

EDITAL 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.**

PERÍODO DE CREDENCIAMENTO: 18 DE JANEIRO A 06 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 Tucumã 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 06 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 16 de janeiro de 2023.

JÚLIO CÉSAR DAIREL
Prefeito Municipal

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

ANEXO I

TABELA DIFERENCIADA MUNICIPAL

OURILÂNDIA DO NORTE - PARÁ

BLOCO 1 - COLPOSCOPIA

ITEM	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	UNID	QTDE	V. UNIT	TOTAL
1	021104002-9	Colposcopia	UNID	120	R\$ 28,00	R\$ 3.360,00
TOTAL						R\$ 3.360,00

BLOCO 2 - ENDOSCOPIAS

2	020904002-5	Laringoscopia Direta para Retirada de Corpo Estranho	UNID	10	R\$ 119,45	R\$ 1.194,50
3	020901003-7	Gastro – Duodenoscopia Incluindo Biopsia - EDA	UNID	10	R\$ 42,00	R\$ 420,00
4	407010254	Endoscopia	UND	300	R\$ 200,00	R\$ 60.000,00
TOTAL						R\$ 61.614,50

BLOCO 3 - RADIOLOGIA

		RADIOGRAFIA (RAIOS-X) obs.: Todas as radiografias passaram a custar R\$ 35,00 (trinta e cinco) reais cada	UND	500	R\$ 35,00	R\$ 17.500,00
5	020401003-9	Orbitas – para a Oblíquas Hirtz	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
6	020401004-7	Arcada Zigomatica – Malar AP+Oblíquos	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
7	020401005-5	Articulação Temporo Mandibular Bilateral	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
8	020401006-3	Adenóide - Lateral	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
9	020401006-3	Hipofaringe	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
10	020401007-1	Crânio – PA Lat. Obli. Bretton - Hirtz	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
11	020401007-1	Crânio – PA Lateral Bretton	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
12	020401008-0	Arco Zigomático – MALR –Estiloides AP Oblíquas	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
13	020401008-2	Crânio PA e Lateral	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
14	020401009-8	Laringe	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
15	020401010-1	Mastóide ou Rochedo Bilateral	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
16	020401011-0	Maxilar Inferior PA Oblíquos	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
17	020401012-8	Ossos da Face – M.N Lateral Hirtz	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
18	020401014-4	Seios da FA F. N. M. N Lateral - Hirtz	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
19	020401015-2	Sela Turca AP Lateral Bretton	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
20	020402003-4	Coluna Cervical AP Lateral TO Oblíquos	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
21	020402004-2	Coluna Cervical AP Lateral T.O Flexão	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
22	020402005-0	Coluna Cervical Funcional ou Dinâmica	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
23	020402006-9	Coluna Lombo - Sacra	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -

24	020402007-7	Coluna Lombo Sacra com Oblíquos	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
25	020402008-5	Coluna Lombo Sacra Funcional ou Dinâmica	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
26	020402009-3	Coluna Dorsal AP Lateral	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
27	020402010-7	Transição D- Lombar	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
28	020402010-7	Coluna Dorso – Lombar para Escolise	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
29	020402011-5	Coluna Dorso – Lombar para Escolise Dinâmica	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
30	020403006-4	Sacro - Coccix	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
31	020403006-4	Coração e Vasos da Base PA Lateral	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
32	020403007-2	Costela – por Hemitorax	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
33	020403007-2	Esterno	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
34	020403008-0	Esôfago	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
35	020403010-2	Mediastino PA e Perfil	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
36	020403012-9	Tórax APICP – Lordotica	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
37	020403013-7	Coração e Vasos da Base PA Lat. Oblíquas	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
38	020403013-7	Tórax PA (Inspiração – Expiração) Lateral	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
39	020403014-5	Tórax PA Lat. Oblíqua	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
40	020403015-3	Tórax PA e Perfil	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
41	020403017-0	Tórax P.A	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
42	020404001-9	Antebraço	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
43	020404002-7	Articulação Acrômio – Clavicular	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
44	020404003-5	Articulação Escapulo - Umeral	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
45	020404004-3	Articulação Esterno - Clavicular	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
46	020404005-1	Braço	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
47	020404006-0	Clavícula	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
48	020404007-8	Cotovelo	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
49	020404008-6	Quirodáctilos	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
50	020404009-4	Mão (Duas Incidências)	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
51	020404011-6	Omoplata ou Ombro Três Posições	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
52	020404012-4	Punho AP Lateral + Oblíquos	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
53	020405001-4	Clister Opaco com Duplo Contraste	UNID	2	R\$ 73,50	R\$ 147,00
54	020405011-1	Abdômen AP Lateral ou Localizada	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
55	020405012-0	Abdômen Agudo (Mínimo de 3 Incidências)	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -

56	020405013-8	Abdômen Simples AP	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
57	020405014-6	Esôfago Hiato Estomago e Duodeno	UNID	2	R\$ 68,60	R\$ 137,20
58	020405018-9	Urografia Venosa com Bexiga Pré e Pos Micção (Simples ou com Macro- dose – Dripping)	UNID	2	R\$ 75,45	R\$ 150,90
59	020406006-0	Articulação Coxo – Femural (Cada Lado)	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
60	020406007-9	Articulação Sacro Iliaca	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
61	020406008-7	Articulação Tíbio - Tarsica	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
62	020406009-5	Bacia	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
63	020406010-9	Calcâneo	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
64	020406011-7	Coxa	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
65	020406012-5	Joelho AP Lateral	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
66	020406013-3	Joelho ou Rotula –AP Lat. Axial	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
67	020406014-1	Joelho ou Rotula – AP Lat. Obliquas 3 Axiais	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
68	020406015-0	Pé ou Pododáctilos	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
69	020406016-8	Pernas	UNID	0	R\$ 35,00	R\$ -
70	020406017-6	Panorâmica de Membros Inferiores	UNID	5	R\$ 35,70	R\$ 178,50
TOTAL						R\$ 18.113,60
BLOCO 4 - CONSULTAS/AVALIAÇÕES MÉDICAS E PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS						
71	030101007-2	Avaliação Médica	UNID	1500	R\$ 40,00	R\$ 60.000,00
72	030101006-4	Consulta em Ginecologia – Obstetrícia	UNID	200	R\$ 40,00	R\$ 8.000,00
73	030101006-4	Consulta em Ginecologia	UNID	200	R\$ 40,00	R\$ 8.000,00
74	030101006-4	Consulta em Pediatria	UNID	200	R\$ 40,00	R\$ 8.000,00
75	030101006-4	Consulta Médica para Hanseníase	UNID	50	R\$ 40,00	R\$ 2.000,00
76	030101006-4	Consulta para Diagnostico Diabetes Mellitus Realizada por Médico	UNID	50	R\$ 40,00	R\$ 2.000,00
77	030101006-4	Acompanhamento Avaliativo/ Avaliação Portadores Diabetes Mellitus Realizada por Médico	UNID	50	R\$ 40,00	R\$ 2.000,00
78	030106003-7	Consulta/ Atendimento de Urgência em Clinicas Básicas	UNID	1000	R\$ 40,00	R\$ 40.000,00
79	030106005-3	Consulta/ Atendimento de Urgência em Clinicas Básicas com RE	UNID	100	R\$ 40,00	R\$ 4.000,00
80	030106006-1	Atendimento Médico Especializado em Urgência e Emergência	UNID	2500	R\$ 40,00	R\$ 100.000,00
81	030106002-9	Atendimento Médico com Observação até 24 horas	UNID	2500	R\$ 90,00	R\$ 225.000,00
82	-----	Laudo Periciais (Exame de corpo de delito, Conjunção Carnal, Atestado de Óbito e Laudo Cadavérico)	UNID	250	R\$ 100,00	R\$ 25.000,00
83	030110023-3	Administração Tópica de Medicamento(s)	UNID	250	R\$ 15,00	R\$ 3.750,00

