSONOGRRAFIA DO ABDÔMEN TOTAL COM DOPPLER - COLORIDO	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.1.7	ULTRASSONOGRRAFIA DA TIREÓIDE COM DOPPLER - COLORIDO	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.1.8	ULTRASSONOGRRAFIA DAS GLÂNDULAS SALIVARES E SUBMANDIBULARES	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.9	ULTRASSONOGRRAFIA DA REGIÃO INGUINAL	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.10	ULTRASSONOGRRAFIA PENIANA	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.11	ULTRASSONOGRRAFIA DO RETROPERITÔNIO	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.12	ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.13	ULTRASSONOGRRAFIA DAS SUPRARRENAIS	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.14	ULTRASSONOGRRAFIA DAS LOJAS RENAI	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.15	ULTRASSONOGRRAFIA DO HIPOCÔNDRIO DIREITO	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.16	ULTRASSONOGRRAFIA DA ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL (QUADRIL)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.17	ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL MASCULINA	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.18	ULTRA-SONOGRAFIA DE TIREOIDE (PESCOÇO, CERVICAL, PAROTIDA)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.19	ULTRA-SONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.20	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO (MORFOLOGICO)	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.1.21	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSFONTANELA (HIPOCONDRIIO)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.22	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (DOPPLER RENAL, VASCULAR VENOSO, CARÓTIDAS E VERTEBRAS, COLORIDO 3 OU MAIS)	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.1.23	ULTRA-SONOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES (ANTEBRAÇO, COXA, BRAÇO, JOELHO, TORNOZELO, OMBRO, PUNHO, PANTURRILHA)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.2.	ULTRASSONOGRRAFIA - GRUPO 2		
33.2.	EXAMES ULTRASONOGRAFICOS		
33.2.1	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (AVALIAÇÃO DE FÍGADO, PÂNCREAS, VESÍCULA BILIAR, VIAS BILIARES, BAÇO, RINS, RETROPERITÔNIO E BEXIGA)	R\$ 80,00	R\$ 80,00



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

33.2.2	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN INFERIOR (SUPRAPUBLICA)	R\$ 80,00	R\$ 80,00
33.2.3	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO (RINS E BEXIGA)	R\$ 80,00	R\$ 80,00
33.2.4	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VESICULA, VIAS BILIARES, REGIÃO INGUINAL, ORGÕES E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS)	R\$ 60,00	R\$ 60,00
33.2.5	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 60,00	R\$ 60,00
33.2.6	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA	R\$ 70,00	R\$ 70,00
33.2.7	ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R\$ 60,00	R\$ 60,00
33.2.8	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 70,00	R\$ 70,00
33.3	ULTRASSONOGRRAFIA - GRUPO 3		
33.3	EXAMES ULTRASONOGRAFICOS REALIZADOS		
33.3.1	ULTRASSONOGRRAFIA TIREÓIDE	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.2	ULTRASSONOGRRAFIA OMBRO	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.3	ULTRASSONOGRRAFIA MÃO	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.4	ULTRASSONOGRRAFIA GLOBO OCULAR BILATERAL	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.5	ULTRASSONOGRRAFIA GLOBO OCULAR COM DOPPLER COLORIDO	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.3.6	ULTRASSONOGRRAFIA GLÂNDULAS SALIVARES (TODAS)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.7	ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMAS	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.8	ULTRASSONOGRRAFIA DERMATOLÓGICA – (PELE E SUBCUTÂNEO)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.9	ULTRASSONOGRRAFIA PESCOÇO	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.10	ULTRASSONOGRRAFIA PARATIREÓIDE	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.11	ULTRASSONOGRRAFIA ABDOMEM SUPERIOR COM DOPPLER	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.3.12	ULTRASSONOGRRAFIA AORTA ABDOMINAL	R\$ 190,00	R\$ 190,00
33.3.13	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER AORTA OU VASOS ILÍACOS	R\$ 190,00	R\$ 190,00
33.3.14	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ILIACAS	R\$ 190,00	R\$ 190,00
33.3.15	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL E VISCERAIS	R\$ 190,00	R\$ 190,00
33.3.16	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE ARTÉRIAS RENAIIS E AORTA DESCENDENTE	R\$ 190,00	R\$ 190,00
33.3.17	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER PENIANO	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.3.18	ULTRASSONOGRRAFIA ESTRUTURAS/SUPERFICIAIS (CERVICAL OU AXILAR)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.19	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA 1º TRIMESTRE (ENDOVAGINAL)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.20	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA 4D	R\$ 210,00	R\$ 210,00
33.3.21	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA 4D HD	R\$ 210,00	R\$ 210,00
33.3.22	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA C/ TRANSLUCENCIA NUCAL	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.23	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM PERFIL BIOFISICO FETAL	R\$ 150,00	R\$ 150,00
33.3.24	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICO ECOCARDIOGRAMA FETAL	R\$ 200,00	R\$ 200,00
33.3.25	ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICO COM DOPPLER	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.3.26	ULTRASSONOGRRAFIA PROSTATA COM DOPPLER	R\$ 150,00	R\$ 150,00
33.3.27	ULTRASSONOGRRAFIA TRANS-VAGINAL COM DOPPLER	R\$ 130,00	R\$ 130,00
34.0	REUMATOLOGIA		
34.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
35.0	UROLOGIA		
35.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
35.1.	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
35.1.1	CISTOSCOPIA		R\$ 180,00
35.1.2	UROTRCISTOGRAFIA		R\$ 180,00
35.1.3	UROGRAFIA VENOSA		R\$ 120,00
35.1.4	UROFLUXOMETRIA		R\$ 100,00
35.1.4	URODINÂMICA		R\$ 220,00



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

REDE MÃE PARANAENSE - COMSUS			
36.0	GESTANTE DE ALTO RISCO E RISCO INTERMEDIÁRIO		
36.1.1	CONSULTA ESPECIALIZADA DE RISCO INTERMEDIÁRIO E ALTO RISCO EM OBSTETRÍCIA – COMSUS	R\$ 60,00	
36.1.2	ATENDIMENTO DE PSICÓLOGO INDIVIDUAL DE RISCO INTERMEDIÁRIO E ALTO RISCO - COMSUS	R\$ 25,00	
36.1.3	ATENDIMENTO DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR EM GRUPO (EXCETO MÉDICO)- COMSUS	R\$ 13,00	
36.1.4	CONSULTAS DE PROFISSIONAL DE NIVEL SUPERIOR NA ÁREA DE SAÚDE (EXCETO MÉDICO) - COMSUS	R\$ 25,00	
36.1.5	CONSULTA ESPECIALIZADA DE PEDIATRIA PARA CRIANÇA ATÉ 01 ANO DE VIDA.	R\$ 50,00	
36.1.6	EDUCAÇÃO PERMANENTE, CAPACITAÇÃO REALIZADA POR MÉDICOS ESPECIALISTAS E EQUIPE MULTIPROFISSIONAIS AOS PROFISSIONAIS DO CIS E DA ATENÇÃO PRIMARIA – VALOR POR HORA.	R\$ 175,00	

OBS: "OS PROFISSIONAIS CREDENCIADOS NO GRUPO 36.0 REDE MÃE PARANAENSE – COMSUS ESTÃO SUJEITOS A NORMATIVAS E PROTOCOLOS DEFINIDO PELA SESA, ATRAVÉS DO PROGRAMA COMSUS".

OUTROS SERVIÇOS DISPONIBILIZADOS PELO CIS-IVAIPORÃ

Código CIS	Descrição dos Serviços	VALORES CLÍNICAS
91055	FISIOTERAPIA	
	ATENDIMENTOS EM FISIOTERAPIA POR SESSÃO	R\$ 7,00

07.02.00	PROCEDIMENTOS MÉDICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES EM OFTALMOLOGIA	
07.02.01	CONSULTA MÉDICA EM HORÁRIOS DIFERENCIADOS/ HOSPITALAR	R\$ 100,00
07.02.02	OFTALMOLOGISTAS ACOMPANHADAS DE EXAMES/PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES, ATENDIDOS EM HORÁRIOS DIFERENCIADOS/ HOSPITALAR.	R\$ 100,00
07.03.00	PROCEDIMENTOS MÉDICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES EM NEFROLOGIA	
07.03.01	URETEROLITOTRIPSIA (VIA ENDOSCOPIA URETEROSCÓPIO RÍGIDO)	R\$ 2.500,00
07.03.02	URETEROLITOTOMIA (CIRURGIA ABERTA)	R\$ 2.500,00
07.03.03	NEFROLITOMIA (CIRURGIA ABERTA)	R\$ 2.500,00
07.03.04	CISTOCÓPIA (VIA ENDOSCOPIA P/ CÁLCULOS VESICAIS BEXIGA)	R\$ 2.500,00
07.04.00	PROCEDIMENTOS / DIAGNOSTICA SAÚDE DO HOMEM/ MULHER	
07.04.01	PUNÇÃO DE MAMA C/ AGULHA GROSSA / CORE BIOPSY ORIENTADA POR LTRASSONOGRÁFIA+ANATOMOPATOLÓGICO (ÚTERO E MAMA)	R\$ 400,00
07.04.02	COLPOSCOPIA COM ANATOMO	R\$ 300,00
07.04.03	CAF CIRURGIA DE ALTA FREQUÊNCIA (CUTINIZAÇÃO C/ ANATOMO)	R\$ 420,00
07.04.04	BIOPSIA DE PRÓSTATA GUIADA POR ULTRASSOM (COM ANATOMOPATOLÓGICO)	R\$ 500,00
07.04.05	EXCERESE DE NÓDULO DE MAMA COM ANATOMO	R\$ 500,00
07.04.06	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE AGULHA GROSSA TIREÓIDE (COM CITOLOGIA)	R\$ 500,00



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

07.04.07	PUNÇÃO DE AGULHA FINA (PAAF) TIREÓIDE (COM CITOLOGIA)	R\$ 500,00
07.04.08	PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA (MAMA, E OUTROS)	R\$ 500,00
07.04.09	CAUTERIZAÇÃO UTERINA	R\$ 300,00
14.01.00	PLANTÃO MEDICO HOSPITALAR	
14.01.001.1	PLANTÃO MÉDICO HOSPITALR – PRESENCIAL DE 12 HORAS	R\$1.100,00

