

**EDITAL RETIFICADO DE CHAMADA PÚBLICA Nº 0003/2023-PMON-SMS**

**EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA CONTRATAÇÃO DE EMPRESAS PRIVADAS PRESTADORAS DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, INTERESSADOS EM PRESTAR SERVIÇOS AMBULATORIAIS E LABORATORIAIS DE FORMA COMPLEMENTAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS, PROCEDIMENTOS QUE FAZEM PARTE DO SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E OPM DO SUS (SIGTAP), TABELA SIA/SUS, CONSTANTES DA TABELA DIFERENCIADA MUNICIPAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE OURILÂNDIA DO NORTE-PARÁ.**

O Município de **OURILÂNDIA DO NORTE** por meio do **FUNDO/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, por intermédio do Prefeito Municipal senhor **JÚLIO CÉSAR DAIREL**, representado pela Secretária Municipal de Saúde senhora **Geiza da Silva Dantas**, localizada à Avenida Goiás, nº 1.825, Centro, Ourilândia do Norte, Estado do Pará, torna público a **Chamada Pública nº 0003/2023-PMON/SMS**, visando o **CREDENCIAMENTO** de pessoas jurídicas interessadas em firmar contrato com o Município de Ourilândia do Norte para prestação de serviço de Assistência à Saúde de Forma Complementar aos serviços prestados pela Rede Pública Municipal de Saúde de Ourilândia do Norte-PA ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme **PROCEDIMENTOS QUE FAZEM PARTE DO SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E OPM DO SUS (SIGTAP), TABELA SIA/SUS, editadas pelo Ministério da Saúde, CONSTANTES DA TABELA DIFERENCIADA MUNICIPAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE OURILÂNDIA DO NORTE-PARÁ.**

**PERIODO DE CREDENCIAMENTO: 18 DE JANEIRO A 22 DE FEVEREIRO DE 2023**

**HORÁRIO: 08 h às 12 h e das 14 h às 17 h**

## **1. DO OBJETO**

1.1 O objeto do presente edital destina-se ao **CREDENCIAMENTO** e posterior contratação de prestação de serviço de Assistência à Saúde de Forma Complementar aos serviços prestados pela Rede Pública Municipal de Saúde de Ourilândia do Norte-Pa ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme **PROCEDIMENTOS QUE FAZEM PARTE DO SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E OPM DO SUS (SIGTAP), TABELA SIA/SUS, editadas pelo Ministério da Saúde, CONSTANTES DA TABELA DIFERENCIADA MUNICIPAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE OURILÂNDIA DO NORTE-PARÁ**, publicadas do Diário da União e definidas neste edital.

### **1.2 Dos Serviços de Saúde**

1.2.1 De acordo com o art. 199 da Constituição Federal e os art. 24 e 25 da Lei 8.080/90 terão prioridade na prestação dos serviços as entidades públicas de saúde seguidas pelas entidades filantrópicas e, complementares, as entidades privadas com fins lucrativos.

1.2.2 Os serviços de saúde serão distribuídos por nível de complexidade, de forma descentralizada, contemplando as unidades que compõe a rede municipal do SUS.

1.2.3 A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO Ambulatorial/Laboratorial de saúde no município deverá atender às especificações e condições especiais abaixo discriminadas:

1.2.4 Procedimentos que fazem parte do sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), **TABELA SIA/SUS**, editadas pelo Ministério da Saúde, constantes da **TABELA DIFERENCIADA MUNICIPAL** da Secretaria Municipal de Saúde de Ourilândia do Norte-Pa, presente no **Anexo I**.

## **2. DA REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS**

2.1 A Secretaria Municipal de Saúde de Ourilândia do Norte pagará, mensalmente, ao prestador de serviço de saúde, pelos serviços efetivamente prestados, os valores unitários de cada procedimento, conforme **Tabela SIA/SUS/Tabela Diferenciada/SMS**, em vigor.

2.2 As despesas decorrentes das contratações previstas neste edital serão cobertas pela **Dotação Orçamentária do Fundo Municipal de Saúde**.

## **3. DA CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

3.1 As despesas decorrentes das futuras contratações serão cobertas com recursos do Programas de Saúde, podendo ser utilizado também recursos próprios das receitas municipais, alocados na seguinte Classificação Orçamentária:

10 302 0003 2071 – Manut. Bloco de Custeio MAC-Ambul. e Hospitalar  
3.3.90.39.00 – Outros serv. de Terc. Pessoa Jurídica

3.2 Os recursos orçamentários e financeiros necessários à cobertura das despesas relativas à execução das atividades consignadas no Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS, constantes da Lei Orçamentária Anual de 2023.

3.3 Os Valores estipulados na Tabela SIA/SUS/Tabela Diferenciada/SMS, serão revistos na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes concedidos pelo Ministério da Saúde, o componente dos recursos próprios do município será objeto de discussão de acordo com a disponibilidade orçamentária/financeira do Fundo Municipal de Saúde, garantindo sempre o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, nos termos do art. 26 da Lei n.º 8.080/90 e nos termos da Lei 8.666/93 de Licitações e Contratos Administrativos.

3.4 A revisão da Tabela Diferenciada Municipal **independerá de Termo Aditivo**, sendo necessário anotar no processo a origem e autorização da revisão dos valores, com a data da publicação do D.O.U.

## **4 DO PRAZO**

### **4.4 Para Execução dos Serviços**

4.4.1 A prestação de serviço de saúde aos usuários do SUS no município de Ourilândia do Norte será de forma continuada, nos termos do artigo 57, inciso II da Lei 8.666/93 e o contrato poderá durar até 24 (vinte e quatro) meses, contudo o prazo poderá ser menor conforme estabelecido no contrato, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos, havendo interesse da administração pública.

4.4.2 Na extinção da Lei da legislação mencionada no subitem 4.1.1 poderá mediante análise técnica/jurídica ser aplicada o previsto na legislação atualizada, para os casos de prorrogação por períodos sucessivos;

#### 4.5 Para assinatura do Contrato

4.5.1 O prazo para assinatura do contrato será de **05 (cinco)** dias a partir da convocação por parte da administração.

### 5 DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

#### 5.4 Poderão Participar do Presente processo de Credenciamento.

5.4.1 As pessoas jurídicas filantrópicas e, de forma complementar, as entidades privadas lucrativas, legalmente constituídas, com capacidade técnica, idoneidade econômica financeira, regularidade jurídico-fiscal, que aceitem as exigências estabelecidas pelas **normas do SUS** e do direito administrativo, que satisfaçam as condições fixadas neste edital e anexos.

#### 5.5 São impedidas de participar do Presente Processo

5.5.1 Pessoas jurídicas cujos sócios e/ou dirigentes também ocupem cargo de direção e/ou de assessoramento junto ao SUS (Federal, Estadual e Municipal), de acordo com o § 4º do art. 26 da Lei Federal 8.080/90 e junto à Prefeitura Municipal de Ourilândia do Norte, bem como, responsável pela Concorrência Pública direta ou indiretamente, seja Federal, Estadual ou Municipal.

5.5.2 Serão consideradas inabilitadas do presente processo, as empresas que deixarem de apresentar qualquer dos documentos obrigatórios exigidos no presente edital.

#### 5.6 Da Necessidade de Participação por parte das Entidades já Contratadas:

5.6.1 Para continuidade da prestação dos serviços, objeto deste edital, todas as empresas atualmente contratadas deverão participar do presente processo de credenciamento, ficando sua nova contratação condicionada ao resultado do presente processo.

### 6 DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO E PROPOSTA

6.1 Os interessados deverão entregar no local, durante o período indicado neste edital, a documentação de habilitação e a documentação de qualificação técnica e de oferta dos serviços, encadernadas em duas partes, com folhas numeradas, precedida de recibo de entrega **ANEXO II**.

6.2 Cada caderno separado deverá ser identificado da seguinte forma:

#### **CADERNO 1 – DOCUMENTAÇÃO PARA HABILITAÇÃO**

Prefeitura Municipal de Ourilândia do Norte / Secretaria Municipal de Saúde

Chamada Pública nº **003/2023-PMON/SMS**

OBJETO: Prestação de Serviço de Assistência no Âmbito da Saúde/SUS

RAZÃO SOCIAL/DENOMINAÇÃO SOCIAL DA EMPRESA

ENDEREÇO DA EMPRESA

TELEFONE/FAX/E-MAIL

**CADERNO 2 – DOCUMENTAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO TÉCNICA E OFERTA DOS SERVIÇOS**

Prefeitura Municipal de Ourilândia do Norte / Secretaria Municipal de Saúde

Chamada Pública nº **003/2023-PMON/SMS**

OBJETO: Prestação de Serviço de Assistência no Âmbito da Saúde-SUS

RAZÃO SOCIAL/DENOMINAÇÃO SOCIAL DA EMPRESA

ENDEREÇO DA EMPRESA

TELEFONE/FAX/E-MAIL

## **7 DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO**

### **7.1 Relativos à Habilitação Jurídica**

7.1.1 A empresa deverá apresentar para habilitação no **CADERNO 1**, os seguintes documentos:

I. Inscrição da empresa (hospital/clínica) no CRM, (Laboratório) no CRF;

II. Comprovante de inscrição e de situação cadastral no CNPJ;

III. Certidão de quitação com as Fazendas Federal, Estadual e Municipal;

IV. ALVARÁ DE LICENÇA PARA FUNCIONAMENTO;

V. ALVARA DE LICENÇA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA;

VI. Certidão de regularidade do FGTS expedida pela caixa Econômica Federal;

VII. Certificado de Regularidade com a Seguridade Social (CND-INSS), através de Certidão Negativa de Débitos Relativos às Contribuições Previdenciárias e as de Terceiros;

VIII. Registro Comercial ou ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado e alterações;

XIX. Decreto de autorização devidamente autenticado, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País;

X. Em caso de a empresa ser representada por procurador, o competente instrumento de procuração pública;

XI. Certidão Negativa de Pedido de Falência ou concordata ou Execução Patrimonial expedida pelo Distribuidor da sede da pessoa jurídica.

### **7.2 Relativos à Capacidade Técnica**

7.2.1 A empresa deverá apresentar para qualificação técnica, no **CADERNO 2**, os seguintes documentos:

- I. Relatório Sumário das Instalações (estrutura física);
- II. Relação dos equipamentos e dos materiais disponíveis e necessários ao desempenho das atividades propostas;
- III. Relação dos leitos existentes por especialidade e o quantitativo disponível ao credenciamento (quando couber);
- IV. Relação do serviço de complementação de diagnose e terapia no Hospital/Clínica/Laboratório (quando couber);
- V. Relação do corpo clínico com respectivas jornadas de trabalho (quando couber);
- VI. Relação dos profissionais pertencentes ao quadro da entidade e respectivas cópias das carteiras do órgão de classe, bem como dos recibos de pagamento do ano corrente;
- VII. Declaração ou atestado de responsabilidade técnica pelos serviços (corpo clínico, Enfermagem, Laboratórios, Raio X, etc);
- VIII. Comprovante de especialidade médica que poderá ser efetuada através de um dos itens citados abaixo:
  1. Título de especialidade ou;
  2. Registro da especialidade no Conselho Regional de Medicina ou;
  3. Comprovação do exercício da especialidade por mais de dois anos.
- IX. Comprovante de autorização no Conselho Regional de Enfermagem para os atendentes ou assemelhados e de inscrição no órgão para o pessoal auxiliar ou técnicos em enfermagem (quando couber);
- X. Declaração de empregados com as respectivas cargas horárias;
- XI. Inscrição de Empresa (Hospital/Clínica) no CRM, (Laboratório) no CRF;
- XII. Declaração de sócios e diretores de que não ocupam cargo ou função de chefia, assessoramento ou função de confiança no Sistema Único de Saúde, nos termos do parágrafo 4º do Art. 26, da Lei 8.080/90.

*7.3 Todos os documentos exigidos deverão ter sido expedidos por autorização ou órgão competente do local da sede ou do estabelecimento principal, caso seja diferente da sede, podendo ser apresentados no original, em cópia autenticada, em publicação na imprensa oficial ou em cópias simples, desde que acompanhadas pelo original, as quais serão conferidos e autenticados, no ato, pela Comissão Especial. As declarações, procurações e compromissos a serem firmados pela empresa deverão ser apresentados no original, com firma reconhecida do signatário.*

## **8 DA AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO**

8.1 A documentação de habilitação será avaliada à medida que for entregue pelas empresas por comissão previamente designada, composta de 03 (três) membros, que funcionará no prédio da Prefeitura Municipal de Ourilândia do Norte, situada à Avenida das Nações, nº 415 - Centro, CEP: 68.390-000, Ourilândia do Norte - Pará, os quais, serão assistidos por assessoria especializada;

8.1.1 – A comissão a que se refere o item anterior poderá ser a Comissão Permanente de Licitação e se necessário auxiliada pela equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde.