84	030110022-5	Administração de Medicamento(s) por via Subcutânea	UNID	500	R\$ 15,00	R\$ 7.500,00
85	030110021-7	Administração de Medicamento(s) por via Oral	UNID	500	R\$ 15,00	R\$ 7.500,00
86	030110020-9	Administração de Medicamento(s) por via Intramuscular	UNID	500	R\$ 15,00	R\$ 7.500,00
87	030110019-5	Administração de Medicamento(s) por via Endovenosa	UNID	2000	R\$ 15,00	R\$ 30.000,00
88	030110001-2	Administração de Medicamento(s) na Atenção Especializada	UNID	3000	R\$ 15,00	R\$ 45.000,00
89	040101006-6	Sutura Simples de Pequenas Lesões	UNID	500	R\$ 50,00	R\$ 25.000,00
90	030110015-2	Retirada de Pontos	UNID	200	R\$ 7,00	R\$ 1.400,00
91	-----	Aplicação de Soro Antiofídico, Sat e Similares	UNID	24	R\$ 60,00	R\$ 1.440,00
92	020101001-1	Ammiocentese	UNID	6	R\$ 63,00	R\$ 378,00
93	020101002-0	Biopsia/Punção de Tumores Superficiais de Pele	UNID	25	R\$ 42,00	R\$ 1.050,00
94	020101004-6	Biopsia Anu – Retal	UNID	3	R\$ 63,00	R\$ 189,00
95	020101007-0	Biopsia de Bolsa Escrotal	UNID	3	R\$ 42,00	R\$ 126,00
96	020101008-9	Biopsia de Aparelho Auricular C.A.E	UNID	3	R\$ 54,60	R\$ 163,80
97	020101010-0	Biopsia de Cordão Espermatico (Unilateral)	UNID	3	R\$ 119,45	R\$ 358,35
98	20101016	Biopsia Endométrio p/ Aspiração Manual intra Uterina - AMIU	UND	3	R\$ 68,55	R\$ 205,65
99	020101017-8	Biopsia de Epididimo	UNID	3	R\$ 119,45	R\$ 358,35
100	020101019-4	Biopsia de Hipofaringe	UNID	3	R\$ 63,00	R\$ 189,00
101	020101019-4	Biopsia de Orofaringe	UNID	3	R\$ 70,00	R\$ 210,00
102	020101019-4	Biopsia do Cavum	UNID	3	R\$ 54,60	R\$ 163,80
103	020101021-6	Biopsia Hepática	UNID	3	R\$ 119,45	R\$ 358,35
104	020101022-4	Biopsia de Ganglio Linfático	UNID	3	R\$ 70,00	R\$ 210,00
105	020101023-2	Biopsia de Glândula Salivar	UNID	3	R\$ 42,00	R\$ 126,00
106	020101026-7	Biopsia de Bainha Tendinosa ou Tendão	UNID	3	R\$ 119,45	R\$ 358,35
107	020101028-3	Biopsia de Músculo	UNID	2	R\$ 70,00	R\$ 140,00
108	020101030-5	Biopsia de Omoplata	UNID	2	R\$ 146,20	R\$ 292,40
109	020101031-3	Biopsia Cirúrgica de Articulações Sacro- Iliaca	UNID	2	R\$ 146,71	R\$ 293,42
110	020101032-1	Biopsia Cirúrgica de Ossos da Perna	UNID	2	R\$ 151,02	R\$ 302,04
111	020101032-1	Biopsia Cirúrgica de Ossos do Pé	UNID	2	R\$ 151,02	R\$ 302,04
112	020101032-1	Biopsia Cirúrgica do fêmur	UNID	2	R\$ 151,02	R\$ 302,04
113	020101032-1	Biopsia de Tornozelo	UNID	2	R\$ 151,02	R\$ 302,04
114	020101033-0	Biopsia Cirúrgica de Cotovelo	UNID	2	R\$ 150,61	R\$ 301,22
115	020101033-0	Biopsia Cirúrgica de Punho	UNID	2	R\$ 150,61	R\$ 301,22
116	020101033-0	Biopsia Cirúrgica de Umero	UNID	2	R\$ 150,61	R\$ 301,22