Código CIS	Descrição dos Serviços	VALORES CIS	VALORES CLÍNICAS	
03.01.01	PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR	VALOR P/ PCTES ESPECIAIS/ SEDAÇÃO	
			VALOR P/ PCTES ESPECIAI C/SEDAÇÃO	
03.01.01.015-3	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLOGICA PROGRAMATICA	R\$ 11,50	R\$ 17,25	R\$ 23,00
01.01.02.007-4	APLICACAO TOPICA DE FLUOR (INDIVIDUAL POR SESSAO)	R\$ 4,97	R\$ 7,45	R\$ 9,94
01.01.02.005-8	APLICACAO DE CARIOSTATICO (POR DENTE)	R\$ 4,97	R\$ 7,45	R\$ 9,94
01.01.02.006-6	APLICACAO DE SELANTE (POR DENTE)	R\$ 6,46	R\$ 9,69	R\$ 12,93
01.01.02.008-2	EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA	R\$ 6,46	R\$ 9,69	R\$ 12,93
01.01.02.009-0	SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA	R\$ 4,97	R\$ 7,45	R\$ 9,94
03.07.01.001-5	CAPEAMENTO PULPAR	R\$ 17,15	R\$ 25,73	R\$ 34,29
03.07.02.007-0	PULPOTOMIA DENTARIA	R\$ 17,15	R\$ 25,73	R\$ 34,29
03.07.03.002-4	RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAI (POR SEXTANTE)	R\$ 18,49	R\$ 27,74	R\$ 36,98
03.07.03.001-6	RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAI (POR SEXTANTE)	R\$ 18,49	R\$ 27,74	R\$ 36,98
03.07.01.002-3	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO	R\$ 6,13	R\$ 9,19	R\$ 12,26
03.07.01.003-1	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR	R\$ 20,00	R\$ 29,99	R\$ 40,00
03.07.01.004-0	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR	R\$ 20,00	R\$ 29,99	R\$ 40,00
04.14.02.012-0	EXODONTIA DE DENTE DECIDUO	R\$ 13,32	R\$ 19,9	R\$ 26,63
04.14.02.013-8	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	R\$ 13,32	R\$ 19,98	R\$ 26,63
02.04.01.018-7	RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING)	R\$ 3,93	R\$ 5,90	R\$ 7,87
	PROCEDIMENTOS DE PERIODONTIA			
03.07.03.003-2	RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE)	R\$ 20,82	R\$ 31,22	R\$ 41,63
04.14.02.008-1	ENXERTO GENGIVAL	R\$ 18,85	R\$ 28,28	R\$ 37,70
04.14.02.015-4	GENGIVECTOMIA e/ou GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE)	R\$ 39,56	R\$ 59,34	R\$ 79,12
04.14.02.037-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE)	R\$ 24,51	R\$ 36,75	R\$ 49,01
	PROCEDIMENTOS DE ENDODONTIA			
03.07.02.002-9	CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECÂNICO	R\$ 10,03	R\$ 15,04	R\$ 20,06
03.07.02.001-0	ACESSO A POLPA DENTÁRIA E MEDICAÇÃO (POR DENTE)	R\$ 15,00	R\$ 22,49	R\$ 29,99
03.07.02.003-7	OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO	R\$ 32,83	R\$ 49,24	R\$ 65,67
03.07.02.006-1	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	R\$ 32,97	R\$ 49,45	R\$ 65,94



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

03.07.02.004-5	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR	R\$ 42,69	R\$ 64,03	R\$ 85,38
03.07.02.005-3	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES	R\$ 51,96	R\$ 77,94	R\$ 103,91
03.07.02.011-8	SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR	R\$ 2,94	R\$ 4,42	R\$ 5,89
	PROCEDIMENTOS DE CIRURGIA ORAL MENOR			
02.01.01.023-2	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	R\$ 27,66	R\$ 41,49	R\$ 55,32
02.01.01.052-6	BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	R\$ 27,66	R\$ 42,52	R\$ 55,32
02.01.01.034-8	BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE	R\$ 55,45	R\$ 63,77	R\$ 85,03
03.07.01.005-8	TRATAMENTO DE NEURALGIAS FACIAIS	R\$ 18,66	R\$ 28,00	R\$ 37,33
04.14.01.001-9	CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM	R\$ 36,94	R\$ 55,41	R\$ 73,88
04.04.02.048-8	OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLODENTÁRIAS	R\$ 59,80	R\$ 89,70	R\$ 119,60
04.04.02.057-7	REDUÇÃO DE FRATURA ALVÉOLO-DENTÁRIA S/ OSTEOSÍNTESE	R\$ 141,53	R\$ 212,29	R\$ 282,98
04.04.02.061-5	REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR	R\$ 37,96	R\$ 56,94	R\$ 75,92
	PROCEDIMENTOS DE PRÓTESE DENTÁRIA			
03.07.04.007-0	MOLDAGEM DENTO-GENGIVAL PARA CONSTRUÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA	R\$ 46,00	R\$ 69,00	R\$ 92,00
03.07.04.008-9	REEMBASAMENTO E CONSERTO DE PRÓTESE DENTÁRIA	R\$ 10,25	R\$ 15,38	R\$ 20,49
07.01.07.009-9	PRÓTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVIVEL	R\$ 150,00	R\$ 150,00	R\$ 150,00
07.01.07.010-2	PRÓTESE PARCIAL MAXILAR REMOVIVEL	R\$ 150,00	R\$ 150,00	R\$ 150,00
07.01.07.012-9	PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR	R\$ 150,00	R\$ 150,00	R\$ 150,00
07.01.07.013-7	PRÓTESE TOTAL MAXILAR	R\$ 150,00	R\$ 150,00	R\$ 150,00

15.1 – Integram o presente instrumento, os seguintes anexos:

- Anexo I - Tabela de Valores
- Anexo II - Modelo de requerimento para credenciamento;
- Anexo III - Modelo declaração de idoneidade;
- Anexo IV - Modelo de declaração de Observância ao Disposto no Inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal.
- Anexo V- Minuta de Contrato.

Ivaiporã/PR, em 12 de dezembro de 2018.

Natasha Mayara Vieira
Presidente da Comissão de Licitação



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

TIMBRE DA EMPRESA

ANEXO II – MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO – 2019

Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da região de Ivaiporã

O INTERESSADO ABAIXO QUALIFICADO REQUER SUA INSCRIÇÃO NO **CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS NA ÁREA MÉDICA - Chamamento público nº. 04/2018**, do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã, objetivando a prestação de serviço dos procedimentos descritos na tabela abaixo:

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ:

ENDEREÇO:

CEP:

FONE COMERCIAL:

CELULAR:

MUNICÍPIO:

UF

DADOS BANCARIOS: OBRIGATÓRIO QUE SEJA BANCO DO BRASIL

BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA CORRENTE:

ESPECIALIDADE	DESCRIÇÃO DE PROCEDIMENTO/EXAMES	QUANTIDADE	VALOR DO PROCEDIMENTO	
QTDE/ DIA	DIAS DE ATENDIMENTOS	LOCAL DE ATENDIMENTO		
NOME DO (S) PROFISSIONAL(S) QUE EXECUTARÁ OS SERVIÇOS	CPF	RG:	CRM Nº	TELEFONE DO MÉDICO

O REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO DEVERÁ SER ACOMPANHADO DE CD, CONTENDO TODAS AS PRETENÇÕES DO REQUERENTE.

Local / data/ ano



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

Declaro que conheço e concordo com os termos constantes do Edital de Credenciamento e seus Regulamentos.

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL
DA EMPRESA REQUERENTE



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

TIMBRE DA EMPRESA

ANEXO III – MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã – PARANÁ.

Declaro para os fins de direito, na qualidade de solicitante de credenciamento na área da saúde, que não fui declarado inidôneo para contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

CIDADE, DATA, MÊS ANO.

NOME DA EMPRESA
REQUERENTE



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

TIMBRE DA EMPRESA

ANEXO IV – Disposto no Inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal

Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da DE IVAIPORÃ – Estado do Paraná

Declaro para os fins de direito e sob as penas impostas pela Lei nº. 8.666/93, de 21 de junho de 1993 e demais legislação pertinente, o cumprimento do disposto no inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

CIDADE, DATA, MÊS ANO.

NOME DA EMPRESA
REQUERENTE



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

ANEXO V

MINUTA DE CONTRATO DO CONTRATO ADMINISTRATIVO Nº ___/2019 PARA EXECUÇÃO DE SERVIÇOS CREDENCIADOS NA ÁREA DE SAÚDE

O CIS - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE, pessoa jurídica de direito público, com sede e foro nesta cidade de Ivaiporã, Estado do Paraná, na Rua Professora Diva Proença, nº. 500, inscrita no CNPJ-MF sob nº. **02.586.019/0001-97**, neste ato representado pelo seu Presidente **Sr. CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS**, portador da CI-RG nº 9.871.566-5, expedida pela SSP/PR, e inscrito no CPF sob o nº 060.282.329-39, residente e domiciliado na Avenida Belo Horizonte, nº 940, Centro, em Nova Tebas, PR, CONTRATANTE, e a **EMPRESA «NOME_FORNECEDOR»**, pessoa jurídica de Direito Privado, sito à «Endereço_Fornecedor», «Bairro_Fornecedor», em «Cidade_Fornecedor» inscrita no **CNPJ Nº «CNPJ_CPF_Fornecedor»**, representada pelo **Sr. «Nome_Representante»**, inscrita no **CPF nº «CPF_Representante»**, **RG nº «RG_Representante» SSP/PR**, tendo em vista o resultado da licitação procedida sob a forma de «MODALIDADE» Nº «Número_Licitação»/«Ano_Licitação», de acordo com a Lei n. 8.666/93, com as cláusulas seguintes e com a proposta apresentada pela CONTRATADA, que fazem parte integrante deste Contrato, acordam e aceitam:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

«Objeto»

«Itens_Contrato_Por_Lote»

CLÁUSULA SEGUNDA - DO PRAZO E DA VIGÊNCIA

O presente contrato vigorará a contar de sua assinatura pelas partes, até a data de «Término_Vigência».

Os prazos poderão ser revistos nas hipóteses indicadas no art. 57, § 1º, da Lei nº 8.666/93

CLÁUSULA TERCEIRA - DO VALOR

O Valor global desse contrato é de **R\$ «Valor_Contratado»**, daqui por diante denominado “VALOR CONTRATUAL”.

CLÁUSULA QUARTA - DO PAGAMENTO

O pagamento dos serviços prestados ocorrerá em até 20 (vinte) dias após a entrega da nota fiscal eletrônica ao setor de faturamento do CIS/ IVAIPORÃ, mediante transferência em conta no Banco do Brasil, por ser banco oficial, sendo obrigatória conta neste banco.

Parágrafo primeiro – Deverá o contratado encaminhar ao CIS as respectivas guias de solicitações médicas e as guias de autorização do CIS, emitida através do sistema de informatização.

Parágrafo segundo – O valor dos procedimentos indicados no Anexo I do Edital de Chamamento Público 03/2017 poderão sofrer reajustes ou exclusões a qualquer momento, através de resolução publicada em diário oficial, sendo que essas alterações terão efeito automático sob o item contratado.

Parágrafo terceiro – Todos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais decorrentes da prestação de serviços, serão de responsabilidade da empresa credenciada.

