



# 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: 2021 / EDIÇÃO Nº 721

Ivaiporã, Sexta-Feira, 22 de Janeiro de 2021

**CIS - IVAIPORÁ**  
**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE**  
**22ª R.S DE IVAIPORÁ - PR**

**CNPJ: 02.586.019.0001-97**

**RESOLUÇÃO Nº 07/2021**

Abre Crédito Adicional Especial por Superávit Financeiro no Orçamento do CIS, para o Exercício Financeiro de 2021 e dá outras providências.

O Senhor **CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS**, presidente do CIS – Consórcio Intermunicipal de Saúde da 22.ª R. S. de Ivaiporã, Estado do Paraná, no uso de suas atribuições legais e, com base na Resolução n. 39/2020 de 18/09/2020, Resolve:

**Art. 1.º** - Fica aberto no Orçamento do CIS para o Exercício Financeiro de 2021, Crédito Adicional Especial por Superávit Financeiro do Exercício Anterior no valor de R\$ 574.666,48 (quinhentos e setenta e quatro mil seiscentos e sessenta e seis reais e quarenta e oito centavos) para reforço na dotação a seguir:

02.000.00.000.0	DIVISÃO DOS SERVIÇOS DE SAUDE
02.001.00.000.0	SETOR DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
02.001.10.000.0	Saúde
02.001.10.122.0	Administração Geral
02.001.10.122.0	Programa LOA - 0001
02.001.10.122.0	Manutenção do Setor dos Serviços de Saúde
3.0.00.00.00.00	DESPESAS CORRENTES
3.3.00.00.00.00	OUTRAS DESPESAS CORRENTES
3.3.90.00.00.00	APLICAÇÕES DIRETAS
3.3.90.30.00.00	MATERIAL DE CONSUMO
Valor: .....	R\$ 70.500,00
Fonte: 3496	
Reduzido: 39	

02.000.00.000.0	DIVISÃO DOS SERVIÇOS DE SAUDE
02.001.00.000.0	SETOR DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
02.001.10.000.0	Saúde
02.001.10.122.0	Administração Geral
02.001.10.122.0	Programa LOA - 0001
02.001.10.122.0	Manutenção do Setor dos Serviços de Saúde
3.0.00.00.00.00	DESPESAS CORRENTES
3.3.00.00.00.00	OUTRAS DESPESAS CORRENTES
3.3.90.00.00.00	APLICAÇÕES DIRETAS
3.3.90.36.00.00	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA
Valor: .....	R\$ 500,00
Fonte: 3496	
Reduzido: 40	

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000  
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: cisivaipora@hotmail.com





# 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: 2021 / EDIÇÃO Nº 721

Ivaiporã, Sexta-Feira, 22 de Janeiro de 2021

	
<b>CIS - IVAIPORÃ</b>	
<b>CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE</b>	
<b>22ª R.S DE IVAIPORÃ - PR</b>	
	<b>CNPJ: 02.586.019.0001-97</b>
02.000.00.000.0	DIVISÃO DOS SERVIÇOS DE SAUDE
02.001.00.000.0	SETOR DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
02.001.10.000.0	Saúde
02.001.10.122.0	Administração Geral
02.001.10.122.0	Programa LOA - 0001
02.001.10.122.0	Manutenção do Setor dos Serviços de Saúde
3.0.00.00.00.00	DESPESAS CORRENTES
3.3.00.00.00.00	OUTRAS DESPESAS CORRENTES
3.3.90.00.00.00	APLICAÇÕES DIRETAS
3.3.90.39.00.00	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA
Valor: .....	R\$ 47.700,00
Fonte: 3496	
Reduzido: 42	
02.000.00.000.0	DIVISÃO DOS SERVIÇOS DE SAUDE
02.001.00.000.0	SETOR DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
02.001.10.000.0	Saúde
02.001.10.122.0	Administração Geral
02.001.10.122.0	Programa LOA - 0001
02.001.10.122.0	Manutenção do Setor dos Serviços de Saúde
3.0.00.00.00.00	DESPESAS CORRENTES
3.3.00.00.00.00	OUTRAS DESPESAS CORRENTES
3.3.90.00.00.00	APLICAÇÕES DIRETAS
3.3.90.40.00.00	SERVIÇOS DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO –
	PESSOA JURÍDICA
Valor: .....	R\$ 90.000,00
Fonte: 3496	
Reduzido: 41	
02.000.00.000.0	DIVISÃO DOS SERVIÇOS DE SAUDE
02.001.00.000.0	SETOR DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
02.001.10.000.0	Saúde
02.001.10.302.0	Assistência Hospitalar e Ambulatorial
02.001.10.302.0	Programa LOA - 0001
02.001.10.302.0	Encargos Execução Convênios
3.0.00.00.00.00	DESPESAS CORRENTES
3.3.00.00.00.00	OUTRAS DESPESAS CORRENTES
3.3.30.00.00.00	TRANSFERÊNCIAS A ESTADOS E AO DISTRITO FEDERAL
3.3.30.93.00.00	INDENIZAÇÕES E RESTITUIÇÕES
Valor: .....	R\$ 365.849,09
Fonte: 31316	
Reduzido: 36	
Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000	
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: cisivaipora@hotmail.com	




# 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: 2021 / EDIÇÃO Nº 721

Ivaiporã, Sexta-Feira, 22 de Janeiro de 2021



**CIS - IVAIPORÃ**  
**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE**  
**22ª R.S DE IVAIPORÃ - PR**



**CNPJ: 02.586.019.0001-97**


02.000.00.000.0	DIVISÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
02.001.00.000.0	SETOR DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
02.001.10.000.0	Saúde
02.001.10.302.0	Assistência Hospitalar e Ambulatorial
02.001.10.302.0	Programa LOA - 0001
02.001.10.302.0	Encargos Execução Convênios
3.0.00.00.00.00	DESPESAS CORRENTES
3.3.00.00.00.00	OUTRAS DESPESAS CORRENTES
3.3.90.00.00.00	APLICAÇÕES DIRETAS
3.3.90.39.00.00	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

Valor: ..... R\$ 117,39  
Fonte: 31314  
Reduzido: 37

Total da Suplementação: ..... R\$ 574.666,48


Art. 2.º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Ivaiporã, 22 de janeiro de 2021.



**ENF.º CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS**  
Presidente do CIS

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000  
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: cisivaipora@hotmail.com







# 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: 2021 / EDIÇÃO Nº 721

Ivaiporã, Sexta-Feira, 22 de Janeiro de 2021



### RESOLUÇÃO Nº 08/2021

Abre Crédito Adicional Especial no Orçamento do CIS por Provável Excesso de Arrecadação, para o Exercício Financeiro de 2021 e dá outras providências.

O Senhor **CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS**, presidente do CIS – Consórcio Intermunicipal de Saúde da 22.ª R. S. de Ivaiporã, Estado do Paraná, no uso de suas atribuições legais e, com base na Resolução n. 39/2020 de 18/09/2020, Resolve:

**Art. 1.º** - Fica aberto no Orçamento do CIS para o Exercício Financeiro de 2021, Crédito Adicional Especial por Provável Excesso de Arrecadação no valor de R\$250.027,01 (duzentos e cinquenta mil e vinte e sete reais e um centavo) para reforço na dotação a seguir:

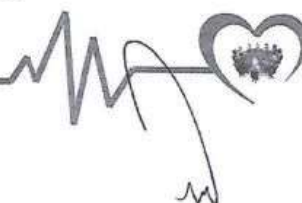
02.000.00.000.0 DIVISÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE  
02.001.00.000.0 SETOR DOS SERVIÇOS DE SAÚDE  
02.001.10.000.0 Saúde  
02.001.10.302.0 Assistência Hospitalar e Ambulatorial  
02.001.10.302.0 Programa LOA - 0001  
02.001.10.302.0 Encargos Execução Convênios  
3.0.00.00.00.00 DESPESAS CORRENTES  
3.3.00.00.00.00 OUTRAS DESPESAS CORRENTES  
3.3.30.00.00.00 TRANSFERÊNCIAS A ESTADOS E AO DISTRITO FEDERAL  
3.3.30.93.00.00 INDENIZAÇÕES E RESTITUIÇÕES