8.2 Somente poderá ser procedida a avaliação da documentação de qualificação técnica e oferta de serviços se a documentação de habilitação jurídica estiver dentro dos critérios estabelecidos neste edital;

8.3 A comissão, previamente designada, analisará a documentação apresentada pelas empresas no período de **18 de janeiro a 22 de fevereiro de 2023, das 08 h às 12 h horas e das 14 h às 17 h, na sede da Prefeitura Municipal de Ourilândia do Norte, situada à Avenida das Nações, nº 415 - Centro, CEP: 68.390-000, Ourilândia do Norte - Pará, de acordo com as disposições contidas no Edital, devendo publicar na forma da lei a relação das empresas habilitadas;**

8.4 A comissão examinadora avaliará os documentos e planilhas apresentadas pelos interessados para analisar se estão de acordo com este edital. **Anexo III.**

## **9 VISTORIA**

9.1 Será designada Comissão Técnica da Secretaria Municipal de Saúde para efetuará vistoria nas empresas que pleitearem habilitação no processo no mesmo prazo previsto no item 8.3 desde edital, podendo ser prorrogado o prazo de vistoria de acordo com a necessidade da comissão;

9.2 A Comissão Especial poderá delegar autoridade à equipe técnica indicada pela Secretaria Municipal de Saúde de Ourilândia do Norte, para realizarem as vistorias necessárias para avaliação das instalações físicas e serviços ofertados pelos proponentes;

9.3 Será realizada avaliação das instalações e dos serviços constantes no **anexo IV** deste edital;

9.4 Serão consideradas habilitadas nesta fase as empresas que atenderem no mínimo **80% (oitenta pôr cento)** das exigências constantes no **anexo IV;**

9.5 O Município de Ourilândia do Norte não se obriga a contratar todos os procedimentos ofertados pelos proponentes, reservando-se o direito de contratar os procedimentos necessários, na quantidade adequada à demanda estimada e de acordo com parâmetros empregados pelo Ministério da Saúde e disponibilidade financeira da Secretaria Municipal de Saúde, não podendo no caso do setor privado complementar ultrapassar a 80 % do total dos serviços ofertados na Tabela SIA/SUS/Tabela Diferenciada Municipal/SMS;

9.6 O resultado final do presente processo contendo as empresas classificadas será divulgado no Quadro de Avisos da Prefeitura e comunicado através de cartas direcionadas aos interessados ou por via de publicação no Diário Oficial da União.

## **10 DOS RECURSOS**

10.1 Qualquer proponente poderá recorrer do resultado, nos termos do art.109 da Lei nº 8.666/93.

## **11 DAS CONSULTAS**

**a)** Durante a fase de preparação das propostas, os interessados, que hajam adquirido o edital, poderão fazer consultas à Comissão Especial de Licitação da Prefeitura Municipal de Ourilândia do Norte-Pa;

**b)** Os esclarecimentos prestados, serão encaminhados pela Comissão, via e-mail ou por carta a todos os interessados que tenham adquirido o edital, sem identificar, porém, o autor da consulta;

**c)** As consultas de esclarecimentos poderão ser formuladas até 05 (cinco) dias corridos antes da data final consignada para a entrega da documentação, e, se consideradas pertinentes, a exclusivo critério da

Comissão Especial serão respondidas até 05 (cinco) dias corridos antes da data da entrega da documentação.

## **12 DAS PENALIDADES**

**a)** As penalidades administrativas serão aplicadas ao proponente vencedor, por inadimplência, má-fé, dolo, etc., estão previstas nos arts. 81 a 88 da Lei nº 8.666/93.

**b)** As entidades contratadas, seja por qualquer forma de ajuste estará sujeita, garantida a prévia defesa, às sanções previstas nos artigos 86, 87 e 88 da Lei Federal nº 8.666/93, e modificações feitas na Lei nº 8.883/94, combinado com o disposto no parágrafo segundo do artigo 7º, da Portaria nº 1.286/93 do Ministério da Saúde, artigos 27 à 38.

## **13 DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

**a)** Fica assegurado à Comissão Especial o direito de proceder a exames e outras diligências, a qualquer tempo, na extensão necessária a fim de esclarecer possíveis dúvidas a respeito de quaisquer dos elementos apresentados no transcurso do processo;

**b)** A Secretária Municipal de Ourilândia do Norte poderá, a qualquer tempo, e motivadamente, adiar, revogar, total ou parcialmente, ou mesmo anular processo, sem que disso decorra qualquer direito de indenização ou ressarcimento para os proponentes, seja de que natureza for;

**c)** A Secretaria Municipal de Saúde de Ourilândia do Norte poderá, ainda, a qualquer tempo, antes de firmar o contrato, desclassificar a proposta ou desqualificar o proponente sem que a esta caiba o direito de indenização ou reembolso, na hipótese de ver a comprovar a existência de fato ou circunstancia que desabone sua idoneidade financeira, comprometa sua capacidade técnica ou administração, ou, ainda, que reduza sua capacidade de prestação de serviço;

**d)** Os proponentes responderão pela veracidade dos dados e declarações por eles fornecidos, sob as penas da Lei;

**e)** A participação no presente processo implica o conhecimento e submissão a todas as cláusulas e condições deste Edital, bem como de seus anexos.

São peças integrantes do presente Edital os Anexos dos números I, II, III, IV(A) e IV(B).

Ourilândia do Norte (PA), em 03 de fevereiro de 2023.

---

**JÚLIO CÉSAR DAIREL**  
Prefeito Municipal

---

**GEIZA DA SILVA DANTAS**  
Secretária Municipal de Saúde  
Decreto nº 192/2022-PMON/GAB

**ANEXO I**

<b>TABELA DIFERENCIADA MUNICIPAL 2023</b>						
<b>BLOCO 1 - COLPOSCOPIA</b>						
NUM. DE ORDEM	CODIGO	PRODUTOS	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	021104002-9	COLPOSCOPIA	UNID	100	R\$ 28,00	R\$ 2.800,00
						<b>R\$ 2.800,00</b>
<b>BLOCO 2 - ENDOSCOPIAS</b>						
NUM. ORDEM	CODIGO	PRODUTOS	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	20904002-5	Laringoscopia Direta para Retirada de Corpo Estranho	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
2	20901003-7	Gastro – Duodenoscopia Incluindo Biopsia - EDA	UNID	5	R\$ 42,00	R\$ 210,00
3	40701025-4	Endoscopia	UNID	250	R\$ 200,00	R\$ 50.000,00
						<b>R\$ 50.807,25</b>
<b>BLOCO 3 - RADIOLOGIA</b>						
NUM. ORDEM	CODIGO	PRODUTOS	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	***	RADIOGRAFIA (RAIO-X) obs:Todas as radiografias passaram a custar R\$ 35,00 (trinta e cinco reais) cada.	UNID	1200	R\$ 35,00	R\$ 42.000,00
2	020405001-4	Clister Opaco com Duplo Contraste	UNID	2	R\$ 73,50	R\$ 147,00
3	020405014-6	Esôfago Hiato Estômago e Duodemo	UNID	2	R\$ 68,60	R\$ 137,20
4	020405018-9	Urografia Venosa com Bexiga Pré e Pós Micção (Simples ou com Macro- dose - Dripping)	UNID	2	R\$ 75,45	R\$ 150,90
5	020405017-6	Panorâmica de Membros Inferiores	UNID	2	R\$ 35,70	R\$ 71,40
						<b>R\$ 42.506,50</b>
<b>BLOCO 4 - CONSULTAS/AVALIAÇÕES MÉDICAS E PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS</b>						
NUM. ORDEM	CODIGO	PRODUTOS	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	030101006-4	Acompanhamento Avaliativo/ Avaliação Portadores Diabetes Mellitus Realizada por Médico	UNID	8	R\$ 40,00	R\$ 320,00
2	030111001-8	Acompanhamento Paciente Médico e Grande Queimado – Atendimento Básico	UNID	6	R\$ 140,00	R\$ 840,00
3	030111002-6	Acompanhamento Paciente Atendimento Intermediário	UNID	5	R\$ 70,00	R\$ 350,00
4	030111002-6	Acompanhamento Pequeno Queimado – Atendimento Básica	UNID	3	R\$ 42,00	R\$ 126,00
5	020101001-1	Amniocentese	UNID	4	R\$ 63,00	R\$ 252,00
6	021104001-0	Ammioscopia	UNID	3	R\$ 10,50	R\$ 31,50
7	040806004-2	Amputação de Dedo – por Dedo (Quirodáctilos)	UNID	30	R\$ 119,45	R\$ 3.583,50
8	020101031-4	Anestesia Regional	UNID	600	R\$ 70,00	R\$ 42.000,00

9	***	Aplicação de Soro Antiofídico, Sat e Similares.	UNID	4	R\$ 60,00	R\$ 240,00
10	030309001-4	Artrocentese da Articulação Coxo - Femural	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
11	030309001-4	Artrocentese do Cotovelo	UNID	2	R\$ 42,00	R\$ 84,00
12	030309001-4	Artrocentese do Joelho	UNID	3	R\$ 140,00	R\$ 420,00
13	030309001-4	Artrocentese do Punho	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
14	030309001-4	Artrocentese Escapulo Umeral	UNID	2	R\$ 42,00	R\$ 84,00
15	030106002-9	Atendimento Médico com Observação até 24 horas	UNID	1.000	R\$ 90,00	R\$ 90.000,00
16	030106006-1	Atendimento Médico Especializado em Urgência e Emergência	UNID	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
17	020101002-1	Autonomização de Retalho	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
18	030101007-2	Avaliação Médica	UNID	5.000	R\$ 40,00	R\$ 200.000,00
19	040907015-7	Bartolinectomia	UNID	20	R\$ 119,45	R\$ 2.389,00
20	020101004-6	Biopsia Anu – Retal	UNID	3	R\$ 63,00	R\$ 189,00
21	020101031-3	Biopsia Cirúrgica de Articulações Sacro-Iliaca	UNID	2	R\$ 146,71	R\$ 293,42
22	020101033-0	Biopsia Cirúrgica de Cotovelo	UNID	2	R\$ 150,61	R\$ 301,22
23	020101056-9	Biopsia Cirúrgica de Mama	UNID	15	R\$ 56,00	R\$ 840,00
24	020101032-1	Biopsia Cirúrgica de Ossos da Perna	UNID	2	R\$ 151,02	R\$ 302,04
25	020101032-1	Biopsia Cirúrgica de Ossos do Pé	UNID	2	R\$ 151,02	R\$ 302,04
26	020101033-0	Biopsia Cirúrgica de Punho	UNID	2	R\$ 150,61	R\$ 301,22
27	020101033-0	Biopsia Cirúrgica de Úmero	UNID	2	R\$ 150,61	R\$ 301,22
28	020101032-1	Biopsia Cirúrgica do fêmur	UNID	2	R\$ 151,02	R\$ 302,04
29	020101033-0	Biopsia Cirúrgica em Ossos da Mão	UNID	2	R\$ 150,61	R\$ 301,22
30	020101008-9	Biopsia de Aparelho Auricular C.A. E.	UNID	3	R\$ 54,60	R\$ 163,80
31	020101026-7	Biopsia de Bainha Tendinosa ou Tendão	UNID	3	R\$ 119,45	R\$ 358,35
32	020101052-6	Biopsia de Boca	UNID	3	R\$ 42,00	R\$ 126,00
33	020101007-0	Biopsia de Bolsa Escrotal	UNID	3	R\$ 42,00	R\$ 126,00
34	020101066-6	Biopsia de Colo Uterino ou Endométrio	UNID	10	R\$ 50,40	R\$ 504,00
35	020101010-0	Biopsia de Cordão Espermatóico (Unilateral)	UNID	3	R\$ 119,45	R\$ 358,35
36	020101017-8	Biopsia de Epidídimo	UNID	3	R\$ 119,45	R\$ 358,35
37	020101022-4	Biopsia de Gânglio Linfático	UNID	3	R\$ 70,00	R\$ 210,00
38	020101023-2	Biopsia de Glândula Salivar	UNID	3	R\$ 42,00	R\$ 126,00
39	020101019-4	Biopsia de Hipofaringe	UNID	3	R\$ 63,00	R\$ 189,00
40	020101052-6	Biopsia de Lábios	UNID	5	R\$ 42,00	R\$ 210,00
41	020101052-6	Biopsia de Língua ou de Glândulas Salivares	UNID	3	R\$ 42,00	R\$ 126,00
42	020101028-3	Biopsia de Músculo	UNID	2	R\$ 70,00	R\$ 140,00
43	020101030-5	Biopsia de Omoplata	UNID	2	R\$ 146,20	R\$ 292,40
44	020101019-4	Biopsia de Orofaringe	UNID	3	R\$ 70,00	R\$ 210,00
45	020101034-8	Biopsia de Osso Mandibular	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
46	020101034-8	Biopsia de Osso Maxilar	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
47	020101035-6	Biopsia de Pálpebras	UNID	4	R\$ 42,00	R\$ 168,00
48	020101047-0	Biopsia de Paratireóide	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90