117	020101033-0	Biopsia Cirúrgica em Ossos da Mão	UNID	2	R\$ 150,61	R\$ 301,22
118	020101034-8	Punção/ Biopsia de Ossos	UNID	2	R\$ 70,00	R\$ 140,00
119	020101034-8	Biopsia de Osso Mandibular	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
120	020101034-8	Biopsia de Osso Maxilar	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
121	020101035-6	Biopsia de Pálpebras	UNID	10	R\$ 42,00	R\$ 420,00
122	020101036-4	Biopsia de Pavilhão Auricular	UNID	10	R\$ 42,00	R\$ 420,00
123	020101037-2	Biopsia Pele, Tecido Celular ou Gânglio Subcutâneo	UNID	30	R\$ 42,00	R\$ 1.260,00
124	020101037-2	Biopsia de Parede Abdominal	UNID	10	R\$ 50,40	R\$ 504,00
125	020101038-0	Biopsia de Pênis	UNID	10	R\$ 42,00	R\$ 420,00
126	020101039-9	Biopsia de Pirâmide Nasal/ Exerese de Lesão	UNID	2	R\$ 70,00	R\$ 140,00
127	020101039-10	Biopsia do Nariz	UNID	2	R\$ 54,60	R\$ 109,20
128	020101040-2	Biopsia de Pleura com Agulha	UNID	2	R\$ 140,00	R\$ 280,00
129	020101044-5	Biopsia de Seios Paranasais	UNID	2	R\$ 105,00	R\$ 210,00
130	020101045-3	Biopsia Sinovial	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
131	020101046-1	Biopsia de Testículo - por Testículo	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
132	020101047-0	Biopsia de Paratireóide	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
133	020101047-0	Biopsia de Tireóide	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
134	020101047-0	Punção de Tireóide	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
135	020101050-0	Biopsia do Saco Vaginal	UNID	2	R\$ 50,40	R\$ 100,80
136	020101051-8	Biopsia de Vulva	UNID	10	R\$ 50,40	R\$ 504,00
137	020101052-6	Biopsia de Tecido da Cavidade Bucal	UNID	10	R\$ 42,00	R\$ 420,00
138	020101052-6	Biopsia de Lábios	UNID	10	R\$ 42,00	R\$ 420,00
139	020101052-6	Biopsia de Língua ou de Glândulas Salivares	UNID	5	R\$ 42,00	R\$ 210,00
140	020101052-6	Biopsia de Boca	UNID	5	R\$ 42,00	R\$ 210,00
141	020101056-9	Biopsia Cirúrgica de Mama	UNID	24	R\$ 56,00	R\$ 1.344,00
142	020101058-5	Punções ou Biopsia de Mama	UNID	24	R\$ 42,00	R\$ 1.008,00
143	020101061-6	Punção do Fundo de Saco Vaginal	UNID	2	R\$ 50,40	R\$ 100,80
144	020101062-3	Punção Exploradora do Deferente	UNID	2	R\$ 70,00	R\$ 140,00
145	020101063-1	Punção Lombar c/ Raquimanometria	UNID	2	R\$ 56,00	R\$ 112,00
146	020101063-1	Punção Lombar para Coleta de Liquor	UNID	2	R\$ 56,00	R\$ 112,00
147	020101064-0	Punções Diagnosticas ou de Esvaziamento	UNID	2	R\$ 70,00	R\$ 140,00

148	020101066-6	Biopsia de Colo Uterino ou Endométrio	UNID	20	R\$ 50,40	R\$ 1.008,00
149	020901003-7	Polipectomia de Duodeno	UNID	10	R\$ 119,45	R\$ 1.194,50
150	020901003-7	Polipectomia de Esôfago	UNID	10	R\$ 119,45	R\$ 1.194,50
151	020901003-7	Polipectomia de Estomago	UNID	10	R\$ 119,45	R\$ 1.194,50
152	020903001-1	Histeroscopia Cirúrgica para Biopsia Dirigida e Remoção de Corpo Estranho	UNID	10	R\$ 210,00	R\$ 2.100,00
153	020904024-0	Vasostomia	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
154	021101001-4	Capilaroscopia	UNID	5	R\$ 140,00	R\$ 700,00
155	021104001-0	Ammioscopia	UNID	5	R\$ 10,50	R\$ 52,50
156	021104004-5	Histeroscopia Diagnostica	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
157	021109002-6	Cateterismo Uretral	UNID	25	R\$ 21,00	R\$ 525,00
158	030110010-3	Inalação/ Nebulização	UNID	500	R\$ 10,00	R\$ 5.000,00
159	030110015-2	Retirada de Pontos de Cirurgias Básica – por paciente	UNID	250	R\$ 14,00	R\$ 3.500,00
160	030111001-8	Acompanhamento Paciente Médico e Grande Queimado – Atendimento Básico	UNID	10	R\$ 140,00	R\$ 1.400,00
161	030111002-6	Acompanhamento Paciente Pequeno Queimado – Atendimento Intermediário	UNID	10	R\$ 70,00	R\$ 700,00
162	030111002-6	Acompanhamento Pequeno Queimado – Atendimento Básica	UNID	10	R\$ 42,00	R\$ 420,00
163	030307003-0	Remoção Manual de Fecaloma	UNID	5	R\$ 105,00	R\$ 525,00
164	030307004-8	Retirada de Corpo Estranho de Esôfago	UNID	24	R\$ 119,45	R\$ 2.866,80
165	030307005-6	Retirada de Corpo Estranho de Estomago ou Duodeno	UNID	24	R\$ 119,45	R\$ 2.866,80
166	030308001-9	Cauterização Química de Pequenas Lesões (Até 5 Lesões)	UNID	12	R\$ 50,40	R\$ 604,80
167	030308002-7	Calosidade e/ou Mal Perfurante (Desbastamento)	UNID	50	R\$ 42,00	R\$ 2.100,00
168	030309001-4	Artrocentese do Cotovelo	UNID	2	R\$ 42,00	R\$ 84,00
169	030309001-4	Artrocentese Escapulo Umeral	UNID	2	R\$ 42,00	R\$ 84,00
170	030309001-4	Artrocentese do Punho	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
171	030309001-4	Artrocentese da Articulação Coxo - Femoral	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
172	030309001-4	Artrocentese do Joelho	UNID	2	R\$ 140,00	R\$ 280,00
173	030309004-9	Injeção Intra – Articulares	UNID	50	R\$ 28,00	R\$ 1.400,00
174	030309004-9	Tração Cutânea	UNID	2	R\$ 42,00	R\$ 84,00
175	030309007-3	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão do Quadril – AP Gessado Pelvi Pod.	UNID	12	R\$ 280,00	R\$ 3.360,00
176	030309007-3	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Articulação Coxo – Femural AP Gessado Pelvi Pod.	UNID	12	R\$ 280,00	R\$ 3.360,00
177	030309007-3	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Osso da Perna- Tíbia e Fíbula	UNID	12	R\$ 119,00	R\$ 1.428,00
178	030309007-3	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão Pélvica -AP	UNID	12	R\$ 280,00	R\$ 3.360,00