Valor: ..... R\$  
23,01

Fonte: 31316

Reduzido: 36

02.000.00.000.0 DIVISÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE  
02.001.00.000.0 SETOR DOS SERVIÇOS DE SAÚDE  
02.001.10.000.0 Saúde  
02.001.10.302.0 Assistência Hospitalar e Ambulatorial  
02.001.10.302.0 Programa LOA - 0001  
02.001.10.302.0 Manutenção do Programa de Óculos  
4.0.00.00.00.00 DESPESAS DE CAPITAL  
4.4.00.00.00.00 INVESTIMENTOS  
4.4.90.00.00.00 APLICAÇÕES DIRETAS  
4.4.90.52.00.00 EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE





# 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: 2021 / EDIÇÃO Nº 721

Ivaiporã, Sexta-Feira, 22 de Janeiro de 2021



Valor: ..... R\$ 250.004,00

Fonte: 323

Reduzido: 38

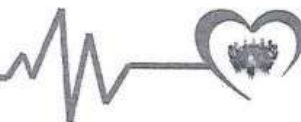
Total Suplementação: .....R\$ 250.027,01

**Art. 2º** - Para cobertura do crédito aberto no artigo anterior será utilizado o Excesso de Arrecadação da Receita no valor de R\$ 250.027,01 (duzentos e cinquenta mil e vinte e sete reais e um centavo):

**Art. 3.º** - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Ivaiporã, 22 de janeiro de 2021.

ENF.º CLÁUDIO 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: 2021 / EDIÇÃO Nº 721

Ivaiporã, Sexta-Feira, 22 de Janeiro de 2021



CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE  
22ª R.S. DE IVAIPORÃ - PR



CNPJ: 02.586.019.0001-97

REPUBLICADO POR INCORREÇÃO

RESOLUÇÃO Nº. 03/2021

**SÚMULA:** "Torna pública a tabela de Valores dos Procedimentos e Consultas a serem praticados pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da 22ª Regional de Saúde de Ivaiporã que se encontra aprovada e vigente e dá outras providências".

O Presidente do Consórcio Intermunicipal de Saúde da 22ª Regional de Saúde, **CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS** no uso de suas atribuições legais e estatutárias, EDITA A SEGUINTE

### RESOLUÇÃO:

**Art. 1º** - Torna pública a tabela de valores dos procedimentos, consultas e serviços a serem praticados pelo consórcio conforme tabela em anexo I que faz parte desta resolução, e que será praticada pelo Chamamento Público Geral, exercício 2021.

**Art. 2º**- Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas todas as disposições em contrário.

Edifício do Consórcio Intermunicipal de Saúde da 22ª Regional de Saúde do Paraná, 12 de Janeiro de 2021.

ENF. 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: 2021 / EDIÇÃO Nº 721

Ivaiporã, Sexta-Feira, 22 de Janeiro de 2021



### ANEXO I TABELA DE VALORES

Código CIS	Descrição dos Serviços	VALORES DENTRO DO CIS	VALORES CLÍNICAS
	<b>CONSULTAS ESPECIALIZADAS /EXAMES</b>		
<b>1.0</b>	<b>ALERGOLOGIA</b>		
1.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
<b>2.0</b>	<b>ANESTESIOLOGIA</b>		
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
<b>3.0</b>	<b>CARDIOLOGIA</b>		
3.1	CONSULTAS NO CIS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
<b>3.2</b>	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS</b>		
3.2.1	ECCARDIOGRAFIA BIDIMENSIONAL COM OU SEM DOPPLER		R\$ 160,00
3.2.2	ELETCARDIOGRAMA 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
<b>4.0</b>	<b>CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO</b>		
4.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
<b>5.0</b>	<b>CIRURGIA CARDÍACA</b>		
5.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
<b>6.0</b>	<b>CIRURGIA GERAL</b>		
6.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
6.2	CONSULTA MÉDICA COM ENFASE EM ESPECIALIDADES (CLINICO GERAL, COM ESPECIALIDADE PRETENDIDA QUE CONTENHA NO MINIMO CARGA HORARIO DE 360HORAS COM CURSO RECONHECIDO).	R\$ 40,00	R\$ 40,00
<b>7.0</b>	<b>CIRURGIA PLÁSTICA</b>		
7.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
<b>8.0</b>	<b>CIRURGIA TÓRAX</b>		
8.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
<b>9.0</b>	<b>CIRURGIA VASCULAR</b>		
9.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
<b>10.0</b>	<b>DERMATOLOGIA</b>		
10.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
<b>11.0</b>	<b>ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA</b>		
11.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
<b>12.0</b>	<b>GASTROENTEROLOGIA</b>		
12.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
<b>12.2</b>	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS</b>		
12.2.1	RETOSIGMOIDOSCOPIA		R\$ 137,11
12.2.2	COLONOSCOPIA		R\$ 342,66
12.2.3	ESÓFAGOGASTRÓDUODENOSCOPIA (EDA)		R\$ 109,68
12.2.4	POLIPECTOMIA		R\$ 90,00
<b>13.0</b>	<b>GERIATRIA</b>		
13.1	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: 2021 / EDIÇÃO Nº 721

Ivaiporã, Sexta-Feira, 22 de Janeiro de 2021



<b>14.0</b>	<b>GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA</b>		
14.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
14.2	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
<b>15.0</b>	<b>HEMATOLOGIA</b>		
15.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
15.2.1	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
<b>16.0</b>	<b>INFECTOLOGIA</b>		
16.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
12.2.1	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
<b>17.0</b>	<b>MASTOLOGISTA</b>		
17.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
<b>18.0</b>	<b>MEDICINA NUCLEAR</b>		
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\$ 200,00
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\$ 250,00
18.1.18	TOMOGRAFIA COMP. DE TORAX COM OU S/ CONTRASTE.		R\$ 200,00
18.1.19	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX / MEDIASTINO (POR PLANO)		R\$ 315,00
18.1.20	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN C/ CONTRASTE		R\$ 240,00
18.1.21	TOMOGRAFIA COMP. DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR.		R\$ 250,00
18.1.22	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA		R\$ 450,00
18.1.23	ANGIOTOMOGRAFIA		R\$ 250,00
18.1.24	TOMOGRAFIA ABDOMEN SUPERIOR		R\$ 450,00
18.1.25	TOMOGRAFIA DE CARÓTIDAS		R\$ 250,00
18.1.26	TOMOGRAFIA PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIREÓIDE E FARINGE)		R\$ 450,00
18.1.27	TOMOGRAFIA RENAL		R\$ 450,00
18.1.28	TOMOGRAFIA UROTOMOGRAFIA		R\$ 80,00
18.1.29	MAMOGRAFIA BILATERAL		R\$ 300,00
18.1.30	PROCEDIMENTO DE ANESTESIA EM EXAMES DE RESSONANCIA MAGNETICA EM QUE EXIGE SEDAÇÃO.		
<b>19.0</b>	<b>NEFROLOGIA</b>	R\$ 50,00	R\$ 50,00
19.1	CONSULTAS		
<b>20.0</b>	<b>NEUROCIRURGIA</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: 2021 / EDIÇÃO Nº 721

Ivaiporã, Sexta-Feira, 22 de Janeiro de 2021



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE  
22ª R.S. DE IVAIPORÃ - PR