49	020101037-2	Biopsia de Parede Abdominal	UNID	3	R\$ 50,40	R\$ 151,20
50	020101036-4	Biopsia de Pavilhão Auricular	UNID	4	R\$ 42,00	R\$ 168,00
51	020101038-0	Biopsia de Pênis	UNID	3	R\$ 42,00	R\$ 126,00
52	020101039-9	Biopsia de Pirâmide Nasal/ Exeresse de Lesão	UNID	2	R\$ 70,00	R\$ 140,00
53	020101040-2	Biopsia de Pleura com Agulha	UNID	2	R\$ 140,00	R\$ 280,00
54	020101044-5	Biopsia de Seios Paranasais	UNID	2	R\$ 105,00	R\$ 210,00
55	020101052-6	Biopsia de Tecido da Cavidade Bucal	UNID	4	R\$ 42,00	R\$ 168,00
56	020101046-1	Biopsia de Testículo - por Testículo	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
57	020101047-0	Biopsia de Tireoide	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
58	020101032-1	Biopsia de Tornozele	UNID	2	R\$ 151,02	R\$ 302,04
59	020101051-8	Biopsia de Vulva	UNID	4	R\$ 50,40	R\$ 201,60
60	020101019-5	Biopsia do Cavum	UNID	3	R\$ 54,60	R\$ 163,80
61	020101039-10	Biopsia do Nariz	UNID	2	R\$ 54,60	R\$ 109,20
62	020101050-0	Biopsia do Saco Vaginal	UNID	2	R\$ 50,40	R\$ 100,80
63	020101016-0	Biopsia Endométrio p/ Aspiração Manual intra Uterina - AMIU	UND	3	R\$ 68,55	R\$ 205,65
64	020101021-6	Biopsia Hepática	UNID	3	R\$ 119,45	R\$ 358,35
65	020101037-2	Biopsia Pele, Tecido Celular ou Gânglio Subcutâneo.	UNID	50	R\$ 42,00	R\$ 2.100,00
66	020101045-3	Biopsia Sinovial	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
67	020101002-0	Biopsia/Punção de Tumores Superficiais de Pele	UNID	10	R\$ 42,00	R\$ 420,00
68	020101032-1	Bolsa de Colostomia com Adesivos Microporo Drenável e/ou Fechado	UNID	3	R\$ 9,00	R\$ 27,00
69	020101032-1	Bolsa de Colostomia com Adesivos Microporo Fechada	UNID	3	R\$ 7,30	R\$ 21,90
70	040806008-5	Bursectomia	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
71	030308002-7	Calosidade e/ou Mal Perfurante (Desbastamento)	UNID	8	R\$ 42,00	R\$ 336,00
72	021101001-4	Capilaroscopia	UNID	3	R\$ 140,00	R\$ 420,00
73	020101028-4	Cateterismo de Veia Central por Punção	UNID	2	R\$ 70,00	R\$ 140,00
74	021109002-6	Cateterismo Uretral	UNID	20	R\$ 21,00	R\$ 420,00
75	030903001-3	Cateterismo Vesical Evacuador	UNID	20	R\$ 21,00	R\$ 420,00
76	030308001-9	Cauterização Química de Pequenas Lesões (Até 5 Lesões)	UNID	8	R\$ 50,40	R\$ 403,20
77	040906001-1	Cerclagem do Colo Uterino	UNID	2	R\$ 50,40	R\$ 100,80
78	040806008-5	Cirurgia de Higroma	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
79	040901009-0	Cistostomia Supra Púlica	UNID	3	R\$ 119,45	R\$ 358,35
80	030601001-1	Coleta de Sangue (Não Cobrar p/ ser Utilizada em Paciente Internado)	UNID	10	R\$ 28,00	R\$ 280,00
81	030101006-4	Consulta em Ginecologia	UNID	100	R\$ 40,00	R\$ 4.000,00
82	030101006-4	Consulta em Ginecologia – Obstetrícia	UNID	100	R\$ 40,00	R\$ 4.000,00
83	030101006-4	Consulta em Pediatria	UNID	100	R\$ 40,00	R\$ 4.000,00
84	030101006-4	Consulta Médica para Hanseníase	UNID	12	R\$ 40,00	R\$ 480,00
85	030101006-4	Consulta para Diagnostico Diabetes Mellitus Realizada por Médico	UNID	12	R\$ 40,00	R\$ 480,00

86	030106003-7	Consulta/ Atendimento de Urgência em Clínicas Básicas	UNID	100	R\$ 40,00	R\$ 4.000,00
87	030106005-3	Consulta/ Atendimento de Urgência em Clínicas Básicas com RE	UNID	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
88	040905003-9	Correção de Parafimose	UNID	3	R\$ 70,00	R\$ 210,00
89	030903004-8	Criocauterização/ Eletrocoagulação de colo Uterino ou Cauterização Química	UNID	15	R\$ 42,00	R\$ 630,00
90	040101001-5	Curativo com Debridamento em Pé Diabético	UNID	12	R\$ 70,00	R\$ 840,00
91	030110015-3	Curativo Grande Pós Alta	UNID	2	R\$ 49,00	R\$ 98,00
92	***	Curativo Médio Pós Alta	UNID	5	R\$ 35,00	R\$ 175,00
93	020101001-2	Curativo Pequeno Pós Alta	UNID	5	R\$ 21,00	R\$ 105,00
94	040101002-3	Curativo por Paciente	UNID	500	R\$ 10,00	R\$ 5.000,00
95	030106005-4	Curativo Pós Alta	UNID	5	R\$ 21,00	R\$ 105,00
96	030106003-8	Curetagem Pós Abortamento	UNID	100	R\$ 119,45	R\$ 11.945,00
97	040906004-6	Curetagem Semiótica com ou sem Dilatação do Colo	UNID	50	R\$ 119,45	R\$ 5.972,50
98	020101030-6	Debridamento de Úlcera ou Necrose	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
99	040101001-5	Debridamento e Curativo de Escara ou Ulceração	UNID	15	R\$ 70,00	R\$ 1.050,00
100	030101006-4	Descolamento Manual da Placenta	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
101	040702012-8	Dilatação Digital ou Instrumental do Anus e/ ou Reto	UNID	3	R\$ 42,00	R\$ 126,00
102	040906006-2	Dilatação do Colo Uterino	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
103	040602009-4	Dissecção de Veia ou Artéria (Também Hemostasia de Varizes)	UNID	5	R\$ 70,00	R\$ 350,00
104	040702013-6	Drenagem de Abscesso Anu - Retal	UNID	2	R\$ 105,00	R\$ 210,00
105	040904001-0	Drenagem de Abscesso de Bolsa Escrotal	UNID	10	R\$ 63,00	R\$ 630,00
106	030904002-9	Drenagem de Abscesso de Epidídimo	UNID	30	R\$ 63,00	R\$ 1.890,00
107	040401005-9	Drenagem de Abscesso Faríngeo	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
108	040702014-4	Drenagem de Abscesso Isquio – Retal	UNID	2	R\$ 87,50	R\$ 175,00
109	040101010-4	Drenagem de Abscesso ou Hematoma (do Septo Nasal)	UNID	10	R\$ 63,00	R\$ 630,00
110	040501004-4	Drenagem de Abscesso Palpebral	UNID	10	R\$ 42,00	R\$ 420,00
111	040401007-5	Drenagem de Furúnculo C. A. E.	UNID	2	R\$ 42,00	R\$ 84,00
112	040904002-9	Drenagem do Deferente	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
113	040401009-1	Ducha de Politzer – por C. A. E.	UNID	2	R\$ 42,00	R\$ 84,00
114	040702016-0	Eletrocauterização de Lesão Anal Transparietal	UNID	5	R\$ 70,00	R\$ 350,00
115	040101004-0	Eletrocoagulação (Granuloma, Verruga etc)	UNID	200	R\$ 50,40	R\$ 10.080,00
116	040101004-0	Eletrocoagulação de Lesões Cutâneas do pênis/ pubiana (Também Cauterização Química ou Criocauterização)	UNID	30	R\$ 60,00	R\$ 1.800,00
117	040701032-7	Esclerose de Varizes Esofagianas	UNID	3	R\$ 119,45	R\$ 358,35
118	030101007-3	Esvaziamento Percutâneo de Cisto Mamário	UNID	2	R\$ 42,00	R\$ 84,00
119	040906009-7	Excisão de Pólipo Uterino	UNID	3	R\$ 119,45	R\$ 358,35

120	040101003-1	Excisão e Drenagem de Abscesso, Panarício, etc.	UNID	250	R\$ 42,00	R\$ 10.500,00
121	040602013-2	Excisão e Sutura de Hemangioma	UNID	2	R\$ 70,00	R\$ 140,00
122	040101005-8	Excisão e Sutura de Leito Ungueal (Também Excisão e Sutura de Unha Encravada Pela Dobra Ungueal)	UNID	100	R\$ 63,00	R\$ 6.300,00
123	040402009-7	Excisão e Sutura de Lesão na Boca (Também Excisão de Tumor)	UNID	10	R\$ 119,45	R\$ 1.194,50
124	040602014-0	Excisão e Sutura de Linfangioma ou Nervos	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
125	040101005-8	Excisão e Sutura de Tegumento na Face	UNID	15	R\$ 70,00	R\$ 1.050,00
126	040101007-4	Excisão e Sutura de Tumores da Orelha	UNID	15	R\$ 119,45	R\$ 1.791,75
127	040402010-0	Excisão em Cunha do Lábio	UNID	10	R\$ 119,45	R\$ 1.194,50
128	040702022-5	Excisão Local de tumor Anu Retal	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
129	040101006-6	Excisão/ Sutura Simples Peq. Lesões de Pele/ Mucosa (Diversas, Incluindo em Pirâmide Nasal)	UNID	100	R\$ 42,00	R\$ 4.200,00
130	040501007-9	Exerese de Calázio	UNID	8	R\$ 50,40	R\$ 403,20
131	040101005-8	Exerese de Calo	UNID	20	R\$ 42,00	R\$ 840,00
132	040904006-1	Exerese de Cisto de Bolsa Escrotal	UNID	5	R\$ 63,00	R\$ 315,00
133	040904008-8	Exerese de Cisto de Cordão Espermático	UNID	3	R\$ 210,00	R\$ 630,00
134	040904007-0	Exerese de Cisto de Epidídimo	UNID	5	R\$ 210,00	R\$ 1.050,00
135	040102008-8	Exerese de Cisto Sacro- Coccigeo	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
136	040101007-4	Exerese de Cisto Sebáceo	UNID	40	R\$ 42,00	R\$ 1.680,00
137	040907014-9	Exerese de Cisto Vaginal ( e Outras Lesões Benigna)	UNID	8	R\$ 119,45	R\$ 955,60
138	040907015-7	Exerese de Glandula de Skene	UNID	3	R\$ 119,45	R\$ 358,35
139	040101007-4	Exerese de Lipoma (Também Cisto, Nódulos e Outros Tumores Subcutâneos)	UNID	300	R\$ 42,00	R\$ 12.600,00
140	040401012-1	Exerese de Tumor Benigno de C. A. E. Pavilhão Auricular ( Pólipos; Cistos Pré-Auricular – Coloboma Auris etc)	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
141	040401012-1	Exerese de Tumor Benigno Intranasal Prof. 18,34,72 e 85	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
142	040101007-4	Exerese de Tumor de Pele	UNID	30	R\$ 119,45	R\$ 3.583,50
143	040904010-0	Exploração Cirúrgica do Deferente	UNID	3	R\$ 119,45	R\$ 358,35
144	040907016-5	Extirpação de Lesão de Vulva/ Períneo (Eletrocoagulação ou Fuguração) Também Cauterização de Nódulos e Outras Lesões Nodulares	UNID	15	R\$ 42,00	R\$ 630,00
145	030101006-4	Extirpação de Mama Supranumerária	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
146	030101006-4	Extirpação de Mamilos	UNID	2	R\$ 42,00	R\$ 84,00
147	040907017-3	Extração de Corpo Estranho na Vagina	UNID	10	R\$ 119,45	R\$ 1.194,50
148	040802010-5	Fasciotomia Palmar	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
149	020101017-9	Fratura de Mandibula por Hemiface	UNID	2	R\$ 140,00	R\$ 280,00
150	040101008-2	Frenectomia	UNID	20	R\$ 42,00	R\$ 840,00
151	040101009-0	Fulguração/ Cauterização Química de Lesões Cutâneas	UNID	20	R\$ 50,40	R\$ 1.008,00
152	020101019-5	Glossorrafia	UNID	2	R\$ 210,00	R\$ 420,00