179	030309007-3	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Tornozelo Tipo Bota	UNID	12	R\$ 119,00	R\$ 1.428,00
180	030309007-3	Revisão com Troca de Imobilização não Gessada em Lesão de Tornozelo Tipo Cruro POD.	UNID	12	R\$ 175,00	R\$ 2.100,00
181	030309008-1	Revisão com Imobilização não Gessada em Lesão da Coluna Vertebral Taraco Lombar	UNID	12	R\$ 280,00	R\$ 3.360,00
182	030309009-0	Revisão Com Troca de Aparelho Gessado em Lesões de Antebraço AP Gessado Axilo Palmar	UNID	12	R\$ 161,00	R\$ 1.932,00
183	030309009-0	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesões de Articulação Acrômio Clavicular	UNID	12	R\$ 175,00	R\$ 2.100,00
184	030309009-0	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Cotovelo / AP Gessado Áxilo Palmar	UNID	12	R\$ 147,00	R\$ 1.764,00
185	030309009-0	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Cotovelo/B AP Gessado Toraco – B	UNID	12	R\$ 175,00	R\$ 2.100,00
186	030309009-0	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Umero – TI AP Gessado Toraco Braquial	UNID	12	R\$ 175,00	R\$ 2.100,00
187	030309009-0	Revisão com troca de Aparelho Gessado em Lesão de Articulac Escapulo Umeral AP Gessado Toraco	UNID	12	R\$ 175,00	R\$ 2.100,00
188	030309009-0	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Punho – Luva Gessada	UNID	12	R\$ 182,00	R\$ 2.184,00
189	030309009-0	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Mão – Luva Gessada	UNID	12	R\$ 56,00	R\$ 672,00
190	030309009-0	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Úmero Tipo Auxilio Palmar ou Pendente	UNID	12	R\$ 147,00	R\$ 1.764,00
191	030309010-3	Tratamento de Fratura de Osso Metacárpico com Luva Gessada	UNID	12	R\$ 56,00	R\$ 672,00
192	030309011-1	Revisão e Troca de Gesso em Lesão de Coluna Vertebral - Colete	UNID	12	R\$ 280,00	R\$ 3.360,00
193	030309011-1	Revisão e Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Coluna Vertebral	UNID	12	R\$ 280,00	R\$ 3.360,00
194	030309011-1	Revisão de tratamento da Coluna Cervical com Colar Gessado	UNID	12	R\$ 210,00	R\$ 2.520,00
195	030309012-0	Tratamento de Fratura da Clavícula/ Velpeau Gessado	UNID	80	R\$ 161,00	R\$ 12.880,00
196	030309012-0	Tratamento de Fratura da Escápula/ Velpeau Gessado	UNID	80	R\$ 161,00	R\$ 12.880,00
197	030309012-0	Tratamento de Fratura/ Luxação/ Fratura- Luxação ao nível de Articulação Acrômio clavicular AP Gesso Toraco- B	UNID	80	R\$ 210,00	R\$ 16.800,00
198	030309014-6	Tratamento em Costelas com Imobilização não gessada	UNID	80	R\$ 84,00	R\$ 6.720,00
199	030309015-4	Tratamento de Fratura do Úmero com Aparelho Gessado Axilo - PA	UNID	80	R\$ 147,00	R\$ 11.760,00
200	030309016-2	Tratamento de Fratura de Flange com Tala de Alluminio ou Luva	UNID	80	R\$ 42,00	R\$ 3.360,00
201	030309016-2	Tratamento de Fratura do Punho com Luva Gessada	UNID	80	R\$ 182,00	R\$ 14.560,00
202	030309018-9	Tratamento de Fratura de Esterno com Imobilização não Gessada	UNID	80	R\$ 84,00	R\$ 6.720,00
203	030309020-0	Tratamento de Fratura/ Lesão Ligamento ao Nível do Joelho AP	UNID	80	R\$ 175,00	R\$ 14.000,00
204	030309020-0	Tratamento de Fratura de Diáfise Tibial e/ ou Fibular com Apa Gessado Cruro Pod.	UNID	80	R\$ 119,00	R\$ 9.520,00
205	030309020-0	Tratamento de Fratura do Retro-Pé e Médio – Pé com Bota Gessada	UNID	80	R\$ 63,00	R\$ 5.040,00
206	030309020-0	Tratamento de Fratura do Ante-Pé e Dedos com Bota Gessada	UNID	80	R\$ 119,00	R\$ 9.520,00

207	030309020-0	Tratamento de Fratura do Tornozelo com Aparelho Gessado Cruro Podálico	UNID	80	R\$ 175,00	R\$ 14.000,00
208	030309020-0	Tratamento de Fratura do Tornozelo com Aparelho Gessado Bota Gessada	UNID	80	R\$ 119,00	R\$ 9.520,00
209	030309020-0	Tratamento de Fratura de Metáfise Femoral Proximal – Pelvi Podálico	UNID	80	R\$ 280,00	R\$ 22.400,00
210	0303090200-0	Tratamento de Fratura de Metáfise Distal do Fêmur e/ou Proximal – Pelvi Podálico	UNID	80	R\$ 280,00	R\$ 22.400,00
211	030309021-9	Tratamento da Coluna Cervical com Colar Gessado	UNID	24	R\$ 210,00	R\$ 5.040,00
212	030309022-7	Tratamento de Fratura ao Nível do Cotovelo com Aparelho Gessado- Axilo Palmar	UNID	80	R\$ 147,00	R\$ 11.760,00
213	030309022-7	Tratamento de Fratura ao Nível do Cotovelo com Aparelho Gessado- Toraco - B	UNID	80	R\$ 175,00	R\$ 14.000,00
214	030309022-7	Tratamento de Fratura ao Nível dos Ossos do Antebraço com AP Gessado Axilo Pal	UNID	80	R\$ 161,00	R\$ 12.880,00
215	030309022-7	Tratamento de Fratura do úmero com Aparelho Gessado Toraco - Braquial	UNID	80	R\$ 175,00	R\$ 14.000,00
216	030309023-5	Tratamento da Coluna Vertebral com Imobilização não Gessada Taraco	UNID	12	R\$ 280,00	R\$ 3.360,00
217	030309025-1	Tratamento da Coluna Vertebral Torácica com Imobilização Gessada	UNID	12	R\$ 280,00	R\$ 3.360,00
218	030309025-1	Tratamento da Coluna Vertebral com Imobilização Gessada em M.	UNID	12	R\$ 280,00	R\$ 3.360,00
219	030309026-0	Tratamento de Lesão de Mecanismo Extensor com Tala de Alumínio (dedo)	UNID	80	R\$ 42,00	R\$ 3.360,00
220	030309028-6	Tratamento de Lesão Ligamentar ao Nível do Tornozelo Retro	UNID	80	R\$ 175,00	R\$ 14.000,00
221	030309030-8	Tratamento Conservador de Osteomielite (MMSS)	UNID	80	R\$ 70,00	R\$ 5.600,00
222	030601001-1	Coleta de Sangue (Não Cobrar p/ ser Utilizada em Paciente Internado)	UNID	100	R\$ 28,00	R\$ 2.800,00
223	030601003-8	Triagem Clínica de Doador (A) de Sangue	UNID	120	R\$ 28,00	R\$ 3.360,00
224	030602004-1	Sangria Terapêutica	UNID	120	R\$ 42,00	R\$ 5.040,00
225	030602014-9	Transfusão da Unidade de Sangue Total	UNID	100	R\$ 70,00	R\$ 7.000,00
226	030903001-3	Cateterismo Vesical Evacuador	UNID	80	R\$ 21,00	R\$ 1.680,00
227	030903004-8	Criocauterização/ Eletrocoagulação de colo Uterino ou Cauterização Química	UNID	120	R\$ 42,00	R\$ 5.040,00
228	030904002-9	Drenagem de Abscesso de Epidídimo	UNID	300	R\$ 63,00	R\$ 18.900,00
229	040101001-5	Debridamento e Curativo de Escara ou Ulceração	UNID	80	R\$ 70,00	R\$ 5.600,00
230	040101001-5	Curativo com Debridamento em Pé Diabético	UNID	80	R\$ 70,00	R\$ 5.600,00
231	040101002-3	Curativo por Paciente	UNID	500	R\$ 10,00	R\$ 5.000,00
232	040101003-1	Excisão e Drenagem de Abscesso, Panarício, etc.	UNID	250	R\$ 42,00	R\$ 10.500,00
233	040101004-0	Eletrocoagulação(Granuloma, Verruga etc)	UNID	500	R\$ 50,40	R\$ 25.200,00
234	040101004-0	Eletrocoagulação de Lesões Cutâneas do pênis/ pubiana (Também Cauterização Química ou Criocauterização)	UNID	50	R\$ 60,00	R\$ 3.000,00