CNPJ: 02.586.019.0001-91

		RS 50,00	RS 50,00
20.1	CONSULTAS		
20.1	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS</b>		
20.2.1	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMII		RS 350,00
20.2.2	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS		RS 350,00
20.2.3	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS E MMII		RS 700,00
20.2.4	ELETROENCEFALOGRAMA DE ROTINA		RS 39,60
20.2.5	ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGÍLIA/ SONO ESPONTÂNEO OU INDUZIDO		RS 79,20
20.2.6	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO (MAPEAMENTO)		RS 95,00
21.0	<b>NEUROLOGIA</b>		
21.1	CONSULTAS	RS 50,00	RS 50,00
21.1	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS</b>		
21.1.2	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMII		RS 350,00
21.1.3	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS		RS 350,00
21.1.4	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS E MMII		RS 700,00
21.1.5	ELETROENCEFALOGRAMA DE ROTINA		RS 39,60
21.1.6	ELETROENCEFALOGRAMA/VIGÍLIA SONO ESPONTÂNEO/ INDUZIDO		RS 79,20
21.1.7	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO (MAPEAMENTO)		RS 95,00
21.1.8	LAUDO DE ELETROENCEFALOGRAMA (TELEMEDICINA)		RS 10,00
21.1.9	LAUDO DE ELETROENCEFALOGRAMA COM MAPEAMENTO (TELEM)		RS 22,00
22.0	<b>NEUROPEDIATRA</b>		
22.1	CONSULTAS	RS 50,00	RS 50,00
22.1	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS</b>		
22.2.1	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMII		RS 350,00
22.2.2	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS		RS 350,00
22.2.3	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS E MMII		RS 700,00
22.2.4	ELETROENCEFALOGRAMA DE ROTINA		RS 39,60
22.2.5	ELETROENCEFALOGRAMA/VIGÍLIA E SONO ESPONTÂNEO/ INDUZIDO		RS 79,20
22.2.6	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO (MAPEAMENTO)		RS 95,00
23.0	<b>OFTALMOLOGISTA</b>		
23.1	CONSULTAS	RS 50,00	RS 50,00
23.2	CONSULTAS OFTALMOLOGICAS + TONOMETRIA+ MAPEAMENTO DE RETINA+ TESTE ORTOPTICO – PROJETO BOA VISÃO		RS 60,00
23.1	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS</b>		
23.2.1	BIOMETRIA ULTRASSONICA (BINOCULAR)		RS 66,00
23.2.2	CURVA TENSIONAL DIARIA		RS 49,50
23.2.3	GONIOSCOPIA (BINOCULAR)		RS 20,00
23.2.4	MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)		RS 24,24
23.2.5	RETINOGRAFIA COLORIDA (MONOCULAR)		RS 16,50
23.2.6	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA (BINOCULAR)		RS 49,50
23.2.7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA (BINOCULAR)		RS 41,25
23.2.8	TESTE ORTÓPTICO (BINOCULAR)		RS 12,34
23.2.9	TESTE DE ADAPTAÇÃO DE LENTE DE CONTATO (BINOCULAR)		RS 30,00
23.2.10	MEDIDA DE OFUSCAMENTO DE CONTRASTE (BINOCULAR)		RS 26,40
23.2.11	EPILAÇÃO DE CÍLIOS (MONOCULAR)		RS 21,60
23.2.12	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO (MONOCULAR)		RS 28,80
23.2.13	TONOMETRIA (BINOCULAR)		RS 12,34
23.2.14	EXERESE DE PTERIGIO (MONOCULAR)		RS 400,00
23.2.15	FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE LIO DOBRÁVEL (MONOCULAR)		RS 964,50
23.2.16	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA – OCT (MONOCULAR)		RS 200,00
23.2.17	CAPSULOTOMIA YAG LASER (MONOCULAR)		RS 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: 2021 / EDIÇÃO Nº 721

Ivaiporã, Sexta-Feira, 22 de Janeiro de 2021



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE  
22ª R.S. DE IVAIPORÃ - PR



CNPJ: 02.586.019.0001-97

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	<b>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>		
24.1	CONSULTAS		R\$ 50,00
25.0	<b>OTORRINOLARINGOLOGIA</b>		
25.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
25.2	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS</b>		
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
26.0	<b>PATOLOGIA (ANATOMOPATOLOGIA E CITOPATOLOGIA)</b>		
	<b>PROCEDIMENTOS</b>		
26.1	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS</b>		
26.1.1	BIOPSIA (ANATOMO PATOLÓGICO)		R\$ 30,00
27.0	<b>PATOLOGIA CLÍNICA (EXAMES LABORATÓRIAS)</b>		
27.1.1	CLEARANCE OSMOLAR		R\$ 3,86
27.1.2	DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO		R\$ 2,10
27.1.3	DETERMINAÇÃO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOÁCIDOS		R\$ 2,00
27.1.4	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (2 DOSAGENS)		R\$ 7,60
27.1.5	DETERMINAÇÃO CURVA GLICÊMICA C/ INDUÇÃO P/ CORTISONA (5 DOSAG.)		R\$ 10,00
27.1.6	DETERMINAÇÃO CURVA GLICÊMICA C/ INDUÇÃO P/ CORTISONA (4 DOSAG.)		R\$ 10,00
27.1.7	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA CLÁSSICA (5 DOSAGENS)		R\$ 10,00
27.1.8	DETERMINAÇÃO 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 ÁCIDO ASCORBICO		R\$ 4,04
27.1.12	DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO		R\$ 2,22
27.1.13	DOSAGEM DE ÁCIDO 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-GLICOPROTEÍNA ÁCIDA		R\$ 4,53





# 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: 2021 / EDIÇÃO Nº 721

Ivaiporã, Sexta-Feira, 22 de Janeiro de 2021



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE  
22º R.S. DE IVAIPORÃ - PR



CNPJ: 02.586.019.0001-97

27.1.17	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA		RS 4,04
27.1.18	DOSAGEM DE AMILASE		RS 4,04
27.1.19	DOSAGEM DE AMONIA		RS 17,14
27.1.20	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES		RS 3,86
27.1.21	DOSAGEM DE CALCIO		RS 4,00
27.1.22	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL		RS 4,00
27.1.23	DOSAGEM DE CAROTENO		RS 2,21
27.1.24	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA		RS 2,10
27.1.25	DOSAGEM DE CLORETO		RS 2,21
27.1.26	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL		RS 3,86
27.1.27	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL		RS 3,86
27.1.28	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL		RS 2,90
27.1.29	DOSAGEM DE COLINESTERASE		RS 4,04
27.1.30	DOSAGEM DE CREATININA		RS 4,04
27.1.31	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)		RS 8,64
27.1.32	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB		RS 4,04
27.1.33	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA		RS 3,86
27.1.34	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA		RS 4,04
27.1.35	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA		RS 3,86
27.1.36	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)		RS 2,47
27.1.37	DOSAGEM DE FERRITINA		RS 18,71
27.1.38	DOSAGEM DE FERRO SERICO		RS 4,21
27.1.39	DOSAGEM DE FOLATO		RS 4,04
27.1.40	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL		RS 3,86
27.1.41	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA		RS 3,50
27.1.42	DOSAGEM DE FOSFORO		RS 2,50
27.1.43	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA		RS 2,10
27.1.44	DOSAGEM DE GALACTOSE		RS 2,10
27.1.45	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)		RS 3,21
27.1.46	DOSAGEM DE GLICOSE		RS 2,21
27.1.47	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE		RS 4,53
27.1.48	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA		RS 3,86
27.1.49	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA		RS 10,44
27.1.50	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA		RS 2,10
27.1.51	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE		RS 16,76
27.1.52	DOSAGEM DE LACTATO		RS 4,04
27.1.53	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE		RS 4,86
27.1.55	DOSAGEM DE LIPASE		RS 8,21
27.1.56	DOSAGEM DE MAGNESIO		RS 4,04
27.1.57	DOSAGEM DE MUÇO-PROTEINAS		RS 7,20
27.1.58	DOSAGEM DE PIRUVATO		RS 16,76
27.1.59	DOSAGEM DE PORFIRINAS		RS 7,12
27.1.60	DOSAGEM DE POTASSIO		RS 3,00
27.1.61	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS		RS 3,00
27.1.62	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES		RS 3,00
27.1.63	DOSAGEM DE SODIO		RS 3,00
27.1.64	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)		RS 3,00
27.1.65	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)		RS 3,00
27.1.66	DOSAGEM DE TRANSFERRINA		RS 4,94
27.1.67	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS		RS 4,21
27.1.68	DOSAGEM DE TRIPTOFANO		RS 9,90
27.1.69	DOSAGEM DE UREIA		RS 6,35
27.1.70	DOSAGEM DE VITAMINA B12		RS 3,13