153	040907018-1	Himenotomia	UNID	2	R\$ 63,00	R\$ 126,00
154	020903001-1	Histeroscopia Cirúrgica para Biopsia Dirigida e Remoção de Corpo Estranho	UNID	8	R\$ 210,00	R\$ 1.680,00
155	021104004-5	Histeroscopia Diagnostica	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
156	030110010-3	Inalação/ Nebulização	UNID	100	R\$ 10,00	R\$ 1.000,00
157	040905005-9	Incisão de Prepúcio	UNID	3	R\$ 70,00	R\$ 210,00
158	040402005-4	Incisão e Drenagem de Abscesso da Boca e Anexo	UNID	15	R\$ 42,00	R\$ 630,00
159	041001001-4	Incisão e Drenagem de Abscesso de Mama	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
160	040902001-0	Incisão e Drenagem de Abscesso Peri-Uretral	UNID	5	R\$ 63,00	R\$ 315,00
161	040101010-4	Incisão e Drenagem de Celulite	UNID	5	R\$ 42,00	R\$ 210,00
162	040101010-4	Incisão e Drenagem de Fleimão	UNID	5	R\$ 70,00	R\$ 350,00
163	040902002-8	Incisão e Drenagem de Fleimão Urinoso	UNID	5	R\$ 50,40	R\$ 252,00
164	040907012-2	Incisão e Drenagem de Glândula de Bartholine ou Skene	UNID	3	R\$ 50,40	R\$ 151,20
165	040101010-4	Incisão e Drenagem de Hematoma	UNID	10	R\$ 42,00	R\$ 420,00
166	040401015-6	Infiltração Medicamentosa em Corneto Inferior	UNID	2	R\$ 21,00	R\$ 42,00
167	030309004-9	Injeção Intra – Articulares	UNID	10	R\$ 28,00	R\$ 280,00
168	***	Laudos Periciais (Exame de corpo de delito, Conjunção Carnal, Atestado de Óbito e Laudo Cadavérico)	UNID	250	R\$ 100,00	R\$ 25.000,00
169	040602020-5	Linfadenectomia Profunda	UNID	2	R\$ 140,00	R\$ 280,00
170	040602029-9	Linfadenectomia Superficial	UNID	2	R\$ 84,00	R\$ 168,00
171	040806015-8	Manipulação para Correção de Contratura em Flexão de Joelho	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
172	040902007-9	Meatotomia Simples	UNID	3	R\$ 119,45	R\$ 358,35
173	040401024-6	Miringotomia	UNID	2	R\$ 42,00	R\$ 84,00
174	040305008-1	Neuroctomia Diferenciada de Nervos Periféricos Prof 27,28 Também Neuroma	UNID	2	R\$ 210,00	R\$ 420,00
175	040704019-6	Paracentese Abdominal	UNID	5	R\$ 63,00	R\$ 315,00
176	040905006-7	Plástica de Freio Balano - Prepucial	UNID	3	R\$ 119,45	R\$ 358,35
177	030101006-4	Plástica Mamária Masculina	UNID	2	R\$ 140,00	R\$ 280,00
178	040704021-8	Pneumoperitonio (Sessão)	UNID	5	R\$ 63,00	R\$ 315,00
179	020901003-7	Polipectomia de Esôfago	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
180	020901003-7	Polipectomia de Duodeno	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
181	020901003-7	Polipectomia de Estomago	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
182	040905008-3	Postectomia	UNID	3	R\$ 140,00	R\$ 420,00
183	040101006-7	Primeiro Atendimento em Pacientes com Pequenas Queimaduras	UNID	2	R\$ 70,00	R\$ 140,00
184	020101047-0	Punção de Tireóide	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
185	020101064-0	Punção Diagnostica ou de Esvaziamento	UNID	2	R\$ 70,00	R\$ 140,00
186	020101061-6	Punção do Fundo de Saco Vaginal	UNID	2	R\$ 50,40	R\$ 100,80
187	020101062-3	Punção Exploradora do Deferente	UNID	2	R\$ 70,00	R\$ 140,00
188	020101063-1	Punção Lombar c/ Raquimanometria	UNID	2	R\$ 56,00	R\$ 112,00

189	020101063-1	Punção Lombar para Coleta de Liquor	UNID	3	R\$ 56,00	R\$ 168,00
190	040901035-9	Punção ou Aspição Vesical	UNID	4	R\$ 42,00	R\$ 168,00
191	030106006-2	Punção Traqueal com Aspição/ Traqueostomia	UNID	2	R\$ 210,00	R\$ 420,00
192	020101034-8	Punção/ Biopsia de Ossos	UNID	2	R\$ 70,00	R\$ 140,00
193	020101058-5	Punções ou Biopsia de Mama	UNID	15	R\$ 42,00	R\$ 630,00
194	020101021-7	Reconstrução Parcial do Lábio Traumatizado	UNID	2	R\$ 210,00	R\$ 420,00
195	040702037-3	Redução Manual de Procedência de Reto	UNID	5	R\$ 63,00	R\$ 315,00
196	020101019-4	Remoção de Calculo Salivar	UNID	3	R\$ 42,00	R\$ 126,00
197	040401027-0	Remoção de Cerumen de C. A. E.	UNID	30	R\$ 42,00	R\$ 1.260,00
198	020101022-5	Remoção de Corpo Estranho da Região – Maxilo – Facial	UNID	2	R\$ 140,00	R\$ 280,00
199	030307003-0	Remoção Manual de Fecaloma	UNID	3	R\$ 105,00	R\$ 315,00
200	040806008-5	Ressecção Cirúrgica de Bolsa Pré- Rotuliana	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
201	040806008-5	Ressecção de Bolsa Sinovial de Cotovelo	UNID	2	R\$ 140,00	R\$ 280,00
202	040902008-7	Ressecção de Caruncula	UNID	3	R\$ 119,45	R\$ 358,35
203	040806021-2	Ressecção de Cisto Sinovial ( Outras Articulações)	UNID	8	R\$ 119,45	R\$ 955,60
204	040806022-0	Ressecção de Exostose	UNID	2	R\$ 140,00	R\$ 280,00
205	040401012-1	Ressecção de Tumores da Face, por Via Externa ou Endobucal /N	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
206	040806030-1	Ressecção Muscular	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
207	040101005-8	Ressutura	UNID	20	R\$ 70,00	R\$ 1.400,00
208	030106002- 10	Ressutura de Episiorrafia Pós - Parto	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
209	040401031-8	Retirada Corpo Estranho em C. A. E., Sob Anestesia Geral	UNID	10	R\$ 119,45	R\$ 1.194,50
210	040401031-8	Retirada Corpo Estranho em Faringe	UNID	10	R\$ 54,60	R\$ 546,00
211	040401031-8	Retirada Corpo Estranho Faringe Sob Anestesia Geral	UNID	10	R\$ 119,45	R\$ 1.194,50
212	040401031-8	Retirada Corpo Estranho Nariz Sob Anestesia Geral	UNID	10	R\$ 70,00	R\$ 700,00
213	040401030-0	Retirada de Corpo Estranho da Cavidade Auditiva ( CAE e Pavilhão Auricular) e Nasal ( Nariz e Pirâmide Nasal)	UNID	100	R\$ 42,00	R\$ 4.200,00
214	040505025-9	Retirada de Corpo Estranho da Córnea/ Esclera	UNID	30	R\$ 70,00	R\$ 2.100,00
215	030307004-8	Retirada de Corpo Estranho de Esôfago	UNID	8	R\$ 119,45	R\$ 955,60
216	030307005-6	Retirada de Corpo Estranho de Estomago ou Duodeno	UNID	8	R\$ 119,45	R\$ 955,60
217	040702039-0	Retirada de Corpo Estranho do reto	UNID	5	R\$ 63,00	R\$ 315,00
218	040101011-2	Retirada de Corpo Estranho Subcutâneo	UNID	170	R\$ 50,00	R\$ 8.500,00
219	040806035-2	Retirada de Material de Síntese ( Fio de Kirschner Haste PA (Transosseo)	UNID	8	R\$ 50,40	R\$ 403,20
220	040806035-2	Retirada de Material de Síntese (Fio de Kirschner Haste PA ( Intra Ósseo)	UNID	8	R\$ 119,45	R\$ 955,60

221	030110015-2	Retirada de Pontos	UNID	200	R\$ 7,00	R\$ 1.400,00
222	030110015-2	Retirada de Pontos de Cirurgias Básica – por paciente	UNID	400	R\$ 14,00	R\$ 5.600,00
223	030101006-4	Reversão de Mamilo Invertido	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
224	030309009-0	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Úmero Tipo Auxílio Palmar ou Pendente	UNID	8	R\$ 147,00	R\$ 1.176,00
225	030309008-1	Revisão com Imobilização não Gessada em Lesão da Coluna Vertebral Taraco Lombar	UNID	15	R\$ 280,00	R\$ 4.200,00
226	030309009-0	Revisão com troca de Aparelho Gessado em Lesão de Articulac Escapulo Umeral AP Gessado Toraco	UNID	10	R\$ 175,00	R\$ 1.750,00
227	030309007-3	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Articulação Coxo – Femural AP Gessado Pelvi Pod.	UNID	10	R\$ 280,00	R\$ 2.800,00
228	030309009-0	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Cotovelo / AP Gessado Áxilo Palmar	UNID	10	R\$ 147,00	R\$ 1.470,00
229	030309009-0	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Cotovelo/B AP Gessado Toraco – B	UNID	10	R\$ 175,00	R\$ 1.750,00
230	030309007-3	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Osso da Perna-Tíbia e Fíbula	UNID	8	R\$ 119,00	R\$ 952,00
231	030309007-3	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Tornozelo Tipo Bota	UNID	25	R\$ 119,00	R\$ 2.975,00
232	030309009-0	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Úmero – TI AP Gessado Toraco Braquial	UNID	10	R\$ 175,00	R\$ 1.750,00
233	030309007-3	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão do Quadril – AP Gessado Pelvi Pod.	UNID	8	R\$ 280,00	R\$ 2.240,00
234	030309007-3	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão Pélvica-AP	UNID	8	R\$ 280,00	R\$ 2.240,00
235	030309009-0	Revisão Com Troca de Aparelho Gessado em Lesões de Antebraço AP Gessado Axilo Palmar	UNID	10	R\$ 161,00	R\$ 1.610,00
236	030309009-0	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesões de Articula Acrômio Clavicular	UNID	10	R\$ 175,00	R\$ 1.750,00
237	030309009-0	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Mão – Luva Gessada	UNID	15	R\$ 56,00	R\$ 840,00
238	030309007-3	Revisão com Troca de Imobilização não Gessada em Lesão de Tornozelo Tipo Cruro POD.	UNID	8	R\$ 175,00	R\$ 1.400,00
239	030309009-0	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Punho – Luva Gessada	UNID	25	R\$ 182,00	R\$ 4.550,00
240	040802029-6	Revisão de Coto Amputado (Antebraço)	UNID	15	R\$ 105,00	R\$ 1.575,00
241	040802029-6	Revisão de Coto Amputado (Braço)	UNID	15	R\$ 105,00	R\$ 1.575,00
242	040805033-0	Revisão de Coto Amputado (Coxa)	UNID	4	R\$ 105,00	R\$ 420,00
243	040805033-0	Revisão de Coto Amputado (Perna)	UNID	4	R\$ 105,00	R\$ 420,00
244	040805033-0	Revisão de Coto Amputado (Tornozelo)	UNID	4	R\$ 105,00	R\$ 420,00
245	040805033-0	Revisão de Coto Amputado Ossos do Pé	UNID	4	R\$ 105,00	R\$ 420,00
246	030309011-1	Revisão de tratamento da Coluna Cervical com Colar Gessado	UNID	8	R\$ 210,00	R\$ 1.680,00

247	040806042-5	Revisão do Coo Amputado (Punho ou Dedo)	UNID	5	R\$ 105,00	R\$ 525,00
248	030309011-1	Revisão e Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Coluna Vertebral	UNID	10	R\$ 280,00	R\$ 2.800,00
249	020101007-1	Revisão e Troca de Aparelho Gessado em Lesão dos Ossos da Face	UNID	2	R\$ 119,00	R\$ 238,00
250	030309011-1	Revisão e Troca de Gesso em Lesão de Coluna Vertebral - Colete	UNID	10	R\$ 280,00	R\$ 2.800,00
251	030602004-1	Sangria Terapêutica	UNID	10	R\$ 42,00	R\$ 420,00
252	040402009-7	Sutura de Ferida da Mucosa Bucal e Face	UNID	8	R\$ 70,00	R\$ 560,00
253	040101005-8	Sutura de Ferimentos Extensos, com ou sem Debridamento.	UNID	500	R\$ 119,45	R\$ 59.725,00
254	030101006-5	Sutura de Laceração de Trajeto Pélvico (Parto Antes da ADMI)	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
255	040101006-6	Sutura Simples de Pequenas Lesões	UNID	200	R\$ 50,00	R\$ 10.000,00
256	040401034-2	Tamponamento Anterior (Epistaxe)	UNID	8	R\$ 70,00	R\$ 560,00
257	040401034-2	Tamponamento Antero – Posterior	UNID	8	R\$ 119,45	R\$ 955,60
258	040806045-0	Tenomiografia	UNID	7	R\$ 119,45	R\$ 836,15
259	040802030-0	Tenossinovite Abscesso de Mão e Dedos – por Drenagem	UNID	7	R\$ 119,45	R\$ 836,15
260	***	Toracocentese	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
261	030309004-9	Tração Cutânea	UNID	2	R\$ 42,00	R\$ 84,00
262	020101004-7	Transecção de Retalhos (Também Excisão e Sutura com Rotação de Retalhos e Plástica em “Z”)	UNID	2	R\$ 140,00	R\$ 280,00
263	030602014-9	Transfusão da Unidade de Sangue Total	UNID	15	R\$ 70,00	R\$ 1.050,00
264	040806065-4	Tratamento Cirúrgico da Polidactilia Articulada	UNID	3	R\$ 119,45	R\$ 358,35
265	040806065-4	Tratamento Cirúrgico da Polidactilia não Articulada	UNID	8	R\$ 70,00	R\$ 560,00
266	040806068-9	Tratamento Cirúrgico da Rutura do Aparelho Extensor do Dedo	UNID	3	R\$ 63,00	R\$ 189,00
267	040806065-4	Tratamento Cirúrgico da Sindactilia de 2 Dígitos	UNID	3	R\$ 119,45	R\$ 358,35
268	040806065-4	Tratamento Cirúrgico da Sindactilia Múltipla	UNID	3	R\$ 119,45	R\$ 358,35
269	040402003-8	Tratamento Cirúrgico de Fistula Buco – Nasal	UNID	8	R\$ 210,00	R\$ 1.680,00
270	040101013-9	Tratamento Cirúrgico de Fistula do Pescoço, por Aproximação (Exerese de Cisto ou Fistula Branquial ou de Tireoglossos)	UNID	2	R\$ 210,00	R\$ 420,00
271	020101023-3	Tratamento Cirúrgico de Fistula Extra Oral	UNID	4	R\$ 140,00	R\$ 560,00
272	020101026-8	Tratamento Cirúrgico de Fistula Intra Oral	UNID	2	R\$ 210,00	R\$ 420,00
273	040503011-8	Tratamento Cirúrgico de Miiase Palpebral	UNID	8	R\$ 42,00	R\$ 336,00
274	040401039-3	Tratamento Cirúrgico de Pericondrite de Pavilhão	UNID	8	R\$ 119,45	R\$ 955,60
275	030309030-8	Tratamento Conservador de Osteomielite (MMSS)	UNID	10	R\$ 70,00	R\$ 700,00
276	030309021-9	Tratamento da Coluna Cervical com Colar Gessado	UNID	15	R\$ 210,00	R\$ 3.150,00

