



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 consórcio 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
ESPECIALIZADOS

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 FARINJE)		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	ELETRONECEFALOGRAMA DE ROTINA		R\$ 39,60
20.2.5	ELETRONECEFALOGRAMA 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 CROMATOGRFIA 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	ELETOFORESE DE HEMOGLOBINA		R\$ 19,50
27.1.112	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)		R\$ 5,50
27.1.113	HEMATOCRITO		R\$ 5,50
27.1.114	HEMOGRAMA COMPLETO		R\$ 6,94
27.1.115	LEUCOGRAMA		R\$ 4,40
27.1.116	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA		R\$ 10,17
27.1.117	PESQUISA DE CELULAS LE		R\$ 3,11
27.1.118	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ		R\$ 10,17
27.1.119	PESQUISA DE FILARIA		R\$ 16,56
27.1.120	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S		R\$ 18,06
27.1.121	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA		R\$ 14,90
27.1.122	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA		R\$ 18,87
27.1.123	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO		R\$ 3,87
27.1.124	PROVA DO LACO		R\$ 3,11
27.1.125	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS		R\$ 18,87
27.1.126	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS		R\$ 10,17
27.1.127	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)		R\$ 18,87
27.1.128	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)		R\$ 10,17
27.1.129	CONTAGEM DE LINFOCITOS B		R\$ 3,11
27.1.130	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8(cada)		R\$ 36,30
27.1.131	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS		R\$ 18,87
27.1.132	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)		R\$ 80,00
27.1.133	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)		R\$ 11,00
27.1.134	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)		R\$ 11,00
27.1.135	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE		R\$ 9,53
27.1.136	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA		R\$ 18,87
27.1.137	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA		R\$ 11,00
27.1.138	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)		R\$ 19,70
27.1.139	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA		R\$ 20,40
27.1.139	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3		R\$ 18,87
27.1.140	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4		R\$ 6,31
27.1.141	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA		R\$ 18,87
27.1.142	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)		R\$ 20,40
27.1.143	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)		R\$ 20,40
27.1.144	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)		R\$ 10,17
27.1.145	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE		R\$ 11,00
27.1.146	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA		R\$ 10,17
27.1.147	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C		R\$ 358,17
27.1.148	IMUNOELETOFORESE DE PROTEINAS		R\$ 6,31



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 ANTICORTEX 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	MILOGRAFIA		R\$ 40,00
33.1.18	PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL		R\$ 40,00
33.1.19	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + OBLIQUAS)		R\$ 30,00
33.1.20	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)		R\$ 30,00
33.1.21	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA		R\$ 40,00
33.1.22	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA		R\$ 40,00
33.1.23	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS e SEL)		R\$ 40,00
33.1.24	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA		R\$ 40,00
33.1.25	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)		R\$ 40,00
33.1.26	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA		R\$ 40,00
33.1.27	SIALOGRAFIA (POR GLANDULA)		R\$ 40,00
33.1.28	RADIOGRAFIA DE CORACAO VASOS DA BASE (PA + LATERAL +		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 CALCANEO		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 (HIPOCONDRIIO)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.22	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (DOPPLER RENAL, VASCULAR VENOSO, CARÓTIDAS E VERTEBRAS, COLORIDO 3 OU MAIS)	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.1.23	ULTRA-SONOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES (ANTEBRAÇO, COXA, BRAÇO, JOELHO, TORNOZELO, OMBRO, PUNHO, PANTURRILHA)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.2.	ULTRASSONOGRRAFIA - GRUPO 2		
33.2.	EXAMES 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 INTERMÉDIARIO		
36.1.1	CONSULTA ESPECIALIZADA DE RISCO INTERMEDIARIO E ALTO RISCO EM OBSTETRÍCIA – COMSUS	R\$ 60,00	
36.1.2	ATENDIMENTO DE PSICÓLOGO INDIVIDUAL DE RISCO INTERMEDIARIO 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 SUBGENGIVAS (POR SEXTANTE)	R\$ 18,49	R\$ 27,74	R\$ 36,98
03.07.03.001-6	RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAS (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 TEMPOROMANDIBULAR	R\$ 37,96	R\$ 56,94	R\$ 75,92
	PROCEDIMENTOS DE PRÓTESE DENTÁRIA			
03.07.04.007-0	MOLDAGEM DENTO-GENGIVAL PARA CONSTRUÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA	R\$ 46,00	R\$ 69,00	R\$ 92,00
03.07.04.008-9	REEMBASAMENTO E CONSERTO DE PRÓTESE DENTÁRIA	R\$ 10,25	R\$ 15,38	R\$ 20,49
07.01.07.009-9	PRÓTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVIVEL	R\$ 150,00	R\$ 150,00	R\$ 150,00
07.01.07.010-2	PRÓTESE PARCIAL MAXILAR REMOVIVEL	R\$ 150,00	R\$ 150,00	R\$ 150,00
07.01.07.013-7	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:
CELULAR

FONE COMERCIAL

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.