Parágrafo quarto - A nota fiscal deverá ser elaborada conforme solicitação administrativa enviada com o faturamento, e quando requisitada, para evitar possíveis transtornos referentes à troca de notas, as quais são de inteira responsabilidade do credenciado, bem como os ônus oriundos da confecção errônea da mesma.

CLÁUSULA QUINTA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

«Dotação_Completa»

CLÁUSULA SEXTA – É expressamente vedada a cobrança de qualquer taxa em relação à tabela adotada, seja aos municípios consorciados ou aos usuários do CIS referente aos serviços prestados ou mesmo indicar consultórios particulares para realização dos mesmos.

CLÁUSULA SÉTIMA – Na eventualidade da necessidade do CREDENCIADO suspender o atendimento por algum período, deverá comunicar o **CIS/ IVAIPORÃ - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ**, no mínimo com 10 (dez) dias de antecedência.

CLÁUSULA OITAVA – O descumprimento injustificado de qualquer das cláusulas aqui avençadas, constituirá motivo justo para que a parte lesada rescinda o presente contrato, sem direito a qualquer indenização, devendo comunicar por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

PARÁGRAFO ÚNICO – Em caso de descumprimento injustificado a parte infratora deverá pagar a parte lesada multa (cláusula penal) no valor de 10% do valor da média dos valores correspondentes ao faturamento de três meses anteriores a data da rescisão. Neste caso, a parte lesada tem o prazo de 30 (trinta) dias para comunicar por ofício o infrator, o rompimento do contrato, com as razões que ocasionaram. O infrator terá igual prazo para fins de efetuar o pagamento da multa rescisória.

CLÁUSULA NONA - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

Para garantir o fiel cumprimento deste contrato, o CONTRATANTE se compromete a:

- Supervisionar e fiscalizar os serviços/materiais ora contratados;
- Efetuar o pagamento na forma prevista na cláusula quarta segundo os valores expressos na cláusula terceira.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

Para garantir o fiel cumprimento do presente contrato, a CONTRATADA fica obrigada a:

- Manter as mesmas condições que a habilitaram no processo licitatório;
- Entregar os materiais, e/ou prestar os serviços objeto desta Licitação, de acordo com as especificações do Anexo;
- Assinar o “Contrato” relativo ao objeto adjudicado, no prazo de até 05 (cinco) dias úteis, a contar da notificação;
- Cumprir as condições de manutenção, por intermédio de sua matriz, filiais, escritórios ou representantes técnicos autorizados, garantindo a manutenção referente à sua prestação de serviços;
- Assumir plena responsabilidade legal, administrativa e técnica pela execução e qualidade dos serviços/materiais fornecidos.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA RESCISÃO CONTRATUAL

Constituem motivos para a rescisão contratual:

- O não cumprimento ou o cumprimento irregular de cláusulas contratuais;
- A paralisação do serviço ou não entrega dos produtos sem justa causa e prévia comunicação ao CONTRATANTE;
- A subcontratação total ou parcial do objeto do Contrato, com outrem, a cessão ou transferência, total ou parcial, bem como a fusão, cisão, ou incorporação que afetem a boa execução deste.
- Declaração de insolvência civil;
- A dissolução da sociedade;

O Contrato poderá ser rescindido, independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial e das demais sanções aplicáveis, segundo as quais não assistirá à CONTRATADA nenhum direito a indenização, quando o motivo da rescisão se enquadrar nos itens acima relacionados, depois de concluída a prestação de contas anual ao Tribunal de contas do Estado.



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: A Contratada fica obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem no fornecimento, até 25% (vinte e cinco por cento) de acordo com o que preceitua o artigo 65, parágrafo 1º, da Lei Federal nº 8.666/93, obrigando-se a adjudicatária CONTRATADA a aceitá-la nas mesmas condições da proposta vencedora.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DAS PENALIDADES

Em caso de inexecução total ou parcial e de ocorrência de atraso injustificado na execução dos serviços ou entrega dos materiais, submeter-se-á a CONTRATADA, sendo-lhe garantida plena defesa, às seguintes penalidades:

- a) Advertência;
 - b) Multa;
 - c) Suspensão temporária de participações em licitações promovidas com a Administração, impedimento de contratar com o mesmo, por prazo não superior a dois (02) anos;
 - d) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos da punição ou até que seja promovida a reabilitação, perante a própria autoridade que aplicou a penalidade;
- As sanções previstas nos itens acima poderão ser aplicadas cumulativamente, facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 05 (cinco) dias úteis.

A CONTRATADA deverá notificar o CONTRATANTE, por escrito, de qualquer anormalidade constatada durante a execução dos serviços ou entrega dos materiais para as providências cabíveis.

As penalidades somente serão relevadas em razão de circunstâncias excepcionais e a justificativa só será aceita por escrito, fundamentada em fatos reais e facilmente comprováveis, a critério da autoridade competente do CIS da 22ª REGIONAL de SAÚDE de IVAIPORÃ e, desde que, formuladas no prazo máximo de 05 (cinco) dias da data em que foram aplicadas.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – Os casos omissos serão resolvidos à luz da Lei nº 8.666/93, suas alterações e legislação pertinente e dos princípios gerais de direito.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DO FORO

Fica eleito o foro da Cidade e Comarca de Ivaiporã, Estado do Paraná, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente instrumento, caso não sejam resolvidas administrativamente.

E, por estarem de acordo com o ajustado, as partes assinam o presente instrumento, após lido e achado conforme, perante as testemunhas que também o assinam, de igual teor, para um só efeito jurídico.

Ivaiporã, «Data_Assinatura».

CIS - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE
CONTRATANTE:

CLODOALDO FERNANDES DO SANTOS
PRESIDENTE DO CIS

EMPRESA: «NOME_FORNECEDOR»
CONTRATADA:

«Nome_Representante»
REPRESENTANTE LEGAL

TESTEMUNHAS:

NOME:
RG:

NOME:
RG:



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2018

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã através da Comissão Permanente de Licitação, designada pela Portaria nº73/2018, **TORNA PÚBLICO QUE SE ENCONTRA ABERTO NESTA UNIDADE O EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2018, PARA O CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS PESSOAS JURÍDICAS NA ÁREA DA SAÚDE**, para prestação de serviços no período de 12(doze) meses.

O edital estará à disposição das empresas interessadas a partir do dia 12 de dezembro de 2018, por tempo indeterminado, na sede **CIS/ IVAIPORÃ - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ**, sito a rua professora Diva Proença, 500, na cidade de Ivaiporã, no horário comercial das 08h00min as 17h00minhoras.

Outras informações através do fone XX (43) 3472-1795, sendo que o Edital poderá ser solicitado através do e-mail cisivaipora@hotmail.com.

Ivaiporã, 12 de dezembro de 2018.

Natasha Mayara Vieira
Presidente da CPL.

CONCURSO PÚBLICO 001/2018
EDITAL DE GABARITO DEFINITIVO DA PROVA OBJETIVA



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

O CIS - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE 22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ DO ESTADO DO PARANÁ, torna público aos interessados o Edital de Gabarito Definitivo da Prova Objetiva do Concurso Público 001/2018.

Art. 1º Consta no anexo I deste Edital o Gabarito Definitivo da Prova Objetiva.

Art. 2º Consta no anexo II deste Edital os pareceres dos recursos deferidos.

Art. 3º Este Edital entra em vigor na data de sua publicação.

Ivaiporã, 15 de janeiro de 2019.

**CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS
PRESIDENTE DO CONSÓRCIO**

ANEXO I

AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

1	A	16	C
2	D	17	A
3	C	18	B
4	D	19	D
5	A	20	A
6	C	21	A
7	A	22	B
8	B	23	D
9	A	24	C
10	D	25	A
11	C	26	B
12	D	27	C
13	Anulada	28	D
14	C	29	B
15	B	30	A
AUXILIAR ADMINISTRATIVO			
1	D	16	B
2	A	17	A
3	C	18	C
4	A	19	A
5	B	20	C
6	C	21	A
7	A	22	B
8	B	23	D
9	A	24	B
10	A	25	C
11	B	26	D
12	A	27	C
13	C	28	Anulada
14	D	29	A
15	B	30	D
ADVOGADO			
1	D	16	C
2	A	17	B



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

3	C	18	A
4	A	19	D
5	B	20	C
6	B	21	B
7	A	22	D
8	C	23	B
9	D	24	D
10	B	25	B
11	B	26	C
12	A	27	A
13	C	28	A
14	A	29	A
15	C	30	B
ASSISTENTE TÉCNICO			
1	B	16	C
2	D	17	A
3	C	18	D
4	A	19	C
5	A	20	D
6	C	21	C
7	B	22	A
8	A	23	A
9	D	24	C
10	C	25	D
11	D	26	C
12	A	27	A
13	B	28	D
14	A	29	A
15	B	30	C
CONTADOR			
1	D	16	A
2	A	17	D
3	C	18	C
4	A	19	C



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

5	B	20	B
6	B	21	D
7	A	22	A
8	C	23	B
9	D	24	C
10	B	25	D
11	B	26	B
12	A	27	D
13	C	28	D
14	A	29	A
15	C	30	D
ENFERMEIRO			
1	B	16	B
2	D	17	D
3	C	18	C
4	A	19	D
5	A	20	C
6	C	21	A
7	B	22	B
8	A	23	C
9	D	24	D
10	C	25	C
11	D	26	B
12	A	27	D
13	B	28	A
14	A	29	C
15	B	30	A

ANEXO II – PARECERES DOS RECURSOS

Cargo: Auxiliar de Serviços Gerais

Questão: nº 13



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

Decisão: Anulada

Parecer: A questão possui duas alternativas iguais, sendo assim merece anulação.

Cargo: Auxiliar Administrativo

Questão: nº 28

Decisão: Anulada

Parecer: A questão possui duas alternativas iguais, sendo assim merece anulação.



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

CONCURSO PÚBLICO 001/2018 EDITAL DE RESULTADO PRELIMINAR DA PROVA OBJETIVA

O CIS - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE 22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ DO ESTADO DO PARANÁ, torna público aos interessados o Edital de Resultado Preliminar da Prova Objetiva do Concurso Público 001/2018.

Art. 1º Consta no Anexo Único deste Edital o Resultado Preliminar da Prova Objetiva para todos os candidatos.

Art. 2º Haverá prazo recursal contra o Resultado Preliminar no período de **16 a 18 de janeiro de 2019**. Para protocolar o recurso, os candidatos deverão acessar o site www.institutounifil.com.br, Concursos em Andamento, página específica do Concurso do CIS - Ivaiporã, *link* Área Restrita do Candidato, Recurso Contra Resultado Preliminar.

Art. 3º As respostas aos recursos e o resultado definitivo serão disponibilizados no dia 25 de janeiro de 2019, conforme cronograma do Concurso constante no Edital de Abertura.

Art. 4º Os candidatos poderão consultar suas notas por caderno em arquivo publicado nos sites www.institutounifil.com.br e www.cisivaipora.com.br.