277	030309025-1	Tratamento da Coluna Vertebral com Imobilização Gessada em M.	UNID	12	R\$ 280,00	R\$ 3.360,00
278	030309023-5	Tratamento da Coluna Vertebral com Imobilização não Gessada Toraco	UNID	15	R\$ 280,00	R\$ 4.200,00
279	030309025-1	Tratamento da Coluna Vertebral Torácica com Imobilização Gessada	UNID	12	R\$ 280,00	R\$ 3.360,00
280	040801012-6	Tratamento de Fratura – Luxação ao Nível da Cintura (Escapular AP Gess Toraco – B)	UNID	5	R\$ 210,00	R\$ 1.050,00
281	030309022-7	Tratamento de Fratura ao Nível do Cotovelo com Aparelho Gessado- Axilo Palmar	UNID	25	R\$ 147,00	R\$ 3.675,00
282	030309022-7	Tratamento de Fratura ao Nível do Cotovelo com Aparelho Gessado-Toraco - B	UNID	25	R\$ 175,00	R\$ 4.375,00
283	030309022-7	Tratamento de Fratura ao Nível dos Ossos do Antebraço com AP Gessado Axilo Pal	UNID	45	R\$ 161,00	R\$ 7.245,00
284	030309012-0	Tratamento de Fratura da Clavícula/Velpeau Gessado	UNID	40	R\$ 161,00	R\$ 6.440,00
285	040805022-5	Tratamento de Fratura da Diáfise Tibial Associada ou não a Fratura de Fíbula AP Gess Cruro Pod.	UNID	8	R\$ 140,00	R\$ 1.120,00
286	030309012-0	Tratamento de Fratura da Escápula/Velpeau Gessado	UNID	25	R\$ 161,00	R\$ 4.025,00
287	040805025-0	Tratamento de Fratura da Metáfise Distal do Fêmur e Proximal AP Gess Pelvi Pod.	UNID	25	R\$ 336,00	R\$ 8.400,00
288	030309020-0	Tratamento de Fratura de Diáfise Tibial e/ ou Fibular com Apa Gessado Cruro Pod.	UNID	20	R\$ 119,00	R\$ 2.380,00
289	030309018-9	Tratamento de Fratura de Esterno com Imobilização não Gessada	UNID	20	R\$ 84,00	R\$ 1.680,00
290	030309016-2	Tratamento de Fratura de Falange com Tala de Alumínio ou Luva	UNID	25	R\$ 42,00	R\$ 1.050,00
291	0303090200-0	Tratamento de Fratura de Metáfise Distal do Fêmur e/ou Proximal – Pelvi Podálico	UNID	30	R\$ 280,00	R\$ 8.400,00
292	030309020-0	Tratamento de Fratura de Metáfise Femoral Proximal – Pelvi Podálico	UNID	40	R\$ 280,00	R\$ 11.200,00
293	030309010-3	Tratamento de Fratura de Osso Metacárpico com Luva Gessada	UNID	20	R\$ 56,00	R\$ 1.120,00
294	030309020-0	Tratamento de Fratura do Ante-Pé e Dedos com Bota Gessada	UNID	30	R\$ 119,00	R\$ 3.570,00
295	030309016-2	Tratamento de Fratura do Punho com Luva Gessada	UNID	45	R\$ 182,00	R\$ 8.190,00
296	030309020-0	Tratamento de Fratura do Retro-Pé e Médio – Pé com Bota Gessada	UNID	30	R\$ 63,00	R\$ 1.890,00
297	030309020-0	Tratamento de Fratura do Tornozelo com Aparelho Gessado Bota Gessada	UNID	25	R\$ 119,00	R\$ 2.975,00
298	030309020-0	Tratamento de Fratura do Tornozelo com Aparelho Gessado Cruro Podálico	UNID	30	R\$ 175,00	R\$ 5.250,00
299	040802016-4	Tratamento de Fratura do Úmero com Apar. Gessado Axilo – Palmar (com Redução)	UNID	10	R\$ 175,00	R\$ 1.750,00
300	040802016-4	Tratamento de Fratura do Úmero com Apar. Gessado Toraco – B (com Redução).	UNID	10	R\$ 210,00	R\$ 2.100,00

301	030309015-4	Tratamento de Fratura do Úmero com Aparelho Gessado Axilo - PA	UNID	30	R\$ 147,00	R\$ 4.410,00
302	030309022-7	Tratamento de Fratura do úmero com Aparelho Gessado Toraco - Braquial	UNID	20	R\$ 175,00	R\$ 3.500,00
303	040801012-6	Tratamento de Fratura e Fratura – Luxação ao Nível da Cintura (Escapular AP Gess Toraco – B)	UNID	7	R\$ 210,00	R\$ 1.470,00
304	040802019-9	Tratamento de Fratura/ Fratura – Luxação Interessando Diáfise Umeral AP Gess Toraco -B	UNID	15	R\$ 210,00	R\$ 3.150,00
305	040801013-4	Tratamento de Fratura/ Fratura-Luxação Escapulo – umeral com AP Gessado Toraco - B	UNID	5	R\$ 210,00	R\$ 1.050,00
306	040801013-4	Tratamento de Fratura/ Fratura-Luxação Escapulo – Umeral/ Velpeau	UNID	6	R\$ 189,00	R\$ 1.134,00
307	030309020-0	Tratamento de Fratura/ Lesão Ligamento ao Nível do Joelho AP	UNID	50	R\$ 175,00	R\$ 8.750,00
308	030309012-0	Tratamento de Fratura/ Luxação/ Fratura- Luxação ao nível de Articulação Acrômio clavicular AP Gesso Toraco- B	UNID	20	R\$ 210,00	R\$ 4.200,00
309	030309026-0	Tratamento de Lesão de Mecanismo Extensor com Tala de Alumínio (dedo)	UNID	25	R\$ 42,00	R\$ 1.050,00
310	030309028-6	Tratamento de Lesão Ligamentar ao Nível do Tornozelo Retro	UNID	25	R\$ 175,00	R\$ 4.375,00
311	040802022-9	Tratamento de Luxação / Fratura – Luxação ao Nível do Cotovelo AP Gessada Toraco – B	UNID	20	R\$ 210,00	R\$ 4.200,00
312	040805021-7	Tratamento de Luxação / Fratura – Luxação/ Fratura do Tornozelo – AP Gessado Bota Gessada	UNID	10	R\$ 140,00	R\$ 1.400,00
313	040805021-7	Tratamento de Luxação / Fratura – Luxação/ Fratura do Tornozelo – AP Gessado Cruro Pod.	UNID	15	R\$ 210,00	R\$ 3.150,00
314	020101019-4	Tratamento de Luxação Temporo - Mandibular	UNID	4	R\$ 140,00	R\$ 560,00
315	040805019-5	Tratamento de Luxação, Fratura – Luxação, Fratura do Ante – Pá e Médio Pé – Bota Gessada.	UNID	15	R\$ 140,00	R\$ 2.100,00
316	040802022-9	Tratamento de Luxação/ Fratura – Luxação ao Nível do Cotovelo AP Gess Áxilo Palmar	UNID	15	R\$ 189,00	R\$ 2.835,00
317	040805026-8	Tratamento de Luxação/ Fratura – Luxação ao Nível do Joelho c/ AP Gessado Pelvi Podálico	UNID	18	R\$ 210,00	R\$ 3.780,00
318	040805029-2	Tratamento de Luxação/ Fratura – Luxação/ Fratura do Retro – Pé Bota Gessada	UNID	10	R\$ 77,00	R\$ 770,00
319	040101010-4	Tratamento de Miiase Furunculoide	UNID	5	R\$ 42,00	R\$ 210,00
320	20101016	Tratamento do Arco Zigomático	UNID	2	R\$ 140,00	R\$ 280,00
321	020101008-10	Tratamento dos Ossos da Face	UNID	2	R\$ 119,00	R\$ 238,00
322	020101010-1	Tratamento dos Ossos do Nariz	UNID	2	R\$ 84,00	R\$ 168,00
323	040804035-1	Tratamento em Articulação Coxo – Femural com Imobilização Gessada AP Gess Pelvi Pos.	UNID	10	R\$ 336,00	R\$ 3.360,00

324	030309014-6	Tratamento em Costelas com Imobilização não gessada	UNID	15	R\$ 84,00	R\$ 1.260,00
325	040802024-5	Tratamento Fratura/ Luxação / Fratura – Luxação ao Nível do Punho AP Gess Áxilo Palmar	UNID	30	R\$ 271,00	R\$ 8.130,00
326	030601003-8	Triagem Clínica de Doador (A) de Sangue	UNID	8	R\$ 28,00	R\$ 224,00
327	020904024-0	Vasostomia	UNID	3	R\$ 119,45	R\$ 358,35
328	***	Tomografia Computadorizada Sem Contraste. obs: Todas as tomografias sem contraste custarão R\$ 300,00 (trezentos reais) cada.	UNID	250	R\$ 300,00	R\$ 75.000,00
329	***	Tomografia Computadorizada Com Contraste. obs: Todas as tomografias com contraste custarão R\$ 600,00 (seicentos reais) cada.	UNID	350	R\$ 600,00	R\$ 210.000,00
330	030110023-3	Administração Tópica de Medicamento(s)	UNID	250	R\$ 15,00	R\$ 3.750,00
331	030110022-5	Administração de Medicamento(s) por via Subcutânea	UNID	500	R\$ 15,00	R\$ 7.500,00
332	030110021-7	Administração de Medicamento(s) por via Oral	UNID	500	R\$ 15,00	R\$ 7.500,00
333	030110020-9	Administração de Medicamento(s) por via Intramuscular	UNID	500	R\$ 15,00	R\$ 7.500,00
334	030110019-5	Administração de Medicamento(s) por via Endovenosa	UNID	1500	R\$ 15,00	R\$ 22.500,00
335	030110001-2	Administração de Medicamento(s) na Atenção Especializada	UNID	2000	R\$ 15,00	R\$ 30.000,00

**R\$ 1.214.041,96**

**BLOCO 5 - ULTRASSONOGRÁFIAS**

NUM. ORDEM	CODIGO	PRODUTOS	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	020502017-8	Ultrassonografia Craniana	UNID	2	R\$ 65,00	R\$ 130,00
2	020502003-8	Ultrassonografia Hipocondrio Direto (Fígado Vesícula VI)	UNID	10	R\$ 65,00	R\$ 650,00
3	020502013-5	Ultrassonografia Tórax ( Extracardiaco)	UNID	2	R\$ 65,00	R\$ 130,00
4	020502012-7	Ultrassonografia de Tireóide	UNID	150	R\$ 65,00	R\$ 9.750,00
5	020502004-6	Ultrassonografia de abdômen Superior	UNID	500	R\$ 65,00	R\$ 32.500,00
6	020502003-8	Ultrassonografia de abdômen Inferior	UNID	125	R\$ 65,00	R\$ 8.125,00
7	020502004-6	Ultrassonografia Abdômen Total	UNID	600	R\$ 65,00	R\$ 39.000,00
8	020502005-4	Ultrassonografia de Vias Urinárias	UNID	300	R\$ 65,00	R\$ 19.500,00
9	020502007-0	Ultrassonografia de Bolsa Escrotal	UNID	100	R\$ 65,00	R\$ 6.500,00
10	020502009-7	Ultrassonografia de Mama	UNID	400	R\$ 65,00	R\$ 26.000,00
11	20502010-0	Ultrassonografia de Próstata Via Abdominal	UNID	100	R\$ 65,00	R\$ 6.500,00
12	020502014-3	Ultrassonografia Obstétrica	UNID	800	R\$ 65,00	R\$ 52.000,00
13	020502016-0	Ultrassonografia Pélvica	UNID	120	R\$ 65,00	R\$ 7.800,00
14	020505018-6	Ultrassonografia Transvaginal	UNID	1000	R\$ 65,00	R\$ 65.000,00
15	***	Ultrassonografia de Próstata Transretal	UNID	150	R\$ 65,00	R\$ 9.750,00
16	***	Ultrassonografia Diversos	UNID	500	R\$ 65,00	R\$ 32.500,00
17	***	Ultrassonografia de Nádegas	UNID	25	R\$ 65,00	R\$ 1.625,00

