



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 3/2017 - CIS-IVAIPORÃ
CRENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS PESSOAS JURÍDICAS PARA
PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DA ÁREA DA SAÚDE PARA 2018

1 – PREÂMBULO

1.1 – O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã – através da Comissão Permanente de Licitação, designada pela Portaria nº 01/2017, 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 2018, 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, ambulatorios e consultórios do **CIS/IVAIPORÃ**, conforme suas necessidades e de acordo com os serviços e valores oriundos da RESOLUÇÃO Nº33/2017, de 04 de dezembro de 2017, publicada no site oficial do **CIS/IVAIPORÃ**, edição nº 165, 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 |
| 11 | 11.0 | ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA |
| 12 | 12.0 | GASTROENTEROLOGIA |
| 13 | 13.0 | GERIATRIA |
| 14 | 14.0 | GINECOLOGIA |



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

| | | |
|----|------|---|
| 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 | NEUROPEDIATRIA |
| 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 ULTRASSONOGRAFIA) |
| 34 | 34.0 | REUMATOLOGIA |
| 35 | 35.0 | UROLOGIA |

| CÓDIGO | ESPECIALIDADE – AREA DE FISIOTERAPIA |
|---------------|---|
| 1 | FISIOTERAPIA |

| CÓDIGO | ESPECIALIDADE – AREA ODONTOLOGIA |
|---------------|---|
| 1 | ODONTOLOGIA - PROTESE |

| CÓDIGO | ESPECIALIDADE |
|---------------|----------------------|
| 1 | PLANTÃO MÉDICO |



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

| 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 2018 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 integrarem o quadro de pessoal efetivo do CIS/IVAIPORÃ - **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ.**

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 2018 **a partir do dia 07/12/2017**, respeitando o período de recesso do **CIS/ IVAIPORÃ**, com previsão de processo de inexigibilidade para janeiro de 2018.



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

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:

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

Parágrafo único: Das pessoas Jurídicas já credenciadas no exercício de 2017, que entregaram a documentação completa. Deverão apresentar os seguintes documentos:

- a) Anexos I II III e IV em papel timbrado da empresa, conforme modelo disponível em anexo.
- b) Alvará de licença para funcionamento;
- c) Licença Sanitária atualizada emitida por órgão competente;
- d) Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Estadual;
- e) 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



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

358/14), unificaram as certidões de regularidade fiscal de tributos federais e de contribuições previdenciárias;

f) Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Municipal da cidade sede da empresa;

g) Prova de regularidade fiscal relativo ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (**FGTS**);

h) 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.

i) Se houver alguma mudança, e desejarem incluir novos profissionais deverão apresentar todos os documentos exigidos no 6.1.1 dos novos credenciamentos.

6.1.1 – DOS NOVOS CREDENCIAMENTOS:

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

a) Anexos 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);



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

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);

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.**



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

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 documentação 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.

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 03/2017 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



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã **CNPJ 02.586.019/0001-97**

ocorre a suspensão temporária de participar em licitação e impedimento de contratar com a administração por até (dois) 2 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 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 2018 conforme deliberação do CRESEMS com aplicabilidade da Resolução 33/2017 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 2018.

9.3 – Os Pagamentos pela execução dos serviços correrão por fontes dos recursos ao qual estará contido no orçamento para exercício de 2018.



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

9.4 – O Prazo de execução será entre 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2018.

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

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.



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã **CNPJ 02.586.019/0001-97**

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.

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:

01.001.10.122.0001.2.001 - MANUTENÇÃO DO SETOR ADMINISTRATIVO
3.3.90.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO PESSOA JURIDICA
- **FONTE: 01001**

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**

02.003.10.301.0001.2.010 - MANUTENÇÃO DO PROGRAMA DE EXAMES
ESAPECIAIZADOS
3.3.90.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO PESSOA JURIDICA
- **FONTE: 01.000**

02.001.10.301.0001.1.017 – ENCARGOS 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



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

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, 05 de dezembro de 2017.

DANIEL DA SILVA
Presidente da Comissão de Licitação.



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

ANEXO 15 -

TABELA DE VALORES

| Código CIS | Descrição dos Serviços | VALORES DENTRO DO CIS | VALORES NAS 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 |
| 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 |
| 14.2 | PROCEDIMENTOS REALIZADOS | | |
| | | | |
| 15.0 | HEMATOLOGIA | | |
| 15.1 | CONSULTAS | R\$ 50,00 | R\$ 50,00 |



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

| | | | |
|---------|---|-----------|------------|
| 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 |
| 1.81.19 | 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, TIREOÍDE 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 | | |
| 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 |



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

| | | | |
|-------------|--|-----------|------------|
| 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 Córnea (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 | | |
| 24.1 | CONSULTAS | R\$ 50,00 | R\$ 50,00 |
| 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 |



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

| | | | |
|---------------|--|-----|---------------------|
| 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 |
| 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 |



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

| | | | |
|--------------|---|--|---------------------|
| 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 |
| 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 |



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

| | | | |
|---------|---|--|-----------|
| 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 |
| 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 HEMOSSSEDIMENTACAO (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 |



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

| | | | |
|----------|--|--|------------|
| 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 | 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 | IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS | | R\$ 6,31 |



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

| | | | |
|----------|---|--|-----------|
| 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 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 |



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

| | | | |
|----------|--|--|------------|
| 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 |
| 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 IMUNOFLUORESCENCIA | | R\$ 33,34 |
| 27.1.227 | PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECÍFICA | | R\$ 23,34 |
| 27.1.228 | PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA) | | 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 |