# 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: 2021 / EDIÇÃO Nº 721

Ivaiporã, Sexta-Feira, 22 de Janeiro de 2021



CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE  
22ª R.S. DE IVAIPORÃ - PR

CNPJ: 02.586.019.0001-97

27.1.71	ELETRÓFORESE DE LIPOPROTEÍNAS	RS 6,34
27.1.72	ELETRÓFORESE DE PROTEÍNAS	RS 10,96
27.1.73	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)	RS 3,00
27.1.74	PROVA DA D-XILOSE	RS 4,52
27.1.75	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTE ORAIS	RS 8,80
27.1.76	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	RS 35,84
27.1.77	CITOQUÍMICA HEMATOLOGICA	RS 8,37
27.1.78	CONTAGEM DE PLAQUETAS	RS 5,20
27.1.79	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	RS 8,89
27.1.80	DETERMINAÇÃO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	RS 7,29
27.1.81	DETERMINAÇÃO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	RS 16,50
27.1.82	DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMOGLOBINA	RS 20,80
27.1.83	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULACAO	RS 7,32
27.1.84	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	RS 10,02
27.1.85	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	RS 11,56
27.1.86	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	RS 7,32
27.1.87	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	RS 5,06
27.1.88	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	RS 1,68
27.1.89	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	RS 3,00
27.1.90	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	RS 3,00
27.1.91	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	RS 3,00
27.1.92	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	RS 4,52
27.1.93	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	RS 5,95
27.1.94	DOSAGEM DE FATOR II	RS 3,00
27.1.95	DOSAGEM DE FATOR IX	RS 1,68
27.1.96	DOSAGEM DE FATOR V	RS 4,52
27.1.97	DOSAGEM DE FATOR VII	RS 3,00
27.1.98	DOSAGEM DE FATOR VIII	RS 27,50
27.1.99	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	RS 4,52
27.1.100	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	RS 3,00
27.1.101	DOSAGEM DE FATOR X	RS 3,00
27.1.102	DOSAGEM DE FATOR XI	RS 3,00
27.1.103	DOSAGEM DE FATOR XII	RS 3,00
27.1.104	DOSAGEM DE FATOR XIII	RS 4,52
27.1.105	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	RS 3,00
27.1.106	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	RS 3,00
27.1.107	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 370C	RS 3,00
27.1.108	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	RS 13,20
27.1.109	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	RS 3,00
27.1.110	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	RS 3,00
27.1.111	ELETRÓFORESE DE HEMOGLOBINA	RS 19,50
27.1.112	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	RS 5,50
27.1.113	HEMATOCRITO	RS 5,50
27.1.114	HEMOGRAMA COMPLETO	RS 6,94
27.1.115	LEUCOGRAMA	RS 4,40
27.1.116	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	RS 10,17
27.1.117	PESQUISA DE CELULAS LE	RS 3,11
27.1.118	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	RS 10,17
27.1.119	PESQUISA DE FILARIA	RS 16,56
27.1.120	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	RS 18,06
27.1.121	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	RS 14,90
27.1.122	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	RS 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: 2021 / EDIÇÃO Nº 721

Ivaiporã, Sexta-Feira, 22 de Janeiro de 2021



CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE  
22ª R.S. DE IVAIPORÃ - PR



CNPJ: 02.586.019.0001-97

27.1.123	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	RS 3,87
27.1.124	PROVA DO LACO	RS 3,11
27.1.125	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	RS 18,87
27.1.126	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	RS 10,17
27.1.127	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	RS 18,87
27.1.128	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	RS 10,17
27.1.129	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	RS 3,11
27.1.130	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8(cada)	RS 36,30
27.1.131	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	RS 18,87
27.1.132	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	RS 80,00
27.1.133	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	RS 11,00
27.1.134	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	RS 11,00
27.1.135	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	RS 9,53
27.1.136	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	RS 18,87
27.1.137	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	RS 11,00
27.1.138	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	RS 19,70
27.1.139	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	RS 20,40
27.1.139	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	RS 18,87
27.1.140	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	RS 6,31
27.1.141	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	RS 18,87
27.1.142	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	RS 20,40
27.1.143	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	RS 20,40
27.1.144	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	RS 10,17
27.1.145	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	RS 11,00
27.1.146	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	RS 10,17
27.1.147	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	RS 358,17
27.1.148	IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS	RS 6,31
27.1.149	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	RS 11,00
27.1.150	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	RS 18,87
27.1.151	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	RS 10,17
27.1.152	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	RS 11,00
27.1.153	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	RS 10,67
27.1.154	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	RS 3,11
27.1.155	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	RS 11,00
27.1.156	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	RS 11,00
27.1.157	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	RS 11,00
27.1.158	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	RS 18,87
27.1.159	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	RS 20,59
27.1.160	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	RS 20,59
27.1.161	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	RS 20,59
27.1.162	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	RS 18,87
27.1.163	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	RS 18,87
27.1.164	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	RS 18,87
27.1.165	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	RS 18,87
27.1.166	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	RS 18,87
27.1.167	PESQ. DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	RS 11,00
27.1.168	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEIX SUPRARENAL	RS 18,87
27.1.169	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOS	RS 20,40
27.1.170	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	RS 20,40
27.1.171	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	RS 8,55
27.1.172	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTISTREPTOLISINA O (ASLO)	RS 10,68
27.1.173	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	RS 20,40
27.1.174	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	RS 20,40





# 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: 2021 / EDIÇÃO Nº 721

Ivaiporã, Sexta-Feira, 22 de Janeiro de 2021



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE  
22ª R.S. DE IVAIPORÃ - PR



CNPJ: 02.586.019.0001-97

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 ANTIPTOSPIRAS		R\$ 20,40
27.1.178	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI LISTERIA		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 SINICIAL 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
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 SIMPLES		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





# 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: 2021 / EDIÇÃO Nº 721

Ivaiporã, Sexta-Feira, 22 de Janeiro de 2021



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE  
22ª R.S. DE IVAIPORÃ - PR



CNPJ: 02.586.019.0001-97

27.1.222	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$ 22,11
27.1.223	PESQUISA DE CLAMÍDIA (POR CAPTURA HÍBRIDA)	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 ANTITRANSGLUTAMINASE 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
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 CROMATOGRAFIA)	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



# 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: 2021 / EDIÇÃO Nº 721

Ivaiporã, Sexta-Feira, 22 de Janeiro de 2021



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE  
22ª R.S DE IVAIPORÃ - PR



CNPJ: 02.586.019.0001-97

27.1.275	PESQUISA DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	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
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\$ 24,42
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