18	***	Ultrassonografia Inguinal	UNID	25	R\$ 65,00	R\$ 1.625,00
19	***	Ultrassonografia Parótida	UNID	50	R\$ 65,00	R\$ 3.250,00
20	***	Ultrassonografia de Partes Moles	UNID	100	R\$ 65,00	R\$ 6.500,00
21	***	Ultrassonografia morfológica	UNID	50	R\$ 250,00	R\$ 12.500,00
						<b>R\$ 341.335,00</b>
<b>BLOCO 6 - MAMOGRAFIA</b>						
NUM. ORDEM	CODIGO	PRODUTOS	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	020403003-0	Mamografia	UNID	200	R\$ 200,00	R\$ 40.000,00
2	020403018-8	Mamografia Bilateral	UNID	100	R\$ 200,00	R\$ 20.000,00
						<b>R\$ 60.000,00</b>
<b>BLOCO 7 - ELETROCARDIOGRAMA</b>						
NUM. ORDEM	CODIGO	PRODUTOS	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	021102003-6	Eletrocardiograma	UNID	500	R\$ 25,20	R\$ 12.600,00
2	021105005-9	Eletroencefalograma Quantitativo Com Mapeamento (EEG)	UNID	120	R\$ 150,00	R\$ 18.000,00
						<b>R\$ 30.600,00</b>
<b>BLOCO 8 - LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS</b>						
NUM. ORDEM	CODIGO	PRODUTOS	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	020201011-2	Ácido Ascórbico	UNID	50	R\$ 9,80	R\$ 490,00
2	020205008-4	Ácido Cítrico	UNID	100	R\$ 9,80	R\$ 980,00
3	020201012-0	Ácido Úrico	UNID	1000	R\$ 9,80	R\$ 9.800,00
4	020203037-7	Adenovirus	UNID	150	R\$ 58,50	R\$ 8.775,00
5	020201018-0	Amilase	UNID	800	R\$ 9,80	R\$ 7.840,00
6	020203067-9	Anti HCV Anticorpos Contra o Vírus da Hepatite C	UNID	300	R\$ 33,60	R\$ 10.080,00
7	020203063-6	Anti- HSB – Anticorpos Contra Antígenos	UNID	200	R\$ 33,60	R\$ 6.720,00
8	020208001-3	Antibiograma	UNID	900	R\$ 21,00	R\$ 18.900,00
9	020202016-9	Anticorpos Anti A E / ou B- Pesquisa	UNID	250	R\$ 16,80	R\$ 4.200,00
10	020203029-6	Anticorpos Anti HIV (Western Blot)	UNID	200	R\$ 119,00	R\$ 23.800,00
11	020203030-0	Anticorpos Anti HIV1, HIV2 - EIE	UNID	200	R\$ 63,00	R\$ 12.600,00
12	020203047-4	Antiestreptolisina (Aslo) Determinação Quantitativa	UNID	50	R\$ 9,80	R\$ 490,00
13	020208004-8	Bacilos Álcool- Ácido Resistente Pesquisa (Diagnostico para Tuberculose)	UNID	50	R\$ 9,80	R\$ 490,00
14	020208005-7	Baciloscopia Direta p/ peso (BAAR) /para Controle de Tuberculose	UNID	150	R\$ 9,80	R\$ 1.470,00
15	020208005-6	Baciloscopia Direta p/ Peso (BAAR) para Diagnostico de Hanseníase	UNID	150	R\$ 9,80	R\$ 1.470,00
16	020208012-9	Bactérias Anaeróbicas Cultura	UNID	80	R\$ 21,00	R\$ 1.680,00
17	020208007-2	Bacteroscopia (por Lâmina)	UNID	100	R\$ 6,30	R\$ 630,00
18	020201020-1	Bilirrubina Total e Frações	UNID	300	R\$ 9,80	R\$ 2.940,00

19	020203040-7	Brucelose (HÁ)	UNID	10	R\$ 9,80	R\$ 98,00
20	020203040-7	Brucelose Soro Aglutinação (Anticorpos	UNID	30	R\$ 9,80	R\$ 294,00
21	020201021-0	Cálcio	UNID	500	R\$ 9,80	R\$ 4.900,00
22	020201002-3	Capacidade de Fixação do Ferro	UNID	100	R\$ 9,80	R\$ 980,00
23	020202041-0	Células Le – Pesquisa	UNID	30	R\$ 9,80	R\$ 294,00
24	02020377-6	Chagas IGG	UNID	40	R\$ 12,95	R\$ 518,00
25	020203088-1	Chagas IGM	UNID	40	R\$ 12,95	R\$ 518,00
26	020203074-1	Citomegalovirus IGG	UNID	1200	R\$ 18,55	R\$ 22.260,00
27	020203085-7	Citomegalovirus IGM	UNID	1200	R\$ 18,55	R\$ 22.260,00
28	020208008-0	Clamídia cultura	UNID	20	R\$ 57,00	R\$ 1.140,00
29	020205002-5	Clearance de Creatinina	UNID	50	R\$ 49,80	R\$ 2.490,00
30	020205004-1	Clearance de Uréia	UNID	50	R\$ 9,80	R\$ 490,00
31	020201026-0	Cloreto	UNID	50	R\$ 9,80	R\$ 490,00
32	020202009-6	Coagulograma	UNID	100	R\$ 9,80	R\$ 980,00
33	20201027	Colesterol (HDL)	UNID	1000	R\$ 9,80	R\$ 9.800,00
34	020201028-7	Colesterol (LDL)	UNID	1000	R\$ 9,80	R\$ 9.800,00
35	020201029-5	Colesterol Total	UNID	1000	R\$ 9,80	R\$ 9.800,00
36	020102002-5	Coleta de Linfa para Pesquisa de M. leprae	UNID	40	R\$ 2,80	R\$ 112,00
37	020102004-1	Coleta de Material para Exame Laboratorial em Patologia	UNID	20	R\$ 2,80	R\$ 56,00
38	020102005-0	Coleta para Sangue para Triagem Neonatal	UNID	70	R\$ 2,80	R\$ 196,00
39	020201030-9	Colinesterase	UNID	50	R\$ 9,80	R\$ 490,00
40	020202054-1	Coobs Direto	UNID	50	R\$ 21,40	R\$ 1.070,00
41	020212009-0	Coombs Indireto	UNID	200	R\$ 21,40	R\$ 4.280,00
42	020206013-6	Cortisol	UNID	30	R\$ 18,50	R\$ 555,00
43	020201031-7	Creatinina	UNID	2000	R\$ 9,80	R\$ 19.600,00
44	020208011-0	Cultura para BAAR	UNID	50	R\$ 29,40	R\$ 1.470,00
45	020208008-0	Cultura para Identificação de Bactérias	UNID	450	R\$ 21,00	R\$ 9.450,00
46	020201004-0	Curva Glicemia Clássica 2 Dosagens-Oral	UNID	100	R\$ 9,80	R\$ 980,00
47	020201007-4	Curva Glicemia Clássica 5 Dosagens - Oral	UNID	100	R\$ 31,50	R\$ 3.150,00
48	020203079-2	Dengue IGG	UNID	200	R\$ 30,00	R\$ 6.000,00
49	020203090-3	Dengue IGM	UNID	200	R\$ 20,00	R\$ 4.000,00
50	020206015-2	Didrotesterona DHT	UNID	50	R\$ 11,50	R\$ 575,00
51	020202030-4	Dosagem de Hemoglobina	UNID	200	R\$ 9,80	R\$ 1.960,00
52	020203083-0	EPSTEINS BAAR VIRUS IGG	UNID	100	R\$ 23,50	R\$ 2.350,00
53	020203094-6	EPSTEINS BAAR VIRUS IGM	UNID	100	R\$ 22,50	R\$ 2.250,00
54	020202036-3	Eritrograma (Eritrocitos Hemoglobina Hematocrito)	UNID	100	R\$ 9,80	R\$ 980,00
55	020206016-0	Estradiol	UNID	80	R\$ 10,50	R\$ 840,00
56	020206017-9	Estriol	UNID	80	R\$ 11,50	R\$ 920,00
57	020206018-7	Estrogênio	UNID	90	R\$ 32,50	R\$ 2.925,00

58	020209005-1	Estrona	UNID	100	R\$ 11,50	R\$ 1.150,00
59	020208014-5	exame a Fresco	UNID	50	R\$ 3,92	R\$ 196,00
60	020302003-0	Exame Anatomo – Patológico de Peca Cirúrgica Convencional/BIO	UNID	200	R\$ 58,80	R\$ 11.760,00
61	020301001-9	Exame Citopatologico Cervico – Vaginal e Microflora	UNID	1500	R\$ 29,40	R\$ 44.100,00
62	020203007-5	Fator Reumatóide Teste do Látex	UNID	100	R\$ 9,80	R\$ 980,00
63	020201038-4	Feritina	UNID	100	R\$ 9,80	R\$ 980,00
64	020201039-2	Ferro Serico	UNID	100	R\$ 9,80	R\$ 980,00
65	020201044-9	Fosfatase Acida Fração Prostática	UNID	90	R\$ 9,80	R\$ 882,00
66	020201041-4	Fosfatase Acida Total - Fração Prostática	UNID	150	R\$ 9,80	R\$ 1.470,00
67	020201042-2	Fosfatase Alcalina	UNID	150	R\$ 9,80	R\$ 1.470,00
68	020201043-0	Fósforo	UNID	200	R\$ 9,80	R\$ 1.960,00
69	020206023-3	FSH	UNID	300	R\$ 16,40	R\$ 4.920,00
70	020203112-8	FTA-ABS Para Sífilis IGG IFI	UNID	100	R\$ 21,90	R\$ 2.190,00
71	020203113-6	FTA-ABS para Sífilis IGM	UNID	100	R\$ 21,90	R\$ 2.190,00
72	020201046-5	Gama – Glutamil Transferase – Gama GT	UNID	150	R\$ 9,80	R\$ 1.470,00
73	020201047-3	Glicose	UNID	5100	R\$ 9,80	R\$ 49.980,00
74	020205021-7	Gonadotrofina Coriônica – Beta HCG	UNID	200	R\$ 16,80	R\$ 3.360,00
75	020205025-4	Gravidez Teste Imunológico	UNID	100	R\$ 9,80	R\$ 980,00
76	020204004-6	Helmintos – Exames de Fragmentos/ Partes de eliminação	UNID	50	R\$ 5,60	R\$ 280,00
77	020202037-1	Hematocrito	UNID	100	R\$ 4,20	R\$ 420,00
78	020201050-3	Hemoglobina Glicosilada	UNID	500	R\$ 18,90	R\$ 9.450,00
79	020202038-0	Hemograma Completo	UNID	1.800	R\$ 9,80	R\$ 17.640,00
80	020200809-1	Hepatite A anti HAV IGG	UNID	50	R\$ 18,50	R\$ 925,00
81	020203080-6	Hepatite A anti HAV IGM	UNID	50	R\$ 18,50	R\$ 925,00
82	020203078-4	Hepatite B anti HBC IGG	UNID	20	R\$ 18,50	R\$ 370,00
83	020203089-0	Hepatite B anti HBC IGM	UNID	20	R\$ 18,50	R\$ 370,00
84	020203098-9	Hepatite B HBEAG	UNID	20	R\$ 18,50	R\$ 370,00
85	020203097-0	Hepatite B HBSAG- Antígeno	UNID	80	R\$ 24,50	R\$ 1.960,00
86	020203084-9	Herpes Simples IGG	UNID	25	R\$ 23,50	R\$ 587,50
87	020203095-4	Herpes Simples IGM	UNID	25	R\$ 23,50	R\$ 587,50
88	020206008-0	Hormônio Adrenocorticotrofico/ACTH	UNID	15	R\$ 15,50	R\$ 232,50
89	020209008-6	Hormônio do Crescimento/HGH	UNID	20	R\$ 24,50	R\$ 490,00
90	020205021-7	Hormônio Gonadotrófico Coriônico	UNID	15	R\$ 16,80	R\$ 252,00
91	020203031-8	HTLV 1/2 (cada)	UNID	50	R\$ 27,50	R\$ 1.375,00
92	020203016-4	Imunoglobulinas IGG/IGE/IGM (cada)	UNID	150	R\$ 22,50	R\$ 3.375,00
93	020203110-1	Leishmaniose (sorologia)	UNID	50	R\$ 35,50	R\$ 1.775,00
94	020203053-9	Leptospirose Reação Aglutinação (Macro/Microscopia)	UNID	5	R\$ 13,86	R\$ 69,30
95	020202039-8	Leucograma	UNID	30	R\$ 7,00	R\$ 210,00
96	020206024-1	LH	UNID	150	R\$ 16,40	R\$ 2.460,00