235	040101005-8	Excisão e Sutura de Tegumento na Face	UNID	80	R\$ 70,00	R\$ 5.600,00
236	040101005-8	Excisão e Sutura de Leito Ungueal (Também Excisão e Sutura de Unha Encravada Pela Dobra Ungueal)	UNID	150	R\$ 63,00	R\$ 9.450,00
237	040101005-8	Ressutura	UNID	100	R\$ 70,00	R\$ 7.000,00
238	040101005-8	Exerese de Calo	UNID	250	R\$ 42,00	R\$ 10.500,00
239	040101005-8	Sutura de Ferimentos Extensos, com ou sem Debridamento	UNID	500	R\$ 119,45	R\$ 59.725,00
240	040101006-6	Excisão/ Sutura Simples Peq.Lesões de Pele/ Mucosa (Diversas, Incluindo em Pirâmide Nasal)	UNID	500	R\$ 42,00	R\$ 21.000,00
241	040101007-4	Excisão e Sutura de Tumores da Orelha	UNID	50	R\$ 119,45	R\$ 5.972,50
242	040101007-4	Exerese de Cisto Sebáceo	UNID	120	R\$ 42,00	R\$ 5.040,00
243	040101007-4	Exerese de Lipoma (Também Cisto, Nódulos e Outros Tumores Subcutâneos)	UNID	200	R\$ 42,00	R\$ 8.400,00
244	040101007-4	Exerese de Tumor de Pele	UNID	100	R\$ 119,45	R\$ 11.945,00
245	040101008-2	Frenectomia	UNID	25	R\$ 42,00	R\$ 1.050,00
246	040101009-0	Fulguração/ Cauterização Química de Lesões Cutâneas	UNID	100	R\$ 50,40	R\$ 5.040,00
247	040101010-4	Incisão e Drenagem de Hematoma	UNID	15	R\$ 42,00	R\$ 630,00
248	040101010-4	Incisão e Drenagem de Celulite	UNID	15	R\$ 42,00	R\$ 630,00
249	040101010-4	Incisão e Drenagem de Fleimão	UNID	36	R\$ 70,00	R\$ 2.520,00
250	040101010-4	Tratamento de Miiase Furunculoide	UNID	15	R\$ 42,00	R\$ 630,00
251	040101010-4	Drenagem de Abscesso ou Hematoma (do Septo Nasal)	UNID	24	R\$ 63,00	R\$ 1.512,00
252	040101011-2	Retirada de Corpo Estranho Subcutâneo	UNID	100	R\$ 50,00	R\$ 5.000,00
253	040101013-9	Tratamento Cirúrgico de Fistula do Pescoço, por Aproximação (Exerese de Cisto ou Fistula Branquial ou de Tireoglossa)	UNID	2	R\$ 210,00	R\$ 420,00
254	040102008-8	Exerese de Cisto Sacro- Coccigeo	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
255	040305008-1	Neuroctomia Diferenciada de Nervos Periféricos Prof 27,28 Também Neuroma	UNID	2	R\$ 210,00	R\$ 420,00
256	040401005-9	Drenagem de Abscesso Faringeo	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
257	040401007-5	Drenagem de Furúnculo C. A. E.	UNID	5	R\$ 42,00	R\$ 210,00
258	040401009-1	Ducha de Politzer – por C. A. E.	UNID	2	R\$ 42,00	R\$ 84,00
259	040401012-1	Ressecção de Tumores da Face, por Via Externa ou Endobucal /N	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
260	040401012-1	Exerese de Tumor Benigno de C. A. E. Pavilhão Auricular (Polipos; Cistos Pré- Auricular – Coloboma Auris etc)	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
261	040401012-1	Exerese de Tumor Benigno Intranasal Prof. 18,34,72 e 85	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
262	040401015-6	Infiltração Medicamentosa em Corneto Inferior	UNID	2	R\$ 21,00	R\$ 42,00
263	040401024-6	Miringotomia	UNID	2	R\$ 42,00	R\$ 84,00
264	040401027-0	Remoção de Cerumen de C. A. E.	UNID	24	R\$ 42,00	R\$ 1.008,00