Art. 5º Este Edital entra em vigor na data de sua publicação.

Ivaiporã, 15 de janeiro de 2019.

**CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS
PRESIDENTE DO CONSÓRCIO**



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

ANEXO ÚNICO

CARGO	CANDIDATO(A)	INSCRIÇÃO	IDENTIDADE	NOTA	RESULTADO
Advogado	ALEXANDRE BRANCO BUENO	004.200.236-65	109601756	59.00	APROVADO
Advogado	ALINE CHRISTIANE MACIEL BRANCO	004.200.267-61	67292855	53.50	APROVADO
Advogado	AMANDA JOICE CHAVES BERTOLI	004.200.233-40	70619377	66.50	APROVADO
Advogado	ANA CAROLINA DE MORAIS	004.200.266-32	104970664	56.50	APROVADO
Advogado	ANDRÉA DA SILVA	004.200.230-60	65485842	56.00	APROVADO
Advogado	ANGÉLICA LACERDA DOS SANTOS	004.200.267-77	123423461	62.50	APROVADO
Advogado	BÁRBARA HELENA DE PAULA LOPES PAPROTZKI	004.200.238-11	10.633.676-8	0.00	AUSENTE
Advogado	BRUNO GABRIEL RODRIGUES GARCIA	004.200.230-15	10749952-0	76.50	APROVADO
Advogado	CARINA RICKEN BONETI	004.200.233-51	102354729	70.00	APROVADO
Advogado	ERICA FONTENELES DE SOUZA PEDROSO	004.200.244-31	2336221	79.50	APROVADO
Advogado	FUJIE KAWASAKI	004.200.233-05	125590420	0.00	AUSENTE
Advogado	ISABELA RICKEN SPADRIZANI	004.200.267-29	131793375	76.50	APROVADO
Advogado	JESSICA MARIANE FALQUEVEOZ MICHELS	004.200.237-06	127604894	57.50	APROVADO
Advogado	JULIANO AUGUSTO TAKAHASHI MULLER	004.200.267-72	9.542.466-0	79.50	APROVADO
Advogado	LEANDRO MUNHOZ CANEDO	004.200.234-51	107787577	73.00	APROVADO
Advogado	LUCAS RODRIGUES FAUSTINO DO NASCIMENTO	004.200.231-17	99260890	83.50	APROVADO
Advogado	LUCAS VIANA PRUDENCIO	004.200.267-47	109153036	72.50	APROVADO
Advogado	MARINA MENCK PREISNER	004.200.266-37	88531213	63.00	APROVADO
Advogado	MATTHEUS FELLIPPE DE OLIVEIRA DA SILVA	004.200.229-14	96888490	90.50	APROVADO
Advogado	MÔNICA CRISTINA MARTINS DOMENIS	004.200.266-53	131405316	53.00	APROVADO



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

Advogado	NAIARA TALITTA DAUFEMBACH	004.200.255-81	109601209	75.50	APROVADO
Advogado	NATALYA FRANCISCO E SILVA	004.200.244-19	108002603	66.00	APROVADO
Advogado	NAYARA RODRIGUES YVOSSYSSYN	004.200.233-78	101764125	66.50	APROVADO
Advogado	POLLYANA ANDRADE FERRETI	004.200.231-77	125824889	0.00	AUSENTE
Advogado	RAIANE ACASSIA DE MIRANDA ESQUICATO MOLONHA	004.200.236-73	100974363	46.50	ELIMINADO
Advogado	REGIANE FILITE	004.200.266-05	124271002	70.00	APROVADO
Advogado	RENATA NARA AMARAL DE SOUZA	004.200.249-84	107374175	49.50	ELIMINADO
Advogado	ROBERTO DERNER JUNIOR	004.200.231-96	78378743	0.00	AUSENTE
Advogado	TAINARA CONTI PERES	004.200.232-04	126939663	0.00	AUSENTE
Advogado	TATIANA KOLLY WASILEWSKI RODRIGUES	004.200.233-09	83655364	0.00	AUSENTE
Advogado	THAIS KAROLINA DE LIMA COSTA	004.200.238-83	126507674	57.00	APROVADO
Advogado	TIAGO VINICIUS BENEDITO	004.200.236-63	101630722	0.00	AUSENTE
Assistente Técnico	AMANDA CAROLINE DE MELO	004.200.257-72	123542550	39.00	ELIMINADO
Assistente Técnico	AMANDA ISABELA BRETOCHNEIDER ROBERTI	004.200.266-46	111063583	46.50	ELIMINADO
Assistente Técnico	BRUNO GABRIEL RODRIGUES GARCIA	004.200.240-58	107499520	74.50	APROVADO
Assistente Técnico	CACIANE GRAZIELLE GRANDO GERMANO	004.200.267-40	7117601	63.50	APROVADO
Assistente Técnico	CAMILA ALMEIDA ESTORILLIO DA SILVA	004.200.234-45	98855378	40.50	ELIMINADO
Assistente Técnico	CINTIA NAYARA DANIEL	004.200.231-48	125671187	29.50	ELIMINADO
Assistente Técnico	DAIANE DOS SANTOS AFONSO	004.200.260-27	98607307	43.00	ELIMINADO
Assistente Técnico	DANIELE BRAGA GRADOWSKI SAMPAIO FAGÁ	004.200.236-25	62409924	47.50	ELIMINADO
Assistente Técnico	ELANE SANTOS CORDEIRO	004.200.235-44	38823680	44.00	ELIMINADO
Assistente Técnico	ELOISA BOTELHO DA SILVEIRA CONCEIÇÃO	004.200.239-83	8.5403036	43.00	ELIMINADO



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

Assistente Técnico	ELUIZA CRISTINA TAVARES	004.200.266-23	82852832	40.00	ELIMINADO
Assistente Técnico	GUSTAVO HENRIQUE FREITAS NOGUEIRA	004.200.233-32	131408293	67.00	APROVADO
Assistente Técnico	HALANA CAETANO DE OLIVEIRA	004.200.266-58	111066248	49.50	ELIMINADO
Assistente Técnico	HENRIQUE FRANÇA BUENO	004.200.231-40	99384743	0.00	AUSENTE
Assistente Técnico	HUGO RODRIGUES MORAES	004.200.266-91	137451077	0.00	AUSENTE
Assistente Técnico	JEANY CRISTINA CID DE OLIVEIRA	004.200.266-65	123720881	0.00	AUSENTE
Assistente Técnico	JÉSSICA FERNANDA DE SOUZA	004.200.266-66	10.547.024-0	55.50	APROVADO
Assistente Técnico	JESSICA MARIANE FALQUEVEOZ MICHELS	004.200.237-08	127604894	67.50	APROVADO
Assistente Técnico	JOYCE FRANCIELE DE SOUZA	004.200.266-60	105470207	40.00	ELIMINADO
Assistente Técnico	JULIANA AUGUSTA SERAFIM BARBOSA	004.200.247-32	81454450	34.00	ELIMINADO
Assistente Técnico	JULIO CESAR DE ANDRADE CIRCHIA	004.200.235-65	39739925	0.00	AUSENTE
Assistente Técnico	KARLA VANZELLI MARTINS	004.200.267-10	107851720	0.00	AUSENTE
Assistente Técnico	KELLY CRISTINA MARQUES PONTES	004.200.267-04	131490666	40.00	ELIMINADO
Assistente Técnico	LARISSA MARIANA CASTILHO DE SOUZA	004.200.266-01	96133863	47.50	ELIMINADO
Assistente Técnico	LAURA EMILI SALGADO	004.200.247-88	14.541.175-0	57.00	APROVADO
Assistente Técnico	LETICIA DE MOURA OLIVEIRA	004.200.267-34	126363460	31.00	ELIMINADO
Assistente Técnico	LETICIA GABRIELA DE LEMOS BELTRAME	004.200.243-58	23 anos	40.00	ELIMINADO
Assistente Técnico	LUCAS MILHORINI RODRIGUES	004.200.243-57	109601837	39.50	ELIMINADO
Assistente Técnico	LUIZ CESAR FIORI	004.200.234-56	105359705	0.00	AUSENTE
Assistente Técnico	RAFAELA NEVES	004.200.230-86	106587876	0.00	AUSENTE
Assistente Técnico	RAIANE ACASSIA DE MIRANDA ESQUICATO MOLONHA	004.200.236-74	100974363	53.00	APROVADO
Assistente Técnico	REGIANNE MICHELLE DIAS VIANA	004.200.236-07	73965373	50.00	APROVADO



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

Assistente Técnico	REGINA MARIA DE SOUZA OLIVEIRA	004.200.235-36	123885082	46.50	ELIMINADO
Assistente Técnico	ROBSON PEREIRA MIGLIOLI	004.200.266-94	134495537	0.00	AUSENTE
Assistente Técnico	RODRIGO DA SILVA	004.200.267-56	97479763	60.00	APROVADO
Assistente Técnico	ROSELI APARECIDA DE OLIVEIRA BARBOSA	004.200.267-03	8250835-0	0.00	AUSENTE
Assistente Técnico	THALYTA PESSONI BASSACO	004.200.229-84	104899498	60.00	APROVADO
Assistente Técnico	UILIAN CRISTIANO PIRES	004.200.232-37	93109180	50.00	APROVADO
Assistente Técnico	VANESSA DA SILVA GONÇALVES	004.200.239-33	124764815	47.00	ELIMINADO
Assistente Técnico	VIVIANE PIMENTEL WILLEMANN	004.200.231-13	104168450	50.00	APROVADO
Assistente Técnico	WESLEY MORETTI DE CARVALHO	004.200.249-38	126178719	45.50	ELIMINADO
Auxiliar Administrativo	ADAILTON GORZELANSKI CAMPANHARO	004.200.244-34	128815104	69.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	ADRIANA PORFIRIO PACIFIO GERALDO	004.200.229-83	139208676	59.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	ADRIELE MENDES ALEIXO	004.200.266-99	97251690	66.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	ADRIÉLLI SUEROZ SOARES	004.200.235-97	13428072-7	70.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	ALANA PATRICIA DE OLIVEIRA VIEIRA	004.200.231-28	123409175	67.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	ALESSON AGONILHA MAZUROK	004.200.266-86	124358833	75.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	ALEXANDRE JOSE LINDOLFO DA SILVA	004.200.232-45	10866531-9	39.00	ELIMINADO
Auxiliar Administrativo	ALINE RUTE BALESTRO MORETTI	004.200.234-59	123818075	70.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	ALMIR FIGUEIREDO DA SILVA	004.200.266-76	94194547	61.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	ANA CRISTINA ALBERTON LUCIANO	004.200.231-82	134018658	0.00	AUSENTE
Auxiliar Administrativo	ANA PAULA BATISTON MENDES	004.200.267-53	127836795	0.00	AUSENTE
Auxiliar Administrativo	ANTONIO MARCOS ALEIXO DE OLIVEIRA	004.200.229-75	44851016	58.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	AUGUSTO PEDRO CORRÊA	004.200.266-98	128243003	77.00	APROVADO