97	020201055-4	Lipase	UNID	30	R\$ 9,80	R\$ 294,00
98	020201056-2	Magnésio	UNID	30	R\$ 9,80	R\$ 294,00
99	020208014-5	Micologico Direto	UNID	200	R\$ 29,90	R\$ 5.980,00
100	020201057-0	Muco Proteínas	UNID	40	R\$ 9,80	R\$ 392,00
101	020204012-7	Parasitológico – (Métodos de Concentração)	UNID	100	R\$ 8,40	R\$ 840,00
102	020205001-7	Pesquisa de Elementos Anormais/Sedimento na Urina	UNID	600	R\$ 8,40	R\$ 5.040,00
103	020204008-9	Pesquisa de Larvas (Método de Baermann ou Rugal)	UNID	5	R\$ 5,60	R\$ 28,00
104	020204009-7	Pesquisa de Leucócitos Fecais	UNID	20	R\$ 5,60	R\$ 112,00
105	020204010-0	Pesquisa de Leveduras	UNID	15	R\$ 5,60	R\$ 84,00
106	020204005-4	Pesquisa de Oxiúros com Coleta por Swab Anal	UNID	5	R\$ 5,60	R\$ 28,00
107	020202045-2	Pesquisa de Plasmodios (Gota Espessa)	UNID	50	R\$ 9,80	R\$ 490,00
108	020204017-8	Pesquisa de Protozoários – Método Hematoxilina Férrica	UNID	10	R\$ 5,60	R\$ 56,00
109	020204014-3	Pesquisa de Sangue Oculto	UNID	100	R\$ 5,60	R\$ 560,00
110	020204011-9	Pesquisa Schistosoma-Ovos-em Fragmento	UNID	5	R\$ 9,80	R\$ 49,00
111	020202002-9	Plaquetas- Contagem	UNID	70	R\$ 9,80	R\$ 686,00
112	020201060-0	Potássio	UNID	180	R\$ 9,80	R\$ 1.764,00
113	020206029-2	Progesterona	UNID	20	R\$ 16,20	R\$ 324,00
114	20206030	Prolactina	UNID	20	R\$ 16,70	R\$ 334,00
115	020203008-3	Proteína C Reativa Determinação Quantitativa	UNID	30	R\$ 12,95	R\$ 388,50
116	020203020-2	Proteína C Reativa Pesquisa	UNID	150	R\$ 9,80	R\$ 1.470,00
117	020201061-9	Proteínas Totais	UNID	90	R\$ 9,80	R\$ 882,00
118	020201062-7	Proteínas Totais e Frações	UNID	90	R\$ 9,80	R\$ 882,00
119	020205011-4	Proteinúria de 24 Horas	UNID	150	R\$ 49,80	R\$ 7.470,00
120	020202050-9	Prova do Laço	UNID	30	R\$ 5,60	R\$ 168,00
121	020200010-5	PSA - Total e Livre (cada)	UNID	1500	R\$ 35,51	R\$ 53.265,00
122	020202003-7	Reticulocitos - Contagem	UNID	30	R\$ 9,80	R\$ 294,00
123	020202049-5	Retração do Coagulo - Teste	UNID	10	R\$ 9,80	R\$ 98,00
124	020204013-5	Rotavirus (Fezes) Pesquisa	UNID	10	R\$ 21,00	R\$ 210,00
125	020203092-0	Rubéola Anticorpos IGG	UNID	800	R\$ 17,50	R\$ 14.000,00
126	020203081-4	Rubéola Anticorpos IGM	UNID	800	R\$ 17,50	R\$ 14.000,00
127	020208014-5	Secreção Uretal (Exame a Fresca)	UNID	40	R\$ 3,92	R\$ 156,80
128	021104003-7	Secreção Vaginal (Exame a Fresco)	UNID	50	R\$ 3,92	R\$ 196,00
129	020201063-5	Sódio	UNID	200	R\$ 9,80	R\$ 1.960,00
130	020206039-0	T3 - Triiodotironia - Total e Livre (cada)	UNID	250	R\$ 19,50	R\$ 4.875,00
131	020206038-1	T4 Tiroxina - Total e Livre	UNID	1200	R\$ 19,50	R\$ 23.400,00
132	020202014-2	Tempo de Atividade Protombinica	UNID	5	R\$ 9,80	R\$ 49,00
133	020202007-0	Tempo de Coagulação (celite)	UNID	30	R\$ 9,80	R\$ 294,00
134	020202007-0	Tempo de Coagulação (Lee White)	UNID	30	R\$ 9,80	R\$ 294,00

135	020202009-6	Tempo de Sangramento (Duke)	UNID	30	R\$ 9,80	R\$ 294,00
136	020202010-0	Tempo de sangramento de Ivy	UNID	30	R\$ 14,00	R\$ 420,00
137	020202012-6	Tempo de Trombina	UNID	5	R\$ 9,80	R\$ 49,00
138	020202013-4	Tempo de Tromboplastia Parcial ativada (TTP Ativada)	UNID	5	R\$ 9,80	R\$ 49,00
139	020202044-4	Teste de Falcização	UNID	20	R\$ 9,80	R\$ 196,00
140	021401002-3	Teste Especifico para Diabete Mellitus - Cetonuria	UNID	5	R\$ 5,60	R\$ 28,00
141	021401001-5	Teste Especifico para Diabete Mellitus - Glicemia Capilar	UNID	5	R\$ 5,60	R\$ 28,00
142	021401003-1	Teste Especifico para Diabete Mellitus - Glicosuria	UNID	5	R\$ 5,60	R\$ 28,00
143	020206035-7	Testosterona Livre	UNID	100	R\$ 19,20	R\$ 1.920,00
144	020206035-7	Testosterona Total	UNID	100	R\$ 19,20	R\$ 1.920,00
145	020203087-3	Toxoplasmose IFI- IGG	UNID	1100	R\$ 18,55	R\$ 20.405,00
146	020203076-8	Toxoplasmose IFI- IGM	UNID	1100	R\$ 18,55	R\$ 20.405,00
147	020201064-3	Transaminase Oxalacetica (Aspartato Amino Transferase)	UNID	300	R\$ 9,80	R\$ 2.940,00
148	020201065-1	Transaminase Piruvica (Alanina Amino Transferase)	UNID	300	R\$ 9,80	R\$ 2.940,00
149	020208014-5	Trichomonas para Pesquisa (não Cobrar Concomitantemente c/ Ex. a Fresco	UNID	10	R\$ 3,92	R\$ 39,20
150	020201065-1	Triglicérides	UNID	800	R\$ 9,80	R\$ 7.840,00
151	020202046-0	Tripanossomo - Pesquisa	UNID	10	R\$ 9,80	R\$ 98,00
152	020206025-0	TSH	UNID	1500	R\$ 16,50	R\$ 24.750,00
153	020201069-4	Uréia	UNID	500	R\$ 9,80	R\$ 4.900,00
154	020205001-7	Urobilinogenio	UNID	20	R\$ 9,80	R\$ 196,00
155	02023111-0	VDRL (Inclusive Quantitativo)	UNID	20	R\$ 9,80	R\$ 196,00
156	020202015-0	Velocidade de Hemossedimentação (VHS)	UNID	30	R\$ 5,60	R\$ 168,00
						<b>R\$ 671.334,30</b>
<b>TOTAL GERAL</b>						<b>R\$ 2.413.425,01</b>

**ANEXO II**

PROTOCOLO DE ENTREGA DAS DOCUMENTAÇÕES E PROPOSTAS REFERENTES À **CHAMADA PÚBLICA Nº 0003/2023-PMON-SMS** - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE OURILÂNDIA DO NORTE-PA.

EMPRESA: -----

CNPJ Nº: -----

ENDEREÇO: -----

FONE/FAX: -----

\_\_\_\_\_  
Responsável

CADERNO Nº 01 – DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO JURÍDICA

CADERNO Nº 02 – DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO TÉCNICA COM PROPOSTA DE TABELA EM ANEXO.

RECEBIDA EM \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /2023.

\_\_\_\_\_  
Comissão Organizadora

**ANEXO III**

AVALIAÇÃO DAS DOCUMENTAÇÕES APRESENTADAS – ROTEIRO DE HABILITAÇÃO JURÍDICA/FISCAL REFERENTE À **CHAMADA PÚBLICA Nº 0003/2023-PMON-SMS** - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE OURILÂNDIA DO NORTE-PA.

**AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO JURÍDICA/FISCAL**

**A empresa deverá apresentar para habilitação no CADERNO Nº 01, os seguintes documentos:**

SIM ( ) NÃO ( ) Inscrição da empresa (hospital/clínica) no CRM e/ou (laboratório) no CRF;

SIM ( ) NÃO ( ) Comprovante de inscrição e de situação cadastral no CNPJ;

SIM ( ) NÃO ( ) Certidão de quitação com as Fazendas Federal, Estadual e Municipal, inclusive IPTU e ISSQN;

SIM ( ) NÃO ( ) ALVARÁ DE LICENÇA PARA FUNCIONAMENTO;

SIM ( ) NÃO ( ) ALVARA DE LICENÇA DA VIGILÂNCIA SANTITÁRIA;

SIM ( ) NÃO ( ) Certidão de regularidade do FGTS expedida pela caixa Econômica Federal;

SIM ( ) NÃO ( ) Certificado de Regularidade com a Seguridade Social (CND-INSS), através de Certidão Negativa de Débitos Relativos às Contribuições Previdenciárias e as de Terceiros;

SIM ( ) NÃO ( ) Registro Comercial ou ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado e alterações;

SIM ( ) NÃO ( ) Decreto de autorização devidamente autenticado, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País;

SIM ( ) NÃO ( ) Em caso de a empresa ser representada por procurador, o competente instrumento de procuração pública;

SIM ( ) NÃO ( ) Certidão Negativa de Pedido de Falência ou concordata ou Execução Patrimonial expedida pelo Distribuidor da sede da pessoa jurídica;

SIM ( ) NÃO ( ) Documentos pessoais dos sócios proprietários.

---

Comissão Organizadora

**ANEXO IV (A)**

ROTEIRO DE AVALIAÇÃO DE CAPACIDADE TÉCNICA DE LABORATÓRIO E ANÁLISES CLÍNICAS REFERENTE À **CHAMADA PÚBLICA Nº 0003/2023-PMON-SMS** - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE OURILÂNDIA DO NORTE-PA.

**1.0 - IDENTIFICAÇÃO:**

1.1 – Razão Social:

1.2 – Nome fantasia:

1.3 – CNPJ:

1.4 – Endereço:

1.5 – Responsável

Técnico:

Profissão:

Nº do Conselho:

1.6 – Forneceu Planta Baixa – Sim ( ) Não ( )

**2.0 – CLASSIFICAÇÃO DE ESTABELICIMENTO:**

2.1 – Privado ( ) Filantrópico ( ) Público ( ) Outros ( )

3.0 – **POSSUI ESTACIONAMENTO?** Sim ( ) Não ( ):

<b>Discriminação</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NDA</b>
Áreas internas e externas em boas condições físico-estruturais?			
O acesso ao estabelecimento é independente de forma a não permitir comunicação com residência ou qualquer outro local do estabelecimento?			
Existe sala de acordo com a demanda de clientes?			
Existem sanitários para o público, separado por sexo?			
Salas encontraram-se boas condições de limpeza?			
Esgotos e encanamentos em bom estado de conservação?			
A ventilação é suficiente?			
A iluminação é suficiente e adequada?			
Existe equipamentos de segurança para combate a incêndio? Com acessolivre?			
Funcionários com EPI's necessários à tarefa que executam?			
Funcionários estão uniformizados?			
Os uniformes estão limpos e em boas condições?			
Os funcionários são submetidos a exames adicionais periódicos e demissionais?			
OBS:			

#### 4.0 – SALA DE COLETA E RECEPÇÃO DE MATERIAL:

Discriminação	SIM	NÃO	NDA
Áreas internas e externas em boas condições físicos-estruturais?			
Salas encontram-se em boas condições de limpeza?			
Existe lavatório com toalha descartável?			
Pessoal que trabalha na coleta está devidamente capacitado?			
Pessoal uniformizado, e em boas condições de higiene?			
Funcionários utilizam EPI's de acordo com atividades desenvolvidas?			
Existe normas padrão escrita para coleta de material em local acessível?			
Existe local apropriado para coleta de material: cadeira? Maca? Suporte para os braços?			
Existe bancada, ou mesa auxiliar para acondicionamento			
Utiliza material descartável? (observar inscrição no MS e prazo de validade)			
Material perfuro-cortante é descartado segundo as normas do MS?			
Soluções utilizadas estão acondicionadas corretamente e com data de troca da solução?			
As amostras dos pacientes são corretamente e imediatamente identificadas?			
OBS:			