# 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: 2021 / EDIÇÃO Nº 721

Ivaiporã, Sexta-Feira, 22 de Janeiro de 2021



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE  
22º RS DE IVAIPORÃ - PR



CNPJ: 02.586.019.0001-97

27.1.328	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	RS 9,63
27.1.329	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	RS 12,76
27.1.330	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	RS 13,20
27.1.331	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	RS 13,32
27.1.332	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	RS 13,32
27.1.333	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	RS 13,32
27.1.334	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA	RS 13,32
27.1.335	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	RS 13,32
27.1.336	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	RS 13,32
27.1.337	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	RS 9,27
27.1.338	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	RS 16,36
27.1.339	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	RS 2,26
27.1.340	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	RS 2,45
27.1.341	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	RS 4,04
27.1.342	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	RS 2,26
27.1.344	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	RS 17,21
27.1.345	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	RS 3,86
27.1.346	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	RS 2,21
27.1.347	DOSAGEM DE ALCOL ETILICO	RS 30,25
27.1.348	DOSAGEM DE ALUMINIO	RS 11,00
27.1.349	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	RS 11,00
27.1.350	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	RS 11,00
27.1.351	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	RS 14,44
27.1.352	DOSAGEM DE BARBITURATOS	RS 14,82
27.1.353	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	RS 7,20
27.1.354	DOSAGEM DE CADMIO	RS 19,28
27.1.355	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	RS 34,52
27.1.356	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	RS 9,71
27.1.357	DOSAGEM DE CHUMBO	RS 64,47
27.1.358	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	RS 3,86
27.1.359	DOSAGEM DE COBRE	RS 9,86
27.1.360	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	RS 17,21
27.1.361	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	RS 38,74
27.1.362	DOSAGEM DE FENITOINA	RS 32,25
27.1.363	DOSAGEM DE FENOL	RS 3,86
27.1.364	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	RS 2,47
27.1.365	DOSAGEM DE LITIO	RS 5,24
27.1.366	DOSAGEM DE MERCURIO	RS 4,52
27.1.367	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	RS 11,00
27.1.368	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	RS 11,00
27.1.369	DOSAGEM DE METOTREXATO	RS 11,00
27.1.370	DOSAGEM DE QUINIDINA	RS 2,21
27.1.371	DOSAGEM DE SALICILATOS	RS 3,86
27.1.372	DOSAGEM DE SULFATOS	RS 17,21
27.1.373	DOSAGEM DE TEOFILINA	RS 4,04
27.1.374	DOSAGEM DE TIOCIANATO	RS 17,21
27.1.375	DOSAGEM DE ZINCO	RS 21,47
27.1.376	ANTIBIOGRAMA	RS 14,66
27.1.377	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	RS 14,66
27.1.378	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	RS 4,62
27.1.379	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNOSTICA)	RS 4,62
27.1.380	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	RS 4,62
27.1.381	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	RS 3,08





# 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: 2021 / EDIÇÃO Nº 721

Ivaiporã, Sexta-Feira, 22 de Janeiro de 2021



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE  
22ª R.S. DE IVAIPORÃ - PR



CNPJ: 02.586.019.0001-97

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
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	ELETROFORESE 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 ANTIESPERMATOZOIDEOS (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 ESPERMATOZOIDEOS (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



# 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: 2021 / EDIÇÃO Nº 721

Ivaiporã, Sexta-Feira, 22 de Janeiro de 2021



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE  
22ª RS DE IVAIPORÃ - PR



CNPJ: 02.586.019.0001-97

27.1.431	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO		R\$ 35,72
27.1.432	DETERMINAÇÃO DE CARIOTIPO/ CULTURA DE LONGA DURAÇÃO (BANDAS)		R\$ 35,72
27.1.433	DETERMINAÇÃO DE CARIOTIPO EM MEDULA ÓSSEA E VILOSIDADES CORIÓNICAS (C/ TÉCNICA DE BANDAS)		R\$ 35,72
27.1.434	DETERMINAÇÃO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFÉRICO (C/ TÉCNICA DE BANDAS)		R\$ 9,68
27.1.435	DETECÇÃO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNÓSTICO TARDIO)		R\$ 72,60
27.1.436	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)		R\$ 72,60
27.1.437	DETECÇÃO MOLECULAR EM FIBROSE CÍSTICA (CONFIRMATORIO)		R\$ 6,05
27.1.438	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNÓSTICO 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 DETECÇÃO 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 / DIAGNÓSTICO TARDIO)		R\$ 11,71
27.1.443	DETERMINAÇÃO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETÁRIOS		R\$ 1,50
27.1.444	DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO		R\$ 11,71
27.1.445	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR		R\$ 11,71
27.1.446	IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS		R\$ 6,36
27.1.447	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES P/ MÉTODO DA ELUIÇÃO		R\$ 6,36
27.1.448	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES 37°C		R\$ 6,36
27.1.449	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS 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	TITULAÇÃO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B		R\$ 7,30
27.1.453	EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA		R\$ 11,71
27.1.454	EXAME CITOPATOLÓGICO HORMONAL SERIADO (MÍNIMO 3 COLETAS)		R\$ 11,71
27.1.455	EXAME DE CITOLOGIA ONCÓTICA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)		R\$ 17,56
27.1.456	EXAME CITOPATOLÓGICO DE MAMA		R\$ 55,00
27.1.457	DETERMINAÇÃO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIS		R\$ 47,53
27.1.458	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO DO COLO UTERINO - PEÇA CIRÚRGICA		R\$ 26,40
27.1.459	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO P/ CONGELAMENTO / PARAFINA (EXCETO COLO UTERINO) - PEÇA CIRÚRGICA		R\$ 92,00
27.1.460	IMUNOHISTOQUÍMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)		R\$ 26,40
27.1.461	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE MAMA - BIÓPSIA		R\$ 47,53
27.1.462	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE MAMA - PEÇA CIRÚRGICA		R\$ 26,40
27.1.463	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO DO COLO UTERINO - BIÓPSIA		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
<b>28.0</b>	<b>PEDIATRIA</b>		
28.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
<b>29.0</b>	<b>PNEUMOLOGIA</b>		
29.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
<b>29.1</b>	<b>EXAMES REALIZADOS</b>		
29.1.1	ESPIROMETRIA		R\$ 90,00
29.1.2	BRONCOSCOPIA		R\$ 250,00
<b>30.0</b>	<b>PNEUMOPEDIATRIA</b>		
30.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
<b>31.0</b>	<b>PROCTOLOGIA</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: 2021 / EDIÇÃO Nº 721

Ivaiporã, Sexta-Feira, 22 de Janeiro de 2021



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE  
22ª R.S. DE IVAIPORÃ - PR



CNPJ: 02.586.019.0001-97

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 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	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-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: 2021 / EDIÇÃO Nº 721

Ivaiporã, Sexta-Feira, 22 de Janeiro de 2021



CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE  
22ª RS DE IVAIPORÃ - PR



CNPJ: 02.586.019.0001-97

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	DUODENOGRAMIA 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	ULTRASSONOGRAMIA - GRUPO I		
33.1	EXAMES ULTRASSONOGRÁFICOS	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 TESTICULOS	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	ULTRASSONOGRAMIA DA BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER - COLORIDO	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.1.6	ULTRASSONOGRAMIA DO ABDÔMEN TOTAL COM DOPPLER - COLORIDO	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.1.7	ULTRASSONOGRAMIA DA TIREÓIDE COM DOPPLER - COLORIDO	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.1.8	ULTRASSONOGRAMIA DAS GLÂNDULAS SALIVARES E SUBMANDIBULARES	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.9	ULTRASSONOGRAMIA DA REGIÃO INGUINAL	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.10	ULTRASSONOGRAMIA PENIANA	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.11	ULTRASSONOGRAMIA DO RETROPERITÔNIO	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.12	ULTRASSONOGRAMIA DE PARTES MOLES E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.13	ULTRASSONOGRAMIA DAS SUPRARRENÁIS	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.14	ULTRASSONOGRAMIA DAS LOJAS RENAIAS	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.15	ULTRASSONOGRAMIA DO HIPOCÔNDRIO DIREITO	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.16	ULTRASSONOGRAMIA 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, PARÓTIDA)	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: 2021 / EDIÇÃO Nº 721

Ivaiporã, Sexta-Feira, 22 de Janeiro de 2021



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE  
22ª R.S. DE IVAIPORÃ - PR