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

| | | | |
|----------|--|--|-----------|
| 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 |
| 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 |



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

| | | | |
|----------|---|--|-----------|
| 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 |
| 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 |



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

| | | | |
|----------|---|--|-----------|
| 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 |
| 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 |



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

| | | | |
|----------|---|--|-----------|
| 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 |
| 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 |
| 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 HORMONAIIS | | R\$ 47,53 |



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

| | | | |
|-------------|--|-----------|------------|
| 27.1.458 | EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - PEÇA CIRURGICA | | R\$ 26,40 |
| 27.1.459 | EXAME ANATOMO-PATOLOGICO P/ CONGELAMENTO / PARAFINA (EXCETO COLO UTERINO) - PEÇA 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 - PEÇA 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 + 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 CORCAO VASOS DA BASE (PA + LATERAL + | | R\$ 40,00 |



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

| | | | |
|-------------|---|------------|-----------------|
| | OBLIQUA) | | |
| 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 |
| 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 | ULTRASSONOGRAMA - GRUPO I | | |
| 33.1 | EXAMES ULTRASSONOGRAFICOS | CIS | CLÍNICAS |
| 33.1.1 | ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO COLORIDO E | R\$ 130,00 | R\$ 130,00 |



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

| | | | |
|--------------|---|------------|------------|
| | PULSADO | | |
| 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 RENAIIS | 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 (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 ULTRASSONOGRAFICOS | | |
| 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 ESTRUTRAS 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 ULTRASSONOGRAFICOS 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 |
| 35.3.6 | 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 |



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

| | | | |
|--------------|---|------------|------------|
| 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 | 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 | |

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”.



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

OUTROS SERVIÇOS DISPONIBILIZADOS PELO CIS-IVAIPORÃ

| Código CIS | Descrição dos Serviços | VALORES DENTRO DO CIS | VALORES / CLÍNICAS |
|-------------------|---|------------------------------|---------------------------|
| 91055 | FISIOTERAPIA | | |
| | ATENDIMENTOS EM FISIOTERAPIA POR SESSÃO | | R\$ 7,00 |
| 07.01.00 | SERVIÇOS EM ORTESE E PROTESE | | |
| 07.01.01 | ARMAÇÕES ADULTO DE METAL E ACETATO | | R\$ 35,00 |
| 07.01.01 | ARMAÇÕES INFANTIL DE METAL E ACETATO | | R\$ 35,00 |
| 07.01.01 | LENTE BIFOCAIS ULTEX | | R\$ 49,00 |
| 07.01.01 | LENTE MULTIFOCAIS PROGRESSIVAS | | R\$ 63,00 |
| 07.01.01 | LENTE VISÃO SIMPLES ACRÍLICA | | R\$ 39,00 |
| 07.01.01 | LENTE PARA GRAU ÍNDICE | | R\$ 85,00 |
| 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 | CISTOSCOPIA (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 | BIÓPSIA 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 |



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

| 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 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 |
| 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 | BIOPSIA 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 |



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

| | | | | |
|----------------|--|------------|------------|------------|
| 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 |
| 07.01.07.013-7 | PRÓTESE TOTAL MAXILAR | R\$ 150,00 | R\$ 150,00 | R\$ 150,00 |

15.1 – Integram o presente instrumento, os seguintes anexos:

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

Ivaiporã/PR, em 05 de dezembro de 2017.

Daniel da Silva
Presidente da Comissão de Licitação



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

TIMBRE DA EMPRESA

ANEXO II – MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO – 2018

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. 03/2017, 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 | | |
|---|----------------------------------|----------------------|--------|--------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| QTDE/ DIA | DIAS DE ATENDIMENTOS | LOCAL DE ATENDIMENTO | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| NOME DO (S) PROFISSIONAL(S) QUE EXECUTARÁ OS SERVIÇOS | CPF | RG: | CRM N° | TELEFONE DO MÉDICO |
| | | | | |
| | | | | |

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

Local / data/ ano

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

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL
DA EMPRESA REQUERENTE



**CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97**

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**



**CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97**

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



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã **CNPJ 02.586.019/0001-97**

ANEXO V

MINUTA DE CONTRATO DO CONTRATO ADMINISTRATIVO Nº ___/2018 **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

« Dotação_Completa »



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã **CNPJ 02.586.019/0001-97**

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:

- a) Supervisionar e fiscalizar os serviços/materiais ora contratados;
- b) 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:

- a) Manter as mesmas condições que a habilitaram no processo licitatório;
- b) Entregar os materiais, e/ou prestar os serviços objeto desta Licitação, de acordo com as especificações do Anexo;
- c) Assinar o “Contrato” relativo ao objeto adjudicado, no prazo de até 05 (cinco) dias úteis, a contar da notificação;
- d) 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;
- e) 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:

- a) O não cumprimento ou o cumprimento irregular de cláusulas contratuais;
- b) A paralisação do serviço ou não entrega dos produtos sem justa causa e prévia comunicação ao CONTRATANTE;
- c) 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.
- d) Declaração de insolvência civil;
- e) 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.

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



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

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:



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2017

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã através da Comissão Permanente de Licitação, designada pela Portaria nº02/2017, **TORNA PÚBLICO QUE SE ENCONTRA ABERTO NESTA UNIDADE O EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2017, PARA O CRENCIAMENTO 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 07 de dezembro de 2017, 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, 05 de dezembro de 2017

Daniel da Silva
Presidente da CPL.