#### 5.0 – SALA DE EXAMES:

Discriminação	SIM	NÃO	NDA
As instalações encontra-se em boas condições higiênico-sanitárias (pisos, balcões e paredes de cor clara, lavável, fácil higienização)?			
A ventilação é suficiente?			
A iluminação é suficiente e adequada?			
Existe lavatório para as mãos com toalha descartável?			
Funcionários estão uniformizados?			
Os uniformes estão limpos e em boas condições?			
Funcionários utilizam EPI's de acordo com as atividades desenvolvidas?			
Utiliza material descartável e dentro do prazo de validade?			
Material perfuro-cortante é descartado segundo normas do MS?			
Lixo contaminado está acondicionado de acordo com normas técnicas do MS?			
Existe programa de manutenção periódica dos aparelhos e equipamentos?			
Relacionar equipamentos existentes e condições de uso			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Estão relacionados no caderno apresentado.</li> </ul>			
Relacionar exames realizados (e terceirizados)			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Estão relacionados no caderno apresentado.</li> </ul>			

Existe, e está disponível, um manual de Procedimento Operacional Padrão?			
Produtos utilizados tem inscrição no MS e estão do prazo de validade?			
Estão acondicionados corretamente?			
Existe local apropriado para bacteriologia (observar possibilidades de contaminação)?			
Existe geladeira exclusiva para material contaminado? (bacteriologia)?			
Existe estufa para bacteriologia?			
É feita revisão dos resultados dos exames, pelo responsável pela assinatura dos mesmos?			
É feito controle da água utilizada?			
OBS:			

---

Comissão Organizadora

**ANEXO IV (B)**

**ROTEIRO DE AVALIAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DE HOSPITAL E CLÍNICA REFERENTE À CHAMADA PÚBLICA Nº 0003/2023-PMON-SMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE OURILÂNDIA DO NORTE-PA.**

**1.7 - IDENTIFICAÇÃO:**

1.8 – Razão Social:

1.9 – Nome fantasia:

1.10 – CNPJ:

1.11 – Endereço:

1.12 – Telefone:

1.13 – E-mail:

1.14 – Responsável

Técnico:

Profissão:

Nº do Conselho:

1.15 – Forneceu Planta Baixa – Sim ( ) Não ( )

1.16 – Número de Funcionários: ( )

1.17 – Total de Leitos – Discriminar por Especialidade:

( ) – Clínica Médica

( ) – Clínica Cirúrgica

( ) – Clínica Pediátrica

( ) – Clínica Obstétrica

( ) – Outros

**2.2 – CLASSIFICAÇÃO DE ESTABELICIMENTO:**

2.3 – Privado ( ) Filantrópico ( ) Público ( ) Outros ( )

2.4

**5.0 – POSSUI ESTACIONAMENTO? Sim ( ) Não ( ):**

<b>ADMINISTRAÇÃO E RECEPÇÃO UNIDADE DE SERVIÇOS GERAIS</b>			
<b>Discriminação</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NDA</b>
As instalações mantêm boas condições higiênico-sanitária (pisos, balcões e paredes de cor clara, lavável, fácil higienização)?			
O acesso ao estabelecimento é independente de forma a não permitir comunicação com residência ou qualquer outro local distinto do estabelecimento?			
Existe um programa de controle de pragas (eliminação de roedores, insetos, etc.) bem como os registros de sua execução? Apresentou certificado da última execução, firmado por estabelecimento que tenha Alvará Sanitário.			
Existem sanitários para o público, separado por sexo?			
Os sanitários encontram-se em boas condições de higiene?			
A ventilação é suficiente e a iluminação é suficiente e adequada?			
Esgotos e encanamentos em bom estado de conservação?			
Existem equipamentos de segurança para combate de incêndios?			
Funcionários estão uniformizados?			
Os uniformes estão limpos e em boas condições?			
Os funcionários são submetidos a exames médicos adicionais, periódicos e direcionais?			
Todas as salas da administração apresentamos requisitos sanitários exigidos? (salas: diretoria, administração, financeira), salas de reuniões, chefia de enfermagem, etc).			
<b>OBS:</b>			

<b>AMBULATÓRIO CONSULTÓRIO SEM PROCEDIMENTO INVASIVO</b>			
<b>Discriminação</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NDA</b>
As instalações mantêm boas condições higiênico-sanitária (pisos, balcões e paredes de cor clara, lavável, fácil higienização)?			
Em boas condições de limpeza?			
Existem sanitários para o público, separado por sexo?			
Os sanitários encontram-se em boas condições de higiene?			
A ventilação e a iluminação são suficientes e adequadas?			
Existe lavatório com toalha descartável?			
Materiais/equipamentos utilizados para realização do exame médico:			
<b>OBS:</b>			
O consultório encontra-se em bom estado de conservação?			
Utiliza produtos/medicamentos para realização dos exames?			
Produtos têm inscrição no MS? (observar prazo de validade e acondicionamento)			
Tipo de roupa para exames: descartável ( )      lavável ( )			
Lavanderia utilizada é própria? (se não for própria, apresentar contrato com lavanderia).			
A lavagem obedece padrões segundo as normas de acreditação hospitalar			
<b>OBS:</b>			

<b>CONSULTÓRIOS (COM PROCEDIMENTOS INVASIVOS)</b>			
<b>Discriminação</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NDA</b>
As instalações mantêm boas condições higiênico-sanitária (piso, balcões e paredes de cor clara, lavável e fácil higienização)?			
Encontra-se em boas condições de limpeza?			
A ventilação e a iluminação são suficientes e adequadas?			
Existe lavatório com toalha descartável?			
Procedimentos invasivos utilizados:			
Existe local apropriado para descarte de material perfuro-cortante?			
Materiais/equipamentos utilizados:			
Em bom estado de conservação?			
Qual o tipo de esterilização e/ou desinfecção dos equipamentos/materiais?			
As soluções estão acondicionadas corretamente, com rótulo, data da troca de solução, etc?			
Utiliza produtos/medicamentos para realização dos exames?			
Quais?			
Produtos têm inscrição no MS? (observar o prazo de validade e acondicionamento)			
Tipo de roupa para exames: descartável ( ) lavável ( )			
Lavanderia utilizada é própria? (se não for própria, apresentar contrato com lavanderia).			
OBS:			

UNIDADE DE EMERGÊNCIA			
Nº DE SALAS: (    )			
Discriminação	SIM	NÃO	NDA
Tem sala de recepção e espera, adequada à demanda?			
As instalações mantêm boas condições higiênico-sanitária (pisos, balcões e paredes de cor clara, lavável, fácil higienização)?			
Em boas condições de limpeza?			
Existem sanitários para o público, separado por sexo?			
Em boas condições de limpeza?			
A ventilação é suficiente? a iluminação é suficiente e adequada?			
Existe lavatório com toalha descartável?			
Existe sistema de combate a incêndio, em local de fácil acesso e manuseio?			
Há diferenciação nas instalações destinadas ao atendimento de usuários do SUS e de outros convênios?			
Exame diagnóstico solicitado é realizado imediatamente após a autorização?			
Caso resposta negativa, em quantos dias é realizado procedimento? ( ) 01 dia ( ) 02 dias ( ) 03 dias ( ) acima de 03 dias			
Tempo médio para entrega de resultado dos procedimentos: ( ) 24 horas ( ) 48 horas ( ) 72 horas ( ) acima de 72 horas			
A sala de primeiro atendimento tem equipamento de acordo à demanda e em bom estado de conservação?			
Macas?			
Escadinhas de dois degraus?			
Mesas auxiliares?			
Bancadas com fórmica (ou outro material resistente e lavável)?			
Aspirador de secreção? (quantidade)?			
Tensiómetro e estetoscópio			
Refletor de luz com haste flexível?			
Negatoscópio?			
Eletrocardiógrafo?			
Material de sutura?			
Material para curativos?			
Material para dissecação venosa?			
Suporte para soro?			
Bolsa para gelo e para água quente?			
Oftalmoscópio?			
Otoscópio?			
Biombos?			
Laringoscópio + cânulas de entubação?			
Carro para curativos?			
Estoque de medicação de urgência (observar prazo de validade)			

<b>UNIDADE DE EMERGÊNCIA</b>			
<b>Discriminação</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NDA</b>
Aparelho para respiração?			
Lanterna?			
Recipiente para lixo?			
Ambú (infantil e adulto)?			
Oxigênio (canalizado ou não)?			
Monitor cardíaco?			
Cardioversor?			
Desfibrilador?			
Outros?			
Recursos humanos capacitados e em número suficiente à demanda?			
Utilizam EPI's de acordo com os procedimentos?			
Utiliza material descartável e dentro do prazo de validade? (agulhas, seringas, lâminas de tricotomia, etc)			
Existe local apropriado para descarte de material perfuro-cortante?			
Existe recipiente apropriado para descarte de material contaminado?			
Existe hamper para roupa suja?			
Medicamentos de urgência estão em local de fácil acesso, dentro do prazo de validade?			
Soluções estão acondicionadas corretamente e dentro do prazo de validade?			
Existe livro de registro das atividades desenvolvidas (ou outro sistema de anotação)?			
Existe um manual de normas e procedimentos de enfermagem, em local de fácil acesso?			
OBS:			

<b>UNIDADE DE INTERNAÇÃO GERAL</b>			
<b>Discriminação</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NDA</b>
Existe equipamento de segurança de combate a incêndio?			
Existe um manual de normas e rotinas de enfermagem em local de fácil acesso?			
Existe CCIH implantada e em funcionamento?			
Listar os profissionais que a compõe CCIH:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estão no caderno apresentado.</li> </ul>			
Quais as normas para desinfecção dos leitos e equipamentos:			
OBS:			

--

UNIDADE DE PEDIATRIA E BERÇÁRIO			
Discriminação			
	SIM	NÃO	NDA
Áreas internas em boas condições físico-estruturais			
Os quartos atendem ao padrão mínimo (RDC ANVISA nº 50 de 21/02/2002) por número de leitos.			
4,5 m <sup>2</sup> para RN ou lactante:	Sim ( )	Não ( )	NDA ( )
5,0 m <sup>2</sup> para infantes ou pré escolares:	Sim ( )	Não ( )	NDA ( )
5,0 m <sup>2</sup> para escolares:	Sim ( )	Não ( )	NDA ( )
Sanitários dos quartos apresentam boas condições de higiene e funcionamento?			
Existe quarto para isolamento, com sanitário anexo?			
Existe lavatórios, para funcionários nas enfermarias?			
Posto de enfermagem está com localização adequada em relação aos quartos?			
Existe local adequado para preparo dos medicamentos?			
Moveis e equipamentos estão em boas condições de higiene e conservação?			
Profissionais estão com fardamento adequado?			
Utilizam EPI's de acordo com atividade ou técnica desenvolvida?			
Existe manual de normas e rotinas, em local de fácil acesso?			
Existe sala para recreação dos menores?			
Quais as normas para desinfecção de leitos e equipamentos?			
Existe na Unidade Neonatal:			
Incubadora	Sim ( )	Não ( )	
Unidade de Fototerapia	Sim ( )	Não ( )	
Berço aquecido	Sim ( )	Não ( )	
Equipamento de ressuscitação	Sim ( )	Não ( )	
Laringoscópio + cânulas	Sim ( )	Não ( )	
Aspirador de Secreção	Sim ( )	Não ( )	
OBS:			

**CENTRO CIRURGICO E OBSTRETICO**

<b>Nº DE SALAS:</b>			
<b>Discriminação</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NDA</b>
Existe local apropriado para troca de macas?			
A unidade de centro cirúrgico está localizada de modo a ficar livre do trânsito de pessoas e materiais estranhos ao trabalho que nele se realiza?			
Os vestiários estão dispostos de forma que se constituam a única forma de adentrar ao Centro Cirúrgico, após a troca de roupa?			
Existem sanitários com chuveiros, anexos aos vestiários? Em bom estado de conservação e higiene?			
O lavabo está dotado de torneiras com característica tais que permitam seu fechamento sem o uso das mãos?			
Existem suporte com paredes para sabão líquido, acionado por pedal?			
Sala cirúrgica com paredes, piso e teto em bom estado de conservação, material resistente e lavável?			
Instalações de gases de acordo com as técnicas?			
Existe equipamento de segurança de combate a incêndio?			
Na sala cirúrgica existe apenas o material necessário à cirurgia?			
Medicamentos/anestésicos identificados e com data de validade?			
Aparelhos e materiais em boas condições de higiene e conservação?			
Mesa cirúrgica com acessórios?			
Suporte duplo com bacias?			
Mesa mayo?			
Mesa auxiliar?			
Equipamento de anestesia?			
Banqueta giratória?			
Lâmpada de teto?			
Suporte para as bacias?			
Hamper?			
Negatoscópio?			
Aspirador?			
Bisturi elétrico?			
Laringoscópio com lâminas retas e curvas?			
Monitor cardíaco?			
Cardioversor?			
Outros:			
Existe local apropriado para estoque de material esterilizado?			
Existe sala de estar e repouso, com mobiliário necessário?			
Existe sala de enfermagem, com bancadas ou mesas, quadro de aviso, armários para impressos, etc?			
Existe sala de recuperação pós-anestesia, com leito com grandes deproteção?			
Descreva rotina de desinfecção de salas e equipamentos:			
Qual o destino de peças (amputação e placentas)			