265	040401030-0	Retirada de Corpo Estranho da Cavidade Auditiva (CAE e Pavilhão Auricular) e Nasal (Nariz e Pirâmide Nasal)	UNID	120	R\$ 42,00	R\$ 5.040,00
266	040401031-8	Retirada Corpo Estranho em C. A. E., Sob Anestesia Geral	UNID	10	R\$ 119,45	R\$ 1.194,50
267	040401031-8	Retirada Corpo Estranho em Faringe	UNID	12	R\$ 54,60	R\$ 655,20
268	040401031-8	Retirada Corpo Estranho Faringe Sob Anestesia Geral	UNID	12	R\$ 119,45	R\$ 1.433,40
269	040401031-8	Retirada Corpo Estranho Nariz Sob Anestesia Geral	UNID	24	R\$ 70,00	R\$ 1.680,00
270	040401034-2	Tamponamento Anterior (Epistaxe)	UNID	24	R\$ 70,00	R\$ 1.680,00
271	040401034-2	Tamponamento Antero – Posterior	UNID	24	R\$ 119,45	R\$ 2.866,80
272	040401039-3	Tratamento Cirúrgico de Pericondrite de Pavilhão	UNID	24	R\$ 119,45	R\$ 2.866,80
273	040402003-8	Tratamento Cirúrgico de Fistula Buco – Nasal	UNID	15	R\$ 210,00	R\$ 3.150,00
274	040402005-4	Incisão e Drenagem de Abscesso da Boca e Anexo	UNID	100	R\$ 42,00	R\$ 4.200,00
275	040402009-7	Excisão e Sutura de Lesão na Boca (Também Excisão de Tumor)	UNID	70	R\$ 119,45	R\$ 8.361,50
276	040402009-7	Sutura de Ferida da Mucosa Bucal e Face	UNID	25	R\$ 70,00	R\$ 1.750,00
277	040402010-0	Excisão em Cunha do Lábio	UNID	25	R\$ 119,45	R\$ 2.986,25
278	040501004-4	Drenagem de Abscesso Palpebral	UNID	25	R\$ 42,00	R\$ 1.050,00
279	040501007-9	Exerese de Calázio	UNID	15	R\$ 50,40	R\$ 756,00
280	040503011-8	Tratamento Cirúrgico de Miiase Palpebral	UNID	10	R\$ 42,00	R\$ 420,00
281	040505025-9	Retirada de Corpo Estranho da Córnea/ Esclera	UNID	70	R\$ 70,00	R\$ 4.900,00
282	040602009-4	Dissecção de Veia ou Artéria (Também Hemostasia de Varizes)	UNID	5	R\$ 70,00	R\$ 350,00
283	040602013-2	Excisão e Sutura de Hemangioma	UNID	2	R\$ 70,00	R\$ 140,00
284	040602014-0	Excisão e Sutura de Linfangioma ou Nervos	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
285	040602020-5	Linfadenectomia Profunda	UNID	2	R\$ 140,00	R\$ 280,00
286	040602029-9	Linfadenectomia Superficial	UNID	2	R\$ 84,00	R\$ 168,00
287	040701032-7	Esclerose de Varizes Esofagianas	UNID	6	R\$ 119,45	R\$ 716,70
288	040702012-8	Dilatação Digital ou Instrumental do Anus e/ ou Reto	UNID	6	R\$ 42,00	R\$ 252,00
289	040702013-6	Drenagem de Abscesso Anu - Retal	UNID	2	R\$ 105,00	R\$ 210,00
290	040702014-4	Drenagem de Abscesso Isquio – Retal	UNID	2	R\$ 87,50	R\$ 175,00
291	040702016-0	Eletrocauterização de Lesão Anal Transparietal	UNID	10	R\$ 70,00	R\$ 700,00
292	040702022-5	Excisão Local de tumor Anu Retal	UNID	10	R\$ 119,45	R\$ 1.194,50
293	040702037-3	Redução Manual de Procedência de Reto	UNID	10	R\$ 63,00	R\$ 630,00
294	040702039-0	Retirada de Corpo Estranho do reto	UNID	10	R\$ 63,00	R\$ 630,00
295	040704019-6	Paracentese Abdominal	UNID	10	R\$ 63,00	R\$ 630,00
296	040704021-8	Pneumoperitonio (Sessão)	UNID	10	R\$ 63,00	R\$ 630,00

297	040801012-6	Tratamento de Fratura – Luxação ao Nível da Cintura (Escapular AP Gess Toraco – B)	UNID	10	R\$ 210,00	R\$ 2.100,00
298	040801012-6	Tratamento de Fratura e Fratura – Luxação ao Nível da Cintura (Escapular AP Gess Toraco – B)	UNID	10	R\$ 210,00	R\$ 2.100,00
299	040801013-4	Tratamento de Fratura/ Fratura- Luxação Escapulo – umeral com AP Gessado Toraco - B	UNID	10	R\$ 210,00	R\$ 2.100,00
300	040801013-4	Tratamento de Fratura/ Fratura- Luxação Escapulo – Umeral/ Velpeau	UNID	10	R\$ 189,00	R\$ 1.890,00
301	040802010-5	Fasciotomia Palmar	UNID	10	R\$ 119,45	R\$ 1.194,50
302	040802016-4	Tratamento de Fratura do Úmero com Apar. Gessado Axilo – Palmar (com Redução)	UNID	10	R\$ 175,00	R\$ 1.750,00
303	040802016-4	Tratamento de Fratura do Úmero com Apar. Gessado Toraco – B (com Redução).	UNID	10	R\$ 210,00	R\$ 2.100,00
304	040802019-9	Tratamento de Fratura/ Fratura – Luxação Interessando Diafise Umeral AP Gess Toraco -B	UNID	30	R\$ 210,00	R\$ 6.300,00
305	040802022-9	Tratamento de Luxação/ Fratura – Luxação ao Nível do Cotovelo AP Gess Axilo Palmar	UNID	30	R\$ 189,00	R\$ 5.670,00
306	040802022-9	Tratamento de Luxação / Fratura – Luxação ao Nível do Cotovelo AP Gessado Toraco – B	UNID	30	R\$ 210,00	R\$ 6.300,00
307	040802024-5	Tratamento Fratura/ Luxação / Fratura – Luxação ao Nível do Punho AP Gess Axilo Palmar	UNID	30	R\$ 271,00	R\$ 8.130,00
308	040802029-6	Revisão de Coto Amputado (Braço)	UNID	25	R\$ 105,00	R\$ 2.625,00
309	040802029-6	Revisão de Coto Amputado (Antebraço)	UNID	25	R\$ 105,00	R\$ 2.625,00
310	040802030-0	Tenossinovite Abscesso de Mão e Dedos – por Drenagem	UNID	10	R\$ 119,45	R\$ 1.194,50
311	040804035-1	Tratamento em Articulação Coxo – Femural com Imobilização Gessada AP Gess Pelvi Pos.	UNID	15	R\$ 336,00	R\$ 5.040,00
312	040805019-5	Tratamento de Luxação, Fratura – Luxação, Fratura do Ante – Pá e Médio Pé – Bota Gessada	UNID	30	R\$ 140,00	R\$ 4.200,00
313	040805021-7	Tratamento de Luxação / Fratura – Luxação/ Fratura do Tornozelo – AP Gessado Bota Gessada	UNID	30	R\$ 140,00	R\$ 4.200,00
314	040805021-7	Tratamento de Luxação / Fratura – Luxação/ Fratura do Tornozelo – AP Gessado Cruro Pod.	UNID	30	R\$ 210,00	R\$ 6.300,00
315	040805022-5	Tratamento de Fratura da Diáfise Tibial Associada ou não a Fratura de Fíbula AP Gess Cruro Pod.	UNID	15	R\$ 140,00	R\$ 2.100,00
316	040805025-0	Tratamento de Fratura da Metáfise Distal do Fêmur e Proximal AP Gess Pelvi Pod.	UNID	15	R\$ 336,00	R\$ 5.040,00
317	040805026-8	Tratamento de Luxação/ Fratura – Luxação ao Nível do Joelho c/ AP Gessado Pelvi Podálico	UNID	30	R\$ 210,00	R\$ 6.300,00
318	040805029-2	Tratamento de Luxação/ Fratura – Luxação/ Fratura do Retro – Pé Bota Gessada	UNID	25	R\$ 77,00	R\$ 1.925,00
319	040805033-0	Revisão de Coto Amputado (Coxa)	UNID	6	R\$ 105,00	R\$ 630,00
320	040805033-0	Revisão de Coto Amputado (Perna)	UNID	6	R\$ 105,00	R\$ 630,00
321	040805033-0	Revisão de Coto Amputado (Tornozelo)	UNID	6	R\$ 105,00	R\$ 630,00
322	040805033-0	Revisão de Coto Amputado Ossos do Pé	UNID	6	R\$ 105,00	R\$ 630,00
323	040806004-2	Amputação de Dedo – por Dedo (Quirodáctilos)	UNID	25	R\$ 119,45	R\$ 2.986,25