CNPJ: 02.586.019.0001-97

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.	<b>ULTRASSONOGRAFIA - GRUPO 2</b>		
33.2.	<b>EXAMES ULTRASSONOGRAFICOS</b>		
33.2.1	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (AVALIAÇÃO DE FIGADO, PÂNCREAS, VESÍCULA BILIAR, VIAS BILIARES, BAÇO, RINS, RETROPERITÔNIO E BEXIGA)	R\$ 80,00	R\$ 80,00
33.2.2	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN INFERIOR (SUPRAPUBICA)	R\$ 80,00	R\$ 80,00
33.2.3	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO (RINS E BEXIGA)	R\$ 80,00	R\$ 80,00
33.2.4	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VESICULA, VIAS BILIARES, REGIÃO INGUINAL, ORGÕES E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS)	R\$ 60,00	R\$ 60,00
33.2.5	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 60,00	R\$ 60,00
33.2.6	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	R\$ 70,00	R\$ 70,00
33.2.7	ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R\$ 60,00	R\$ 60,00
33.2.8	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 70,00	R\$ 70,00
33.3	<b>ULTRASSONOGRAFIA - GRUPO 3</b>		
33.3	<b>EXAMES ULTRASSONOGRAFICOS REALIZADOS</b>		
33.3.1	ULTRASSONOGRAFIA TIREÓIDE	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.2	ULTRASSONOGRAFIA OMBRO	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.3	ULTRASSONOGRAFIA MÃO	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.4	ULTRASSONOGRAFIA GLOBO OCULAR BILATERAL	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.5	ULTRASSONOGRAFIA GLOBO OCULAR COM DOPPLER COLORIDO	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.3.6	ULTRASSONOGRAFIA GLÂNDULAS SALIVARES (TODAS)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.7	ULTRASSONOGRAFIA DE MAMAS	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.8	ULTRASSONOGRAFIA DERMATOLÓGICA – (PELE E SUBCUTÂNEO)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.9	ULTRASSONOGRAFIA PESCOÇO	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.10	ULTRASSONOGRAFIA PARATIREÓIDE	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.11	ULTRASSONOGRAFIA ABDOMEM SUPERIOR COM DOPPLER	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.3.12	ULTRASSONOGRAFIA AORTA ABDOMINAL	R\$ 190,00	R\$ 190,00
33.3.13	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER AORTA OU VASOS ILÍACOS	R\$ 190,00	R\$ 190,00
33.3.14	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ILIACAS	R\$ 190,00	R\$ 190,00
33.3.15	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL E VISCERAIS	R\$ 190,00	R\$ 190,00
33.3.16	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE ARTÉRIAS RENAIIS E AORTA DESCENDENTE	R\$ 190,00	R\$ 190,00
33.3.17	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER PENIANO	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.3.18	ULTRASSONOGRAFIA ESTRUTURAS/SUPERFICIAIS (CERVICAL OU AXILAR)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.19	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA 1º TRIMESTRE (ENDOVAGINAL)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.20	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA 4D	R\$ 210,00	R\$ 210,00
33.3.21	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA 4D HD	R\$ 210,00	R\$ 210,00
33.3.22	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA C/ TRANSLUCENCIA NUCAL	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.23	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM PERFIL BIOFISICO FETAL	R\$ 150,00	R\$ 150,00
33.3.24	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICO ECOCARDIOGRAMA FETAL	R\$ 200,00	R\$ 200,00
33.3.25	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICO COM DOPPLER	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.3.26	ULTRASSONOGRAFIA PROSTATA COM DOPPLER	R\$ 150,00	R\$ 150,00
33.3.27	ULTRASSONOGRAFIA TRANS-VAGINAL COM DOPPLER	R\$ 130,00	R\$ 130,00
34.0	<b>REUMATOLOGIA</b>		
34.1	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: 2021 / EDIÇÃO Nº 721

Ivaiporã, Sexta-Feira, 22 de Janeiro de 2021



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 OBSTETRICIA – 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\$ 60,00	
36.1.6	CONSULTA ESPECIALIZADAS EM CARDIOLOGIA	R\$60,00	
36.1.7	CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA	R\$60,00	
36.1.8	CONSULTA ESPECIALIZADAS EM GERIATRIA	R\$60,00	
36.1.9	CONSULTA ESPECIALIZADAS PSIQUIATRIA	R\$60,00	
36.1.10	EDUCAÇÃO PERMANENTE, CAPACITAÇÃO REALIZADA POR MÉDICOS ESPECIALISTAS E EQUIPE MULTIPROFISSIONAIS AOS PROFISSIONAIS DO CIS E DA ATENÇÃO PRIMARIA (POR HORA).	RS175,00	

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
07.03.00	PROCEDIMENTOS MÉDICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES EM NEFROLOGIA	
07.03.01	URETEROLITOTRIPSIA (VIA ENDOSCOPIA URETEROSCÓPIO RÍGIDO)	R\$ 2.500,00





# 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: 2021 / EDIÇÃO Nº 721

Ivaiporã, Sexta-Feira, 22 de Janeiro de 2021



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE  
22ª RS DE IVAIPORÃ - PR



CNPJ: 02.586.019.0001-97

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
<b>07.04.00</b>	<b>PROCEDIMENTOS / DIAGNOSTICA SAÚDE DO HOMEM/ MULHER</b>	
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 RETIRADA DE MATERIAL PARA CAUTERIZAÇÃO	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 GINICOLÓGICA (COLO, ÚTERO, PAREDE VAGINAL, E VAGINA EXTERNA)	R\$ 300,00
<b>14.01.00</b>	<b>PLANTÃO MÉDICO HOSPITALAR</b>	
14.01.001.1	PLANTÃO MÉDICO HOSPITALAR – PRESENCIAL DE 12 HORAS	R\$1.100,00
14.01.001.2	PLANTÃO TÉCNICO DE RADIOLOGIA – 04 HRS	R\$ 128,54
14.01.001.3	PLANTÃO MÉDICO EM CIRURGIA GERAL – 12 HORAS	R\$ 2.250,00
14.01.001.4	PLANTÃO GASTROENTEROLOGISTA – 12 HORAS	R\$ 2.250,00
14.01.001.5	PLANTÃO OTORRINOLARINGOLOGISTA – 12 HORAS	R\$ 2.250,00
14.01.001.6	PLANTÃO MÉDICO EM GINECOLOGIA E OBSTETRICIA -12 HORAS	R\$ 2.250,00
14.01.001.7	PLANTÃO MÉDICO VASCULAR – 12 HORAS	R\$ 2.250,00
14.01.001.8	PLANTÃO MÉDICO EM NEUROLOGIA – 12 HORAS	R\$ 2.250,00
14.01.001.9	PLANTÃO MÉDICO EM OFTALMOLOGIA – 12 HORAS	R\$ 2.250,00
14.01.001.10	PLANTÃO MÉDICO EM PEDIATRIA – 12 HORAS	R\$ 2.250,00
14.01.001.11	PLANTÃO MÉDICO UROLOGIA - 12 HORAS	R\$ 2.250,00
14.01.001.12	PLANTÃO MÉDICO ORTOPEDIA - 12 HORAS	R\$ 2.250,00
14.01.001.13	PLANTÃO MÉDICO EM ANESTESIOLOGIA -12 HORAS	R\$ 1.400,00
14.01.001.14	PLANTÃO MÉDICO EM CARDIOLOGIA – 12 HORAS	R\$ 2.250,00
<b>14.02.00</b>	<b>PROCEDIMENTO HOSPITALAR</b>	
14.02.00.1	GRAVIDEZ ECTÓPICA VALOR DO PROCEDIMENTO	R\$1.040,89
14.02.00.2	POSTECTOMIA	R\$ 440,92
14.02.00.3	PLÁSTICA DE FREIO BÁLANO PREPUÇIAL	R\$ 278,18
14.02.00.4	POSPADIA POR ESTAGIO TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 1.161,40
14.02.00.5	EPISPADIA POR ETAPA	R\$1.467,40
14.02.00.6	PARAFIMOSE	R\$ 333,00
14.02.00.7	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	R\$ 913,72
14.02.00.8	BIOPSIA DO FIGADO POR PUNÇÃO	R\$ 71,15
14.02.00.9	BIOPSIA DO APARELHO DIGESTIVO	R\$ 28,68
14.02.00.10	DILATAÇÃO DO ESÓFAGO	R\$ 342,76
10.02.00.11	LIGADURA ELÁSTICA DE HEMORROIDAS (SESSÃO)	R\$ 345,00
10.02.00.12	PASSAGEM DE SONDA NASO ENTERICA (INCLUI MATERIAL)	R\$342,76
10.02.00.13	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESÓFAGO	R\$342,76
10.02.00.14	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESTOMAGO/ DUODENO	R\$342,76
10.02.00.15	RETIRADA DE POLIPO DO TUBO DIGESTIVO P/ ENDOSCOPIA ATÉ 04 POLIPO	R\$230,00
10.02.00.16	TRATAMENTO DE ESCLERE GENERALIZADA PROGRESSIVA	R\$239,93
10.02.00.17	TRATAMENTO DE ESCLERE/ LIGADURA ELÁSTICA DE LESÃO HEMORRAGIA DO APARELHO DIGESTIVO	R\$411,34
10.02.00.18	TRATAMENTO ESCLERE DE LESÕES NÃO HEMORRAGICAS DO APARELHO DIGESTIVO	R\$ 345,00