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

Auxiliar Administrativo	BRUNA SATIE FUGI YANAGIDA	004.200.266-47	126127090	67.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	BRUNO CEZAR LOPES	004.200.266-38	124190045	78.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	CAMILA ALMEIDA ESTORILLIO DA SILVA	004.200.234-46	98855378	70.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	CAMILA DAYANE SANTANA DOS SANTOS	004.200.267-62	129164930	35.00	ELIMINADO
Auxiliar Administrativo	CAMILA LETICIA CASTELARI DA SILVA	004.200.231-00	106504709	47.00	ELIMINADO
Auxiliar Administrativo	CARINA CASSIA WILT	004.200.235-62	129274662	56.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	CARLOS HENRIQUE REBECA	004.200.266-27	100557576	63.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	CAROLYNE CAMPOS GRACIANO	004.200.266-80	128517901	55.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	CIBELY FLORCHASK CARNEIRO	004.200.231-80	137102501	68.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	CINTIA NAYARA DANIEL	004.200.231-51	125671187	50.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	CLEITON WESLEI ARRUDA	004.200.255-86	104704816	81.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	CRIZELLE CRISTINA SOUZA DE ABREU	004.200.233-04	123157150	54.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	DAIANE APARECIDA DA ROCHA	004.200.266-34	129137320	74.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	DAIANE BRIDI KURTEN DO REIS	004.200.239-59	893037654	66.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	DAIANE DA SILVA FERREIRA	004.200.233-58	12.564.430-9	70.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	DAIANE FENTI RODRIGUES	004.200.243-39	136791320	76.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	DANIELA SCHMITZ DOS SANTOS	004.200.267-69	76324352	42.00	ELIMINADO
Auxiliar Administrativo	DANIELE BRAGA GRADOWSKI SAMPAIO FAGÁ	004.200.236-23	62409924	80.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	DANIELE FARIAS DA SILVA REFUNDINI	004.200.266-24	143779360	31.00	ELIMINADO
Auxiliar Administrativo	DENISE LOURENÇO LIBRALÃO	004.200.231-76	106937281	45.00	ELIMINADO
Auxiliar Administrativo	DEYSE MONALISA GRYMUZA PERUZZO	004.200.233-46	97138494	0.00	AUSENTE
Auxiliar Administrativo	DIEGO SOARES	004.200.233-22	97824231	67.00	APROVADO



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

Auxiliar Administrativo	DULCE MARIANA MARTINS DOS SANTOS	004.200.266-83	109150860	0.00	AUSENTE
Auxiliar Administrativo	EDINALVA ALINE LOPES TRIZOTTI	004.200.266-19	103783909	67.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	EDUARDO CARVALHO VIOTTO	004.200.267-19	141352423	71.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	EDUARDO CHOTTI PEREIRA	004.200.229-47	123568338	65.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	EILANNE CRISTINA CONTENTE LOPES	004.200.267-73	82590625	0.00	AUSENTE
Auxiliar Administrativo	ELANE SANTOS CORDEIRO	004.200.232-68	38823680	76.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	ELEN SANTANA DA SILVA	004.200.234-71	10.341.427-0	0.00	AUSENTE
Auxiliar Administrativo	ELISANGELA SUPERBI DA SILVA RODRIGUES	004.200.230-02	7.227.722-8	61.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	EMILLY MARIA COUTO	004.200.243-68	125491804	0.00	AUSENTE
Auxiliar Administrativo	EMILLY RODRIGUES CULCHESKI	004.200.266-48	130275591	55.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	ERICA RUBIA PIRUCCELLI ZUCON	004.200.239-35	137091372	63.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	ESTÉFANI HELVIG DOS PASSOS	004.200.233-99	132276056	69.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	FÁTIMA ANTUNES CHELI	004.200.266-40	62305843	67.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	FERNANDA GRASIELI DURAN	004.200.230-42	103191700	63.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	FLÁVIA LARISSA MARCHESI LOPES	004.200.266-09	57156180	73.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	FLAVIA PEREIRA BATISTA BRAINE	004.200.234-73	10658559-8	67.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	FRANCIELLE FERREIRA SCAMPARINI	004.200.255-64	134814209	67.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	FRANCISCO LUCIO MENDES	004.200.267-28	103823455	59.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	FRANCLIN UILLIAM DOS SANTOS	004.200.243-75	99916621	47.00	ELIMINADO
Auxiliar Administrativo	GABRIEL AUGUSTO MOREIRA DO AMARAL	004.200.266-78	106585415	0.00	AUSENTE
Auxiliar Administrativo	GABRIELA TRIZOT DE ALMEIDA	004.200.265-81	12.892.879-0	67.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	GABRIELLY CRISTINI FERREIRA	004.200.247-56	10.328.098-2	60.00	APROVADO



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

Auxiliar Administrativo	GISLAINE APARECIDA ALVES DA SILVA	004.200.243-37	106529515	0.00	AUSENTE
Auxiliar Administrativo	GLEICI NAIMEG CUSTODIO GUIMARAES	004.200.235-52	109601489	67.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	GLEICIELLE DE SOUZA CARVALHO	004.200.250-50	128003568	66.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	GLÓRIA GABRIELA DE MATOS	004.200.238-88	141330160	0.00	AUSENTE
Auxiliar Administrativo	GUILHERME LEN FERNANDES	004.200.240-31	82275754	0.00	AUSENTE
Auxiliar Administrativo	HEL CIMARA PRADO CAMARGO	004.200.246-37	111066270	65.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	HEMELYN PATRICIA ARAUJO ROBERTO	004.200.232-60	96212534	50.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	HEVILIM HARTH MAM PEDRO	004.200.257-52	98057382	0.00	AUSENTE
Auxiliar Administrativo	HUGO LEONARDO VIEIRA NOBRE	004.200.265-98	108666536	64.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	ISABELA OLIVEIRA COUTO SILVA	004.200.240-09	141075179	63.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	ISADORA MOURA ANTONIO CARDOSO	004.200.266-25	130065821	75.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	ISRAEL RIBEIRO MENDES DE OLIVEIRA	004.200.234-63	109604194	66.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	IZABELLE DE CÁSSIA GLOOR VANZELLA	004.200.265-95	137309858	0.00	AUSENTE
Auxiliar Administrativo	JACKELINE CAETANO CUSTÓDIO	004.200.267-22	123200071	69.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	JAIANA DE OLIVEIRA MARTINS	004.200.243-22	109148903	61.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	JAIR RODRIGUES DA SILVA JUNIOR	004.200.256-72	88574800	54.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	JANE SAMPAIO RODRIGUES CRUZ	004.200.243-41	101972259	63.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	JESSICA BARTUMANOVICZ	004.200.259-07	13.976.120-0	51.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	JÉSSICA PINTO GONÇALVES	004.200.266-21	103067782	48.00	ELIMINADO
Auxiliar Administrativo	JHENIFER NAVAS DIONISIO	004.200.231-16	134262745	53.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	JOÃO MARCOS SHAWARSKI	004.200.250-77	132958831	83.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	JOÃO PAULO PEREIRA ALMEIDA	004.200.267-55	131035110	56.00	APROVADO



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

Auxiliar Administrativo	JOÃO QUARESMA DA SILVA JUNIOR	004.200.266-82	89966337	89.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	JOÃO VIÍTOR ROTHER ROCHA	004.200.266-49	101261999	76.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	JOEL FERNANDO DA SILVA	004.200.267-42	60191590	40.00	ELIMINADO
Auxiliar Administrativo	JOHN LENNON SCHUINDT TEODORO	004.200.241-61	125999247	0.00	AUSENTE
Auxiliar Administrativo	JORGE LUCAS CIOMBALO SPIGUEL RIBEIRO	004.200.267-58	136339796	57.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	JOSE ANTONIO PIRES DE SOUZA	004.200.242-69	13680279-8	47.00	ELIMINADO
Auxiliar Administrativo	JOSEANE MORAES DE LARA	004.200.266-84	130668992	68.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	JOYCE APARECIDA PIFANO DE OLIVEIRA	004.200.234-61	152608675	80.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	JÚLIA GABRIELA PINTO DIAS	004.200.266-35	14449115	54.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	JULIANA ALVES	004.200.267-45	523206148	51.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	JULIANA APARECIDA PAULO NAZÁRIO	004.200.266-56	12846051-9	48.00	ELIMINADO
Auxiliar Administrativo	JULIANA FERREIRA MENDES	004.200.255-95	104705057	57.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	JULIANA SARTO CAROBA	004.200.267-51	141215051	56.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	JULIANO REIS ZUCON	004.200.239-36	130507557	40.00	ELIMINADO
Auxiliar Administrativo	KEILA MARIA SANTOS CARNEIRO	004.200.235-84	134761261	65.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	KELLY VIESBA DOS SANTOS	004.200.246-03	138183815	59.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	KETLYN ANDREZA ROCHA CAZETTA	004.200.266-70	106343039	50.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	LANNIVER BARROS DA SILVA	004.200.266-00	12858728/4	51.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	LAURA DE MELO FAGUNDES	004.200.233-21	138039218	60.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	LEONARDO FRANCISCONI PINHEIRO	004.200.267-32	109151289	57.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	LEONTINA DA COSTA ROLDÃO ANDREIS.	004.200.251-75	73546591	49.00	ELIMINADO
Auxiliar Administrativo	LÍGIA ROBERTA SILVA BARRETO	004.200.237-82	133466932	62.00	APROVADO



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

Auxiliar Administrativo	LILIAN MUCHIUTI FERREIRA	004.200.267-68	722614070	0.00	AUSENTE
Auxiliar Administrativo	LIZ APARECIDA RIBEIRO TAKEDA	004.200.267-17	101638200	55.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	LORAINE CAROLINE DA SILVA PAIVA	004.200.236-42	137864550	52.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	LOUISE OLIVEIRA DO NASCIMENTO	004.200.230-05	111065616	0.00	AUSENTE
Auxiliar Administrativo	LUCAS APARECIDO OLIVEIRA SANCHES	004.200.267-44	106585989	0.00	AUSENTE
Auxiliar Administrativo	LUCAS MILHORINI RODRIGUES	004.200.231-02	10.960.183-7	70.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	LUCIENE APARECIDA PEDRA DOS SANTOS	004.200.259-97	14.057.101-6	68.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	MAICON BELO GALDINO DA SILVA	004.200.266-51	9434730-0	66.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	MAICON CESAR DOS SANTOS TRASSERRE	004.200.266-43	105472790	0.00	AUSENTE
Auxiliar Administrativo	MARCILENE VANJURA KOSSAR	004.200.247-89	107848215	74.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	MARCIO TARGUETA	004.200.245-09	528503741	0.00	AUSENTE
Auxiliar Administrativo	MARIA BENEDITA DA SILVA	004.200.251-48	90035495	36.00	ELIMINADO
Auxiliar Administrativo	MARIA GABRIELA PEREIRA	004.200.231-97	135730912	44.00	ELIMINADO
Auxiliar Administrativo	MARILENE DE SOUZA OLIVEIRA	004.200.267-80	133449167	55.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	MAYARA CORRÊA	004.200.240-13	12.377.781-6	60.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	MIRIAM ESPOSI FERREIRA	004.200.266-44	229447521	68.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	MIRIANY ESPOSI FERREIRA	004.200.234-41	134397918	73.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	NAGILA OKAWA BONFIM	004.200.231-37	83479299	0.00	AUSENTE
Auxiliar Administrativo	NAIARA APARECIDA DOS SANTOS QUERME	004.200.267-30	107526838	42.00	ELIMINADO
Auxiliar Administrativo	NATHANIEL LUIZ BATISTA CARNIATO	004.200.232-27	103868092	66.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	NAYARA APARECIDA DOS SANTOS REIS	004.200.265-96	123575229	53.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	NAYARA SCHNECKENBERG GONÇALVES	004.200.266-50	109604453	77.00	APROVADO