324	040806008-5	Ressecção de Bolsa Sinovial de Cotovelo	UNID	2	R\$ 140,00	R\$ 280,00
325	040806008-5	Ressecção Cirúrgica de Bolsa Pré- Rotuliana	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
326	040806008-5	Bursectpmia	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
327	040806008-5	Cirurgia de Higroma	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
328	040806015-8	Manipulação para Correção de Contratura em Flexão de Joelho	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
329	040806021-2	Ressecção de Cisto Sinovial (Outras Articulações)	UNID	24	R\$ 119,45	R\$ 2.866,80
330	040806022-0	Ressecção de Exostose	UNID	2	R\$ 140,00	R\$ 280,00
331	040806030-1	Ressecção Muscular	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
332	040806035-2	Retirada de Material de Sintese (Fio de Kirschner Haste PA (Transosseo)	UNID	24	R\$ 50,40	R\$ 1.209,60
333	040806035-2	Retirada de Material de Sintese (Fio de Kirschner Haste PA (Intra Osseo)	UNID	24	R\$ 119,45	R\$ 2.866,80
334	040806042-5	Revisão do Coo Amputado (Punho ou Dedo)	UNID	10	R\$ 105,00	R\$ 1.050,00
335	040806045-0	Miorrafia	UNID	10	R\$ 119,45	R\$ 1.194,50
336	040806045-0	Miotomia	UNID	10	R\$ 119,45	R\$ 1.194,50
337	040806045-0	Tenorrafia	UNID	24	R\$ 119,45	R\$ 2.866,80
338	040806065-4	Tratamento Cirúrgico da Polidactilia não Articulada	UNID	10	R\$ 70,00	R\$ 700,00
339	040806065-4	Tratamento Cirúrgico da Polidactilia Articulada	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
340	040806065-4	Tratamento Cirúrgico da Sindactilia de 2 Dígitos	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
341	040806065-4	Tratamento Cirúrgico da Sindactilia Multipla	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
342	040806068-9	Tratamento Cirúrgico da Rutura do Aparelho Extensor do Dedo	UNID	5	R\$ 63,00	R\$ 315,00
343	040901009-0	Cistostomia Supra Pubica	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
344	040901035-9	Punção ou Aspiração Vesical	UNID	5	R\$ 42,00	R\$ 210,00
345	040902001-0	Incisão e Drenagem de Abscesso Peri- Uretral	UNID	15	R\$ 63,00	R\$ 945,00
346	040902002-8	Incisão e Drenagem de Fleimão Urinoso	UNID	15	R\$ 50,40	R\$ 756,00
347	040902007-9	Meatotomia Simples	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
348	040902008-7	Ressecção de Caruncula	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
349	040904001-0	Drenagem de Abscesso de Bolsa Escrotal	UNID	24	R\$ 63,00	R\$ 1.512,00
350	040904002-9	Drenagem do Deferente	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
351	040904006-1	Exerese de Cisto de Bolsa Escrotal	UNID	12	R\$ 63,00	R\$ 756,00
352	040904007-0	Exerese de Cisto de Epididimo	UNID	12	R\$ 210,00	R\$ 2.520,00
353	040904008-8	Exerese de Cisto de Cordão Espermático	UNID	5	R\$ 210,00	R\$ 1.050,00
354	040904010-0	Exploração Cirúrgica do Deferente	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25