# 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: 2021 / EDIÇÃO Nº 721

Ivaiporã, Sexta-Feira, 22 de Janeiro de 2021



Código CIS	Descrição dos Serviços		VALORES CIS	VALORES CLÍNICAS
	<b>PROCEDIMENTOS DE PRÓTESE DENTÁRIA</b>			
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

Código CIS	Descrição dos Serviços		VALORES CIS	LAUDOS GRATUITOS
	<b>CONTRATAÇÃO DE EXAMES DE TELEMEDICINA, LAUDOS COM APARELHO FORNECIDOS EM COMODATO.</b>	ALUGUEL		
	EEG OCUP. (APARELHO LOCAÇÃO)	R\$750,00		30
	LAUDO EEG OCUP		R\$25,00	
	MAPA (APARELHO LOCAÇÃO)	R\$500,00		10
	MAPA		R\$50,00	
	HOLTER (APARELHO LOCAÇÃO)	R\$500,00		10
	HOLTER		R\$50,00	
	ESPIROMETRIA OCUPACIONAL (APARELHO LOCAÇÃO)	R\$300,00		10
	ESPIROMETRIA OCUPACIONAL		R\$10,00	
	EEG OCUP		R\$25,00	
	MAPA		R\$50,00	
	HOLTER		R\$50,00	
	ESPIROMETRIA OCUPACIONAL		R\$10,00	
	ESPIROMETRIA CLINIA (JUNTO COM ESPIROMETRIA OCUPACIONAL)		R\$20,00	
	EEG MAP (JUNTO COM EEG OCUPACIONAL)		R\$40,00	
	EEG CLIN (JUNTO COM EEG OCUPACIONAL)		R\$30,00	

OBS: A EMPRESA CONTRATADA PARA LOCAÇÃO DO APARELHO DEVERÁ OBRIGATORIAMENTE EFETUAR A CAPACITAÇÃO DOS SERVIDORES QUE IRÃO OPERACIONAR O EQUIPAMENTO.

	PROCEDIMENTO	
	<b>CONTRATAÇÃO DE EXAMES</b>	
1	CORONAVÍRUS 2019 DETECÇÃO POR PCR DESCRITIVO: pesquisa do patógeno 2019nCoV (em lavado broncoalveolar ou swab nasofaringe e orofaringe) por meio de PCR em tempo real, com homologação do LACEN	R\$ 320,00





# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

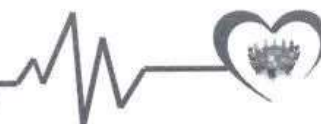
Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2021 / EDIÇÃO Nº 721

Ivaiporã, Sexta-Feira, 22 de Janeiro de 2021



2	SOROLOGIA PARA COVID-19 (IgM/ IgG) – Teste Rápido DESCRITIVO: O teste rápido em cassete 2019-nCov IgG/ IgM (sangue total/ soró/ plasma) indicará a presença de anticorpos IgG e IgM para 2019-nCov, especificidade mínima permitida 99,5%	R\$ 180,00
3	SARS-COV19 TESTE SOROLOGICO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS TOTAIS. DESCRITIVO: TESTE POR ELETROQUIMIOLUMINESCÊNCIA apresenta 100% de sensibilidade para anticorpos contra Sars-Cov-2 e especificidade maior que 99,8% o que diminui a probabilidade de falso positivo. FABRICANTE: Farmacêutica Roche	R\$90,00





# 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: 2021 / EDIÇÃO Nº 721**

**Ivaiporã, Sexta-Feira, 22 de Janeiro de 2021**

### CONTRATO DE PROGRAMA

#### CONTRATO DE PROGRAMA Nº 01/2021

#### CONTRATO DE PROGRAMA QUE ENTRE SI CELEBRAM O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE 22ª REGIONAL E O MUNICÍPIO DE NOVA TEBAS – PR.

Pelo presente instrumento, de um lado o **CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA 22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ**, pessoa jurídica de direito público com natureza jurídica autárquica, com sede na Rua Diva Proença, 500, na cidade de Ivaiporã Inscrito no CNPJ 02.586.019/0001-97, neste ato representado, na forma de seu estatuto, pelo seu presidente prefeito **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, número 940, centro em Nova Tebas/PR doravante denominado simplesmente CONSORCIO e de outro lado o serviço **MUNICÍPIO DE NOVA TEBAS**, com inscrição no CNPJ SOB nº 80.620.172/0001-05, com sede na Av. Belo Horizonte, 695, neste ato representado pelo Chefe do Executivo, o Prefeito Municipal Senhor **CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS**, inscrito no CPF/MF: 060.282.329-39 portador RG nº 9.871.566-5, com sujeição a lei Federal nº 8.666/93, a Lei Federal nº 11.107/2055 ao Código Civil Brasileiro e o contrato de Consorcio Público, celebram o presente contrato de programa, tendo entre si, o contratado como segue:

#### PRIMEIRA- DO OBJETO

I - Contratação de serviços de Plantão de técnico em Radiologia, nos termos da Resolução 16/2019, devidamente aprovada pelo Conselho de prefeitos, em assembleia, datada de 20 de setembro de 2019, no valor disposto do credenciamento, que perfaz R\$ 128,54 (cento e vinte e oito reais e cinquenta e quatro centavos) a cada 04 (quatro) horas de plantão, que serão devidamente prestados na sede do município contratante.

II – O Repasse de valor para o Consórcio se dará mediante dispensa de licitação, com contrato a ser firmado pelo município com o CIS, em seus moldes, justificando assim o pagamento pela prestação de serviços a ser realizados pelo prestador na sede do município de Nova Tebas – PR.

#### CLAUSULA SEGUNDA- DO VALOR

I – O presente contrato tem valor fixo para cada plantão de 04 (quatro) horas no valor de R\$ 128,54 (cento e vinte e oito reais e cinquenta e quatro centavos) a serem pagos ao CIS, perfazendo a quantidade de 500 plantões no montante global R\$ 64.270,00 (sessenta e quatro mil duzentos e setenta reais), que deverão ser pagos de forma impreterível até o 5º dia útil, para repasse de pagamento do profissional contratado.

II – O município deverá apresentar lista de plantões cumpridos ao consórcio sempre no primeiro dia do mês, afim de que a entidade possa emitir nota de autorização de despesa ao prestador, o qual deverá apresentar ao consórcio nota fiscal para pagamento, em sendo que o pagamento ao prestador fica vinculado ao repasse no município, e só será efetuado após este recebimento, frisa-se.