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

Auxiliar Administrativo	NEILANE PINHEIRO DA SILVA	004.200.266-29	104169180	57.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	PAULO SERGIO FERNANDES	004.200.267-60	97190259	0.00	AUSENTE
Auxiliar Administrativo	RAFAELA CRISTINA DA SILVA	004.200.233-91	143683451	54.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	RAYSSA MARCELLA ROCHA SEVERINO BELTRÃO	004.200.266-61	11.106.542-0	67.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	REBECA CAETANO DA SILVA	004.200.233-45	134776469	60.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	REBECA SOARES MOLEIRO	004.200.267-65	140443573	63.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	REGIANE APARECIDA DUARTE ANACLETO PIRES	004.200.266-52	101173631	69.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	REGIANE PINTO GONÇALVES	004.200.232-77	86456150	45.00	ELIMINADO
Auxiliar Administrativo	REGIANE SANTOS DE LIMA NOVAIS	004.200.233-11	87740986	66.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	REGINA MARIA DE SOUZA OLIVEIRA	004.200.235-27	123885082	75.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	REGINA SALES RODRIGUES GARCIA	004.200.233-56	62244607	50.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	RENATA PIRES EISELE	004.200.255-13	13.513.707-3	63.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	RENATO DUTRA GARBELINI	004.200.265-91	89346223	37.00	ELIMINADO
Auxiliar Administrativo	RENILDA DA LUZ DE SOUZA	004.200.266-62	133129731	0.00	AUSENTE
Auxiliar Administrativo	RITA DE CASSIA SILVA DA ROCHA	004.200.267-05	136982761	63.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	ROBERTO MARQUES ALVES	004.200.230-99	108665602	76.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	ROGER AUGUSTO DMEU	004.200.267-06	109602981	0.00	AUSENTE
Auxiliar Administrativo	ROSANA APARECIDA DOS SANTOS	004.200.235-42	89357861	50.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	ROSANGELA EUZÉBIO	004.200.265-84	12.393.198-0	57.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	ROXANE MARIA MINICOSI KIDA	004.200.266-68	123418166	60.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	SAMARA BOSQUESI AMARAL OSTROWSKI	004.200.239-95	128401750	0.00	AUSENTE
Auxiliar Administrativo	SHEILA CRISTINA CARVALHO HASQUEL	004.200.238-84	152724845	63.00	APROVADO



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

Auxiliar Administrativo	SHURREILA CRISTINA GOMES JARDM	004.200.266-41	99736020	0.00	AUSENTE
Auxiliar Administrativo	SILVIA EUFROZINO	004.200.232-87	239689860	58.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	SULAMITA LUCHTENBERG CÂNDIDO	004.200.231-42	108667281	71.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	TAINÁ DOS SANTOS FRANÇA	004.200.233-68	129376996	61.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	TAÍS MARTINS DE OLIVEIRA ALVES	004.200.241-33	109602965	62.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	TALITA DE SOUZA	004.200.230-41	71548678	50.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	TAYNARA THAIS GONÇALVES SOARES	004.200.232-65	109152412	76.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	TAYS SILVA DE SOUZA PRAVATO	004.200.266-15	126162189	56.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	THAIS MACHADO DE NAZARETE	004.200.246-14	13.172.887-5	45.00	ELIMINADO
Auxiliar Administrativo	THAIS NAYARA MOREIRA ALVES	004.200.246-90	103067073	50.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	THAÍS PEREIRA DOS PASSOS	004.200.230-62	14082416-0	59.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	THIAGO CAETANO CUSTÓDIO	004.200.267-64	123200136	68.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	TIAGO ROCKER	004.200.234-75	98761446	53.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	TIAGO APARECIDO JOSE DA SILVA BARBOSA	004.200.266-63	101078299	0.00	AUSENTE
Auxiliar Administrativo	TIAGO DIANGELIS FERNANDES	004.200.258-39	87935019	73.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	VALÉRIA PATRICIA PAULINI DE SOUZA	004.200.238-30	7354810-1	59.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	VALQUIRIA GUILHERMINA CARNEIRO	004.200.234-24	95600689	46.00	ELIMINADO
Auxiliar Administrativo	VALTER MOTTA MATHIAS	004.200.232-58	130127967	0.00	AUSENTE
Auxiliar Administrativo	VANESSA MONTEIRO DE ANDRADE	004.200.234-00	137948060	61.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	VANESSA TOUZATTI DA SILVA	004.200.239-58	131124562	53.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	VANESSA VERONEZ DELLAI	004.200.240-60	90897152	64.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	VICTOR BERTELONI DOS SANTOS	004.200.236-51	131049650	69.00	APROVADO



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

Auxiliar Administrativo	VINÍCIUS DE OLIVEIRA SILVA	004.200.248-57	130046053	0.00	AUSENTE
Auxiliar Administrativo	VITOR HENRIQUE DOS REIS	004.200.239-68	128880763	53.00	APROVADO
Auxiliar Administrativo	VIVIANE DA CONCEIÇÃO RODRIGUES	004.200.247-50	59951599	46.00	ELIMINADO
Auxiliar Administrativo	WLADIMIR DA SILVA	004.200.266-07	13594835-7	69.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	ADELAIDE MARCIA DOS SANTOS	004.200.232-01	6723637	0.00	AUSENTE
Auxiliar de Serviços Gerais	ADRIANE APARECIDA SILVÉRIO SANTANA	004.200.230-76	97348901	0.00	AUSENTE
Auxiliar de Serviços Gerais	ADRIANO CORREIA	004.200.231-54	94835038	74.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	AFONSO MACEDO JUNIOR	004.200.238-68	106585822	50.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	ALANA PATRICIA DE OLIVEIRA VIEIRA	004.200.231-26	123409175	70.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	ALESSANDRA SILVA DE PAULA MARQUES	004.200.230-82	104153046	49.00	ELIMINADO
Auxiliar de Serviços Gerais	ALESSANDRO APARECIDO DA SILVA LAMEU	004.200.266-31	106504849	56.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	ALEXANDER TEIXEIRA DA SILVA	004.200.231-98	132305757	67.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	ALEXANDRE CARLOS DE MORAES	004.200.267-49	434416307	52.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	ALINE FERREIRA DE FREITAS	004.200.248-58	102197429	71.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	ANA CRISTINA ALVES PEREIRA	004.200.265-92	107526870	61.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	ANA LUCIA BELCARO BOTAO	004.200.236-09	69131182	58.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	ANA PAULA NEVES GUILL	004.200.251-64	128436154	60.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	ANDREZA BORTOLOSSO FRANCISCO	004.200.265-89	10.232.793-4	73.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	BIANCA DE SOUZA DA SILVA	004.200.240-63	133451587	67.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	BRUNA MARIA MACEDO	004.200.235-89	106585733	73.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	CELIA PAZ DA SILVA	004.200.267-23	60524203	80.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	CENIRA DA SILVA MINÉ	004.200.231-31	84513920	46.00	ELIMINADO



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

Auxiliar de Serviços Gerais	CHARLES SEVERINO JUNIOR	004.200.265-70	4.984.685-1	67.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	CIBELE FRANCISCO DE JESUS SEMCHECHEM	004.200.239-14	47045258	57.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	CLAUDETE GOMES OLIVEIRA	004.200.234-93	44752190	63.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	CRISTIANE DA SILVA GOES	004.200.229-80	93380061	0.00	AUSENTE
Auxiliar de Serviços Gerais	CRISTIANE DE OLIVEIRA ADAO PRATCHUM	004.200.241-27	10.318.858-0	56.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	DAIANE FIEDLER DE SENE	004.200.231-94	103200288	53.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	DAIANE FRANCIELE GANANSIN	004.200.234-67	138889017	44.00	ELIMINADO
Auxiliar de Serviços Gerais	DANIELE SILVA BARBOSA	004.200.266-10	58445339	45.00	ELIMINADO
Auxiliar de Serviços Gerais	DENISE MARIA DOS SANTOS CARNEIRO	004.200.240-23	42232530	69.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	DIEGO SOARES	004.200.233-23	97824231	71.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	DIVINA MARIA DA LUZ CARLOS	004.200.233-65	46391837	38.00	ELIMINADO
Auxiliar de Serviços Gerais	DOMINIQUE PIETRA DA COSTA MARQUES	004.200.266-16	134030402	45.00	ELIMINADO
Auxiliar de Serviços Gerais	EDICARLOS FARIA FERREIRA	004.200.232-97	93930410	64.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	EDRIANA DE MATTOS DIONISIO	004.200.266-04	284575768	70.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	ELAINE DE CASTRO BARRANUEVO	004.200.244-30	60524157	51.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	ELENICE BARBOSA	004.200.232-61	7583817-4	41.00	ELIMINADO
Auxiliar de Serviços Gerais	ELIEL BATISTA DE OLIVEIRA	004.200.235-26	98843256	51.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	EVA MARIA ALVES DA SILVA	004.200.236-58	89944406	57.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	FABIANA EUZÉBIO DA SILVA	004.200.266-03	10.416.841-8	57.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	FABIANA GIROTTO ZARANTONELO	004.200.240-66	98877770	65.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	FÁTIMA ANTUNES CHELI	004.200.267-26	62305843	57.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	FRANCIELLE SUEROZ SOARES	004.200.238-94	142335387	80.00	APROVADO



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

Auxiliar de Serviços Gerais	GESISBEL RISSATO DA SILVA	004.200.238-17	106588201	31.00	ELIMINADO
Auxiliar de Serviços Gerais	GLEICISLAINE MICHELI DIAS VIANA	004.200.267-67	737711110	61.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	ILENI APARECIDA TOLEDO VIEIRA FURLAN	004.200.231-89	68375746	0.00	AUSENTE
Auxiliar de Serviços Gerais	IRACEMA MARRONE MACHADO	004.200.267-27	60683468	76.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	IVONE ZUBKO	004.200.266-11	76624690	40.00	ELIMINADO
Auxiliar de Serviços Gerais	IZABELLE TAVARES DE JESUS	004.200.267-08	135537047	0.00	AUSENTE
Auxiliar de Serviços Gerais	JAINÉ DE OLIVEIRA MARTINS	004.200.243-25	109148911	62.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	JANAINA DE QUADROS FERREIRA	004.200.231-61	134260157	0.00	AUSENTE
Auxiliar de Serviços Gerais	JANE DE SOUSA NOGUEIRA	004.200.267-46	7459975	69.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	JANICE MARIA BANRUQUE DAUFEMBACH	004.200.238-78	42233714	46.00	ELIMINADO
Auxiliar de Serviços Gerais	JENIFFER DA COSTA	004.200.266-59	105909748	62.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	JÉSSICA PINTO GONÇALVES	004.200.266-22	103067782	54.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	JOICE CAMILA CAETANO DE ORLANDO	004.200.248-61	1338283602	57.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	JOSIANE EUZEBIO	004.200.265-99	102981146	52.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	JOSIELE SIMAO BUENO	004.200.242-86	88476930	72.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	JUCÉLIA KOSSAR SILVA RAMOS	004.200.240-96	63724076	59.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	JUCIMARA APARECIDA FERREIRA RISSATO	004.200.266-28	78886510	47.00	ELIMINADO
Auxiliar de Serviços Gerais	JUCIMARA DE OLIVEIRA	004.200.234-79	106507910	60.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	KARINA RAFAELA HENNIS GARDIN DA SILVA	004.200.267-12	123911601	63.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	LEANDRO ANTUNES	004.200.267-41	8.988.833-6	52.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	LEONTINA DA COSTA ROLDÃO ANDREIS.	004.200.251-77	73546591	87.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	LOURDES RUDEY	004.200.231-24	109601616	47.00	ELIMINADO



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

Auxiliar de Serviços Gerais	LUCIMARA MARQUES	004.200.233-76	7.124.448-2	0.00	AUSENTE
Auxiliar de Serviços Gerais	LUIZA HELENA DE LIMA ARAUJO	004.200.231-27	91029189	68.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	LUZIA BARBOSA TONIN	004.200.230-79	94357691	0.00	AUSENTE
Auxiliar de Serviços Gerais	LUZIA SILVA GOMES MARCONDES	004.200.267-36	70514907	60.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	MAIANE FERREIRA RISSATO	004.200.265-97	106587914	51.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	MANOEL MESSIAS XAVIER	004.200.237-17	52047803	43.00	ELIMINADO
Auxiliar de Serviços Gerais	MARCELO GERALDO DOS SANTOS	004.200.237-96	53177212	53.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	MARCIA REGIANE GOMES DOS SANTOS	004.200.234-21	93177380	55.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	MARCOS ALEXANDRE DE BRITO	004.200.241-44	124060532	76.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	MARCOS DE PAULA DUTRA	004.200.266-92	574477779	49.00	ELIMINADO
Auxiliar de Serviços Gerais	MARIA APARECIDA DOS ANJOS FERREIRA	004.200.238-95	83892528	40.00	ELIMINADO
Auxiliar de Serviços Gerais	MARIA APARECIDA JESUS DA SILVA	004.200.266-30	128854410	51.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	MARIA BENEDITA DA SILVA	004.200.251-49	90035495	49.00	ELIMINADO
Auxiliar de Serviços Gerais	MARIA ROSA DA SILVA NOGUEIRA	004.200.239-06	101173542	71.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	MARIA ROSA DOS REIS LEITE	004.200.266-69	145968739	0.00	AUSENTE
Auxiliar de Serviços Gerais	MARIA THAIS SCHENK DOS SANTOS	004.200.234-14	124001412	47.00	ELIMINADO
Auxiliar de Serviços Gerais	MARIENE OLIVEIRA DE ANDRADE	004.200.230-01	101946649	43.00	ELIMINADO
Auxiliar de Serviços Gerais	MARINA PEREIRA DE OLIVEIRA	004.200.230-49	84208078	86.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	MARLENE APARECIDA MACETKO	004.200.266-39	68272629	61.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	MARLÚCIA ROCHA BRETCHNAIDER DE SOUZA	004.200.267-09	7.975.786-1	68.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	NEILANE PINHEIRO DA SILVA	004.200.237-37	104169180	86.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	NICOLE BIANCATO WELCHEK	004.200.260-21	106995800	64.00	APROVADO



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

Auxiliar de Serviços Gerais	PATRICIA CONCEIÇÃO GUERRA	004.200.248-22	88716418	87.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	PATRICIA DE FATIMA MENDES FREIRE	004.200.234-72	79758345	57.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	PAULA ALESSANDRA NAVAS LINO	004.200.242-45	96435606	67.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	POLIANA ALVES DOS SANTOS	004.200.267-14	149210229	69.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	REGIANE APARECIDA ALVES	004.200.266-12	89730163	74.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	REGIANE PINTO GONÇALVES	004.200.232-74	86456150	39.00	ELIMINADO
Auxiliar de Serviços Gerais	REGINA SALAMAIA SOARES DA SILVA	004.200.237-62	96888384	83.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	RENATO WIEDERMANN	004.200.234-30	84666289	0.00	AUSENTE
Auxiliar de Serviços Gerais	ROSANA APARECIDA DOS SANTOS	004.200.235-11	89357861	59.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	ROSANA SUPERBI DA SILVA DIONIZIO	004.200.230-06	7.051.422-2	63.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	ROSELI DE LIMA DA SILVA	004.200.233-54	63832049	42.00	ELIMINADO
Auxiliar de Serviços Gerais	ROSILENE DOS SANTOS	004.200.267-50	103823412	64.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	SADI MARCONDES MENDES JUNIOR	004.200.266-77	101173704	56.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	SHEILA CRISTINA CARVALHO HASQUEL	004.200.238-81	152724845	65.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	SILMARA VIEIRA MARCELINO	004.200.232-40	132273553	53.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	SILVANA APARECIDA RODRIGUES	004.200.234-50	72524462	48.00	ELIMINADO
Auxiliar de Serviços Gerais	SILVANA INACIO DE OLIVEIRA	004.200.254-09	8.843.134-0	0.00	AUSENTE
Auxiliar de Serviços Gerais	SIMARA BRITO DE SOUSA	004.200.232-53	95126731	61.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	SUELI FERREIRA BORGES VIEIRA	004.200.250-84	129852615	55.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	THIAGO LUAN SANTOS RIBEIRO	004.200.254-88	138063194	59.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	TIAGO ALMEIDA MELO	004.200.242-15	347391667	36.00	ELIMINADO
Auxiliar de Serviços Gerais	VANESSA MONTEIRO DE ANDRADE	004.200.233-96	137948060	72.00	APROVADO



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

Auxiliar de Serviços Gerais	VERIDIANA APARECIDA PEREIRA RAISER DE CARVALHO	004.200.247-60	77128824	73.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	VERONICA DE FATIMA LUIZ DA SILVA	004.200.267-16	77332472	59.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	VICTOR BERTELONI DOS SANTOS	004.200.236-54	131049650	0.00	AUSENTE
Auxiliar de Serviços Gerais	VILMA DIAS LOPES ANDREIS	004.200.234-32	75511329	59.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	VIVIANE DA CONCEIÇÃO RODRIGUES	004.200.247-53	59951599	58.00	APROVADO
Auxiliar de Serviços Gerais	WESLEY JOSE TRIZOTTI	004.200.242-19	9.882.362 0	66.00	APROVADO
Contador	ALINE TALMA	004.200.228-81	92760472	0.00	AUSENTE
Contador	ANNA CAROLINE MISCALO	004.200.267-76	123264967	73.00	APROVADO
Contador	BRENDA FRANÇA MARQUES	004.200.230-21	123420837	0.00	AUSENTE
Contador	CARLOS HENRIQUE CALDAS DIOGO	004.200.251-30	126034806	0.00	AUSENTE
Contador	CÉSAR JOSÉ MARTINS	004.200.266-71	71869563	59.00	APROVADO
Contador	DOUGLAS RICARDO DE MENDONÇA	004.200.266-45	131698747	62.50	APROVADO
Contador	ERICA RIBEIRO FRIZON	004.200.240-79	72649419	36.00	ELIMINADO
Contador	FABRICIO GOMES DOS SANTOS	004.200.229-74	84514462	80.00	APROVADO
Contador	GILVANA MISCALO CHARALLO	004.200.230-11	100994313	43.50	ELIMINADO
Contador	ISABELLA RAMOS ANDO	004.200.265-87	132517142	54.00	APROVADO
Contador	LETICIA APARECIDA GONÇALVES OLIVEIRA	004.200.266-96	89326346	0.00	AUSENTE
Contador	LUCAS GOMES STEFANI	004.200.231-03	126494122	66.50	APROVADO
Contador	LUCINEIA GORZELANSKI CAMPANHARO	004.200.246-02	12.881.531-7	27.00	ELIMINADO
Contador	RANIELE COSTA FURLAN	004.200.240-73	107801480	84.00	APROVADO
Contador	SUELEN FERNANDA SUET	004.200.266-02	104986110	52.50	APROVADO
Contador	WILLIAM VILA REAL LOPES	004.200.267-07	81598045	68.50	APROVADO



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

Enfermeiro	ADRIANA LINDOLFO DA SILVA CARPANESE	004.200.267-74	307607812	58.00	APROVADO
Enfermeiro	ANA LUCIA CEDORAK	004.200.235-38	7.640.893-9	51.50	APROVADO
Enfermeiro	CLARIDELSA DE FARIA VITOR	004.200.229-34	44924234	0.00	AUSENTE
Enfermeiro	CRISTIANA AMARAL DA SILVA	004.200.266-13	77256067	61.00	APROVADO
Enfermeiro	DAYANE MAYARA CEZARIO LOBATO	004.200.252-00	104789943	47.00	ELIMINADO
Enfermeiro	DULCIMAR BARBOZA DA SILVA	004.200.238-73	66913325	47.00	ELIMINADO
Enfermeiro	EDINALDO GILBERTO STRASSACAPA	004.200.229-59	52386128	56.50	APROVADO
Enfermeiro	FLÁVIA LARISSA MARCHESI LOPES	004.200.266-08	57156180	60.00	APROVADO
Enfermeiro	GILBERTO DELLAI FILHO	004.200.240-59	74039170	46.50	ELIMINADO
Enfermeiro	GRAZIELE FERNANDA MOSTACHIO	004.200.258-54	87423026	57.50	APROVADO
Enfermeiro	JANAINA DE OLIVEIRA BARBOSA	004.200.242-53	74096611	43.50	ELIMINADO
Enfermeiro	JAQUELINE ULIANE FAGUNDES	004.200.250-07	77485244	0.00	AUSENTE
Enfermeiro	JERRY ADRIANO DE MELO	004.200.266-26	84771848	0.00	AUSENTE
Enfermeiro	JOYSSE CAMILA BUZATO DOS SANTOS	004.200.235-13	98676724	54.50	APROVADO
Enfermeiro	JULIANE SANTOS PIRES	004.200.250-14	101110834	57.00	APROVADO
Enfermeiro	KARINA GABRIEL GHELLER	004.200.237-54	88405374	50.50	APROVADO
Enfermeiro	KARINA SILVA VILAS BOAS	004.200.238-70	9317671-5	0.00	AUSENTE
Enfermeiro	LETICIA MENCK PREISNER	004.200.257-96	99413034	57.50	APROVADO
Enfermeiro	NATASCHA CAROLINE DA SILVA SZOLOMICKI	004.200.267-18	106014858	58.00	APROVADO
Enfermeiro	RUBENS WAGNER BRESSANIM	004.200.267-37	38769219	80.00	APROVADO
Enfermeiro	SILVIENE GOMES SCHEIBER SCHMOLLER	004.200.230-07	93710169	57.00	APROVADO
Enfermeiro	THAIS FONSECA CARDOSO	004.200.231-69	110654286	50.50	APROVADO