#### CLAUSULA TERCEIRA – DA FINALIDADE E OBJETIVOS GERAIS

I - Este termo de contrato tem como finalidade e objetivo:

- a) Promoção da integração para prestação de cooperação mútua nas áreas técnicas e administrativas para a execução deste contrato;
- b) Prestação de assistência no desenvolvimento de suas atividades, relacionadas a este contrato;





# 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: 2021 / EDIÇÃO Nº 721**

**Ivaiporã, Sexta-Feira, 22 de Janeiro de 2021**

c) Assistência jurídica na efetivação desta contratação que se dará mediante inexigibilidade de licitação, nos moldes da Lei 8666/1993 e Lei 11107/2005;

### **CLAUSULA QUARTA- DAS METAS PARA CUMPRIMENTO DO OBJETO:**

I - Para atingir os objetivos previstos na cláusula terceira, fica estabelecido que o Município, diante de suas necessidades e enquanto estiver em vigência o presente contrato, repassará pontualmente os recursos respectivos ao CONSORCIO, bem como se compromete em repassar os valores para manutenção estipulado por meio de Contrato de Rateio estabelecimento anualmente.

Parágrafo primeiro. Em decorrência do disposto no caput, fica estabelecimento que o modo, forma e condições de prestação dos serviços serão definidos no contrato de inexigibilidade com o prestador, bem como no contrato oriundo da dispensa de licitação, com vigência anual.

Parágrafo segundo. Fica definido que os critérios, indicadores, formulas e parâmetros definidores da qualidade dos serviços prestados ficarão a cargo do órgão máximo de direção do município contratante, ou do setor dela devidamente designado e comunicado ao contratado.

Parágrafo terceiro. No intuito de garantir a transparência da gestão administrativa, econômica e financeira dos objetos e metas previstos neste contrato serão estritamente observadas às disposições constantes no contrato do Consórcio Público, sendo que o Consorcio deverá, especialmente:

- a) Conferir e elaborar relatório mensal de faturamento, emitir a NAD ao prestador, fazendo neles constar o resumo geral das atividades e valores, para emissão da nota fiscal, e efetuar o pagamento, mediante repasse municipal;
- b) Disponibilizar ao Município as informações contábeis e demonstração financeiras, exigidas a legislação pertinentes, relativos ao desenvolvimento e ao cumprimento das metas.
- c) Publicar em rede comunicação escrita falada ou outras formas de divulgar publicações conforme rege leis.
- d) Permitir o livre acesso do representante do município as atividades e, relatório acompanhamento de atividades realizadas pelo Consorcio, para o bom cumprimento deste termo.
- e) Fornecer informações certidões solicitadas pela contratante.

### **CLAUSULA QUINTA-DA RESPONSABILIZAÇÃO**

I- O Presidente do CONSORCIO não responde, pessoalmente pelo descumprimento das obrigações deste contrato de programa.

Parágrafo único. O disposto nesta clausula não se aplica aos atos praticados em desconformidade com a lei, com o Contrato do Consórcio Público e Estatuto.

### **CLAUSULA SEXTA- DO ADITAMENTO:**

I - Este contrato de programa poderá ser alterado por decisão das partes, por meio de assinatura de termo aditivo (sendo vedada, em qualquer hipótese, a modificação de seu objeto).

### **CLAUSULA SÉTIMA- DA RESCISAO:**

I - O presente contrato de programa poderá ser rescindido por:

- a) Descumprimento de qualquer das metas para consecução do objeto;
- b) Superveniência de norma legal ou fato administrativo que o torne, formal ou materialmente, inexequível;
- c) Ato unilateral comprovada, motivação jurídica ou legal, mediante aviso prévio da parte que dele se desinteressar, com antecedência mínima de 90 dias, respeitando as metas em curso constante em Contrato de Rateio.



# 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: 2021 / EDIÇÃO Nº 721**

**Ivaiporã, Sexta-Feira, 22 de Janeiro de 2021**

### **CLAÚSULA OITAVA- DAS PENALIDADES:**

I - Em caso de descumprimento das obrigações ajustadas pelas partes no Contrato de Programa, a parte que der causa ao descumprimento ficara obrigada a pagar a outra, percentual de 10% (dez por cento) incidente sobre a parcela ou sobre o total da obrigação descumprida, sem prejuízo das demais medidas legais, em sendo o caso.

Parágrafo primeiro. O consorciado inadimplente será notificado formalmente sobre sua inadimplência, para que regularize sua situação, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito horas).

Parágrafo segundo. Uma vez notificado da inadimplência, serão suspensos os serviços do consórcio ao respectivo consorciado até a regularização da dívida, e ainda a comunicação ao prestador da paralização dos serviços.

Parágrafo terceiro. Não sendo regularizada a inadimplência no prazo de 90 (noventa dias), será executada a dívida judicialmente, em sendo todas às custas do município devedor, e ainda, o ente consorciado, poderá ser excluído do consórcio, mediante deliberação do Conselho de Administração.

### **CLAÚSULA NONA- DA VIGENCIA:**

O presente contrato terá vigência de 2 (dois) anos, contando da data de sua assinatura, nos termos da Resolução 16/2019, publicada em 26/09/2019, no Jornal Correio do Cidadão e Diário Oficial do CIS.

### **CLAÚSULA DÉCIMA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

I - Aplicam-se ao presente contrato de programa as disposições da legislação federal de licitações, Lei nº 8.666/93, e de consórcios públicos, Lei nº 11.107/05 e o Decreto Regulamentar 6017/2007, bem como a legislação municipal de ratificação do Protocolo de Intenções, pela Lei Municipal 725/2013, e a Resolução 16/2019, publicada 26/09/2019, no Jornal Correio do Cidadão e Diário Oficial do CIS

II - O presente contrato é celebrado com dispensa de licitação, com fundamento no art. 24, inciso XXVI, da Lei nº 8.666/93.

### **CLAÚSULA DÉCIMA - DO FORO:**

Fica eleito, para dirimir quaisquer controvérsias oriundas deste contrato o Foro da Comarca de Ivaiporã.

Por estarem de pleno acordo, firmam o presente contrato de programa em três vias de igual e teor e forma, perante as testemunhas abaixo qualificadas.

Ivaiporã, 20 de janeiro de 2021.

ENF. ° CLODOALDO FERNANDES DOS  
SANTOS  
PRESIDENTE  
CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA  
22ª R.S.DE IVAIPORÃ

ENF. ° CLODOALDO FERNANDES DOS  
SANTOS  
PREFEITO MUNICIPAL  
MUNICIPIO DE NOVA TEBAS - PR

TESTEMUNHAS:

Nome \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_





# 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: 2021 / EDIÇÃO Nº 721**

**Ivaiporã, Sexta-Feira, 22 de Janeiro de 2021**

### EXTRATO CONTRATO DE PROGRAMA

### CONTRATO DE PROGRAMA Nº001/2021

#### CONTRATO DE PROGRAMA QUE ENTRE SI CELEBRAM O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE 22ª REGIONAL E O MUNICÍPIO DE NOVA TEBAS- PR

**CONTRATANTE:** CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA 22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ,

**CONTRATADA:** MUNICÍPIO DE NOVA TEBAS,

**OBJETO:** CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE PLANTÃO DE TÉCNICO EM RADIOLOGIA

**VALOR TOTAL:** R\$ 64.270,00 (sessenta e quatro mil duzentos e setenta reais), em sendo 24 meses e o valor de R\$ 2.677,91 (dois mil seiscentos e setenta e sete reais e noventa e um centavos) mensalmente, até o termino da vigência contratual.

**VIGÊNCIA DO CONTRATO:** 20 de janeiro de 2023.

**DATA DA ASSINATURA:** 20 de janeiro de 2021.

Ivaiporã, 20 de janeiro de 2021.

ENF. ° CLODOALDO FERNANDES DOS  
SANTOS  
PRESIDENTE  
CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA  
22ª R.S.DE IVAIPORÃ

ENF. ° CLODOALDO FERNANDES DOS  
SANTOS  
PREFEITO MUNICIPAL  
MUNICÍPIO DE NOVA TEBAS - PR