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

Enfermeiro	VERA LUCIA DE JESUS PIRES	004.200.231-06	42162582	50.50	APROVADO
------------	---------------------------	----------------	----------	-------	----------

EXTRATO DO CONTRATO Nº 10/2019

MODALIDADE: INEXIGIBILIDADE Nº 4/2019

CONTRATANTE: CIS - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE

CONTRATADA: LABORATORIO CENTRAL DE IVAIPORA LTDA - EPP

OBJETO: CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS NA ÁREA DA SAÚDE CONFORME CHAMAMENTO PUBLICO Nº04/2018, NA ESPECIALIDADE DE ANÁLISES CLINICAS

VALOR TOTAL: R\$ 10.761.522,00 (dez milhões, setecentos e sessenta e um mil, quinhentos e vinte e dois reais).

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

02.001.10.122.0001.2.005.3.3.90.39.00.00. - 1496 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

02.001.10.301.0001.1.017.3.3.90.39.00.00. - 31316 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

02.003.10.301.0001.2.010.3.3.90.39.00.00. - 1001 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

VIGÊNCIA DO CONTRATO: 31 de dezembro de 2019.

DATA DA ASSINATURA: 15 de janeiro de 2019.

Ivaiporã, 15 de janeiro de 2019.

CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS
PRESIDENTE DO CIS

FERNANDO FURTADO COSTA
REPRESENTANTE LEGAL



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

EXTRATO DO CONTRATO Nº 11/2019

MODALIDADE: INEXIGIBILIDADE Nº 5/2019

CONTRATANTE: CIS - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE

CONTRATADA: JAHAL JARDIM ALEGRE HOSPITALAR ADMINISTRADORA LTDA

OBJETO: CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS NA ÁREA DA SAÚDE CONFORME CHAMAMENTO PÚBLICO Nº04/2018, NA ESPECIALIDADE DE GERIATRIA

VALOR TOTAL: R\$ 38.500,00 (trinta e oito mil e quinhentos reais).

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

02.001.10.122.0001.2.005.3.3.90.39.00.00. - 1496 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

02.001.10.301.0001.1.017.3.3.90.39.00.00. - 31316 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

02.003.10.301.0001.2.010.3.3.90.39.00.00. - 1001 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

VIGÊNCIA DO CONTRATO: 31 de dezembro de 2019.

DATA DA ASSINATURA: 15 de janeiro de 2019.

Ivaiporã, 15 de janeiro de 2019.

CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS
PRESIDENTE DO CIS

VICENTE MOSTACHIO
REPRESENTANTE LEGAL



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

EXTRATO DO CONTRATO Nº 12/2019

MODALIDADE: INEXIGIBILIDADE Nº 6/2019

CONTRATANTE: CIS - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE

CONTRATADA: UROCLÍNICA - CLÍNICA UROLÓGICA DE IVAIPORÃ LTDA.

OBJETO: CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS NA AREA DA SAÚDE, CONFORME CHAMAMENTO PÚBLICO Nº04/2019 NA ESPECIALIDADE EM UROLOGIA

VALOR TOTAL: R\$ 1.440.000,00 (um milhão, quatrocentos e quarenta mil reais).

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

02.001.10.122.0001.2.005.3.3.90.39.00.00. - 1496 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA
02.001.10.301.0001.1.017.3.3.90.39.00.00. - 31316 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA
02.003.10.301.0001.2.010.3.3.90.39.00.00. - 1001 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

VIGÊNCIA DO CONTRATO: 31 de dezembro de 2019.

DATA DA ASSINATURA: 15 de janeiro de 2019.

Ivaiporã, 15 de janeiro de 2019.

CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS
PRESIDENTE DO CIS

NELSON LUIS SCHODOLAK
REPRESENTANTE LEGAL



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

EXTRATO DO CONTRATO Nº 13/2019

MODALIDADE: INEXIGIBILIDADE Nº 7/2019

CONTRATANTE: CIS - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE

CONTRATADA: HUMANA - CLINICA MULTIPROFISSIONAL DE IVAIPORA LTDA - ME

OBJETO: CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS NA AREA DA SAUDE, CONFORME PORTARIA Nº04/2018, NA ESPECIALIDADE EM PSICOLOGIA, ASSISTENCIA SOCIAL E NUTRICIONISTA

VALOR TOTAL: R\$ 360.000,00 (trezentos e sessenta mil reais).

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

02.001.10.122.0001.2.005.3.3.90.39.00.00. - 1496 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

02.001.10.301.0001.1.017.3.3.90.39.00.00. - 31316 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

02.003.10.301.0001.2.010.3.3.90.39.00.00. - 1001 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

VIGÊNCIA DO CONTRATO: 31 de dezembro de 2019.

DATA DA ASSINATURA: 15 de janeiro de 2019.

Ivaiporã, 15 de janeiro de 2019.

CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS
PRESIDENTE DO CIS

MEIRE REGIANE LOURENÇO NUNES
REPRESENTANTE LEGAL



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

EXTRATO DO CONTRATO Nº 14/2019

MODALIDADE: INEXIGIBILIDADE Nº 8/2019

CONTRATANTE: CIS - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE

CONTRATADA: IDATI - INSTITUTO DE DIAGNOSTICO AVANÇADO E TERAPEUTICA IVAIPORA LTDA - ME

OBJETO: CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS NA ÁREA DA SAÚDE CONFORME CHAMAMENTO PÚBLICO Nº04/2018 NA ESPECIALIDADE EM CARDIOLOGIA

VALOR TOTAL: R\$ 324.120,00 (trezentos e vinte e quatro mil, cento e vinte reais).

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

02.001.10.122.0001.2.005.3.3.90.39.00.00. - 1496 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

02.001.10.301.0001.1.017.3.3.90.39.00.00. - 31316 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

02.003.10.301.0001.2.010.3.3.90.39.00.00. - 1001 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

VIGÊNCIA DO CONTRATO: 31 de dezembro de 2019.

DATA DA ASSINATURA: 15 de janeiro de 2019.

Ivaiporã, 15 de janeiro de 2019.

CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS
PRESIDENTE DO CIS

JOSÉ FRANCISCO SIQUEIRA
REPRESENTANTE LEGAL



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

EXTRATO DO CONTRATO Nº 15/2019

MODALIDADE: INEXIGIBILIDADE Nº 9/2019

CONTRATANTE: CIS - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE

CONTRATADA: F. S. GARCIA RUIZ - LABORATORIO DE ANALISES - ME

OBJETO: CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS NA AREA DA SAÚDE CONFORME CHAMAMENTO PUBLICO Nº04/2018 NA ESPECIALIDADE EM ANÁLISES CLINICAS

VALOR TOTAL: R\$ 7.179.089,40 (sete milhões, cento e setenta e nove mil e oitenta e nove reais e quarenta centavos).

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

02.001.10.122.0001.2.005.3.3.90.39.00.00. - 1496 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

02.001.10.301.0001.1.017.3.3.90.39.00.00. - 31316 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

02.003.10.301.0001.2.010.3.3.90.39.00.00. - 1001 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

VIGÊNCIA DO CONTRATO: 31 de dezembro de 2019.

DATA DA ASSINATURA: 15 de janeiro de 2019.

Ivaiporã, 15 de janeiro de 2019.

CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS
PRESIDENTE DO CIS

FABIANA SILVEIRA GARCIA RUIZ
REPRESENTANTE LEGAL



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

GABINETE DO PREFEITO

RATIFICAÇÃO

PROCEDIMENTO DE LICITAÇÃO Nº 10/2019

Inexigibilidade Nº 10/2019

OBJETO: CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS NA ÁREA DA SUADE CONFORME CHAMENTO PÚBLICO Nº04/2018 NA ESPECIALIDADE EM RADIOLOGIA E ULTRASSONOGRRAFIA

Tendo em vista que a documentação referente à Inexigibilidade nº 10/2019 atende a todos os requisitos do artigo 25, inciso I, da Lei 8.666/93;

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

Com efeito, RATIFICO todas as formalidades legais e autorizo a Inexigibilidade nº 10/2019, para a contratação dos serviços supramencionado, com a empresa ULTRACLIN DIAGNOSTICO POR IMAGEM LTDA, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 02.864.068/0001-44, no valor de R\$ 7.587.600,00 (sete milhões, quinhentos e oitenta e sete mil e seiscentos reais).

PUBLIQUE-SE

Ivaiporã-PR, 14 de janeiro de 2019.

**CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS
PRESIDENTE**



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2019 / EDIÇÃO Nº 354

Ivaiporã, Terça-Feira, 15 de Janeiro de 2019

GABINETE DO PREFEITO

RATIFICAÇÃO

PROCEDIMENTO DE LICITAÇÃO Nº 11/2019

Inexigibilidade Nº 11/2019

OBJETO: CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS NA ÁREA DA SAUDE, CONFORME CHAMAMENTO PÚBLICO Nº04/2018 NA ESPECIALIDADE DE ANALISES CLINICAS

Tendo em vista que a documentação referente à Inexigibilidade nº 11/2019 atende a todos os requisitos do artigo 25, inciso I, da Lei 8.666/93;

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

Com efeito, RATIFICO todas as formalidades legais e autorizo a Inexigibilidade nº 11/2019, para a contratação dos serviços supramencionado, com a empresa E. E. FERREIRA LABORATORIO CLINICO - ME , inscrita no CNPJ/MF sob o nº 18.075.940/0002-96, no valor de R\$ 3.938.315,00 (três milhões, novecentos e trinta e oito mil, trezentos e quinze reais).

PUBLIQUE-SE

Ivaiporã-PR, 14 de janeiro de 2019.

**CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS
PRESIDENTE**