355	040905003-9	Correção de Parafimose	UNID	5	R\$ 70,00	R\$ 350,00
356	040905005-9	Incisão de Prepúcio	UNID	5	R\$ 70,00	R\$ 350,00
357	040905006-7	Plástica de Freio Balano - Prepuccial	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
358	040905008-3	Postectomia	UNID	5	R\$ 140,00	R\$ 700,00
359	040906001-1	Cerclagem do Colo Uterino	UNID	2	R\$ 50,40	R\$ 100,80
360	040906004-6	Curetagem Semiótica com ou sem Dilatação do Colo	UNID	30	R\$ 119,45	R\$ 3.583,50
361	040906006-2	Dilatação do Colo Uterino	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
362	040906009-7	Excisão de Polipo Uterino	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
363	040907012-2	Incisão e Drenagem de Glandula de Bartholine ou Skene	UNID	5	R\$ 50,40	R\$ 252,00
364	040907014-9	Exerese de Cisto Vaginal (e Outras Lesões Benigna)	UNID	25	R\$ 119,45	R\$ 2.986,25
365	040907015-7	Bartolinctomia	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
366	040907015-7	Exerese de Glandula de Skene	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
367	040907016-5	Extirpação de Lesão de Vulva/ Perineo (Eletrocoagulação ou Fuguração) Também Calterização de Nódulos e Outras Lesões Nodulares	UNID	80	R\$ 42,00	R\$ 3.360,00
368	040907017-3	Extração de Corpo Estranho na Vagina	UNID	24	R\$ 119,45	R\$ 2.866,80
369	040907018-1	Himenotomia	UNID	5	R\$ 63,00	R\$ 315,00
370	041001001-4	Incisão e Drenagem de Abscesso de Mama	UNID	35	R\$ 119,45	R\$ 4.180,75
371	041001002-2	Esvaziamento Percutâneo de Cisto Mamário	UNID	5	R\$ 42,00	R\$ 210,00
372	0401001003-0	Extirpação de Mama Supranumerária	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
373	041001003-0	Xextirpação de Mamilos	UNID	5	R\$ 42,00	R\$ 210,00
374	041001008-1	Plástica Mamária Masculina	UNID	5	R\$ 140,00	R\$ 700,00
375	041001010-3	Reversão de Mamilo Invertido	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
376	041101001-8	Descolamento Manual da Placenta	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
377	041101006-9	Ressutura de Episiorrafia Pós - Parto	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
378	041101007-7	Sutura de Laceração de Trajeto Pélvico (Parto Antes da ADMI)	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
379	041102001-3	Curetagem Pós Abortamento	UNID	25	R\$ 119,45	R\$ 2.986,25
380	041201005-8	Curativo Pós Alta	UNID	25	R\$ 21,00	R\$ 525,00
381	041201006-2	Punção Traqueal com Aspiração/ Traqueostomia	UNID	2	R\$ 210,00	R\$ 420,00
382	041204014-0	Toracocentese	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
383	041301002-3	Primeiro Atendimento em Pacientes com Pequenas Queimaduras	UNID	5	R\$ 70,00	R\$ 350,00
384	041301003-1	Curativo Grande Pós Alta	UNID	20	R\$ 49,00	R\$ 980,00
385	041301004-0	Curativo Médio Pós Alta	UNID	20	R\$ 35,00	R\$ 700,00
386	041301005-8	Curativo Pequeno Pós Alta	UNID	20	R\$ 21,00	R\$ 420,00
387	041304001-1	Autonomização de Retalho	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90

388	041304015-1	Transecção de Retalhos (Também Excisão e Sutura com Rotação de Retalhos e Plástica em "Z")	UNID	2	R\$ 140,00	R\$ 280,00
389	041401022-1	Revisão e Troca de Aparelho Gessado em Lesão dos Ossos da Face	UNID	10	R\$ 119,00	R\$ 1.190,00
390	041401029-9	Tratamento dos Ossos da Face	UNID	5	R\$ 140,00	R\$ 700,00
391	041401029-9	Tratamento dos Ossos da Face	UNID	5	R\$ 119,00	R\$ 595,00
392	041401030-2	Tratamento dos Ossos do Nariz	UNID	5	R\$ 84,00	R\$ 420,00
393	041401031-0	Tratamento do Arco Zigomático	UNID	5	R\$ 140,00	R\$ 700,00
394	041401033-7	Fratura de Mandibula por Hemiface	UNID	5	R\$ 140,00	R\$ 700,00
395	041401033-7	Tratamento de Luxação Temporo - Mandibular	UNID	5	R\$ 140,00	R\$ 700,00
396	041402010-3	Remoção de Calculo Salivar	UNID	5	R\$ 42,00	R\$ 210,00
397	041402017-0	Glossorrafia	UNID	5	R\$ 210,00	R\$ 1.050,00
398	041402023-5	Reconstrução Parcial do Lábio Traumatizado	UNID	5	R\$ 210,00	R\$ 1.050,00
399	041402026-0	Remoção de Corpo Estranho da Região – Maxilo – Facial	UNID	5	R\$ 140,00	R\$ 700,00
400	041402034-0	Tratamento Cirúrgico de Fistula Extra Oral	UNID	5	R\$ 140,00	R\$ 700,00
401	041402034-0	Tratamento Cirúrgico de Fistula Intra Oral	UNID	5	R\$ 210,00	R\$ 1.050,00
402	041504001-9	Cateterismo de Veia Central por Punção	UNID	5	R\$ 70,00	R\$ 350,00
403	041504004-3	Debridamento de Ulcera ou Necrose	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
404	041701005-2	Anestesia Regional	UNID	500	R\$ 70,00	R\$ 35.000,00
405	070105001-2	Bolsa de Colostomia com Adesivos Microporos Fechada	UNID	8	R\$ 7,30	R\$ 58,40
406	070105002-0	Bolsa de Colostomia com Adesivos Microporo Drenavel e/ou Fechado	UNID	8	R\$ 9,00	R\$ 72,00
TOTAL						R\$ 1.500.927,26
BLOCO 5 - ULTRASSONOGRÁFIAS						
407	020502017-8	Ultrassonografia Craniana	UNID	2	R\$ 65,00	R\$ 130,00
408	020502003-8	Ultrassonografia Hipocondrio Direto (Fígado Vesícula VI)	UNID	10	R\$ 65,00	R\$ 650,00
409	020502013-5	Ultrassonografia Tórax (Extracardiaco)	UNID	2	R\$ 65,00	R\$ 130,00
410	020502012-7	Ultrassonografia de Tireóide	UNID	150	R\$ 65,00	R\$ 9.750,00
411	020502004-6	Ultrassonografia de abdômen Superior	UNID	500	R\$ 65,00	R\$ 32.500,00
412	020502003-8	Ultrassonografia de abdômen Inferior	UNID	100	R\$ 65,00	R\$ 6.500,00
413	020502004-6	Ultrassonografia Abdômen Total	UNID	250	R\$ 65,00	R\$ 16.250,00
414	020502005-4	Ultrassonografia de Vias Urinárias	UNID	200	R\$ 65,00	R\$ 13.000,00
415	020502007-0	Ultrassonografia de Bolsa Escrotal	UNID	100	R\$ 65,00	R\$ 6.500,00
416	020502009-7	Ultrassonografia de Mama	UNID	150	R\$ 65,00	R\$ 9.750,00

417	20502010-0	Ultrassonografia de Próstata Via Abdominal	UNID	100	R\$ 65,00	R\$ 6.500,00
418	020502014-3	Ultrassonografia Obstétrica	UNID	1000	R\$ 65,00	R\$ 97.500,00
419	020502016-0	Ultrassonografia Pélvica	UNID	120	R\$ 65,00	R\$ 7.800,00
420	020505018-6	Ultrassonografia Transvaginal	UNID	700	R\$ 65,00	R\$ 78.000,00
421	-----	Ultrassonografia de Próstata Transretal	UNID	50	R\$ 65,00	R\$ 6.500,00
422	-----	Ultrassonografia Diversos	UNID	150	R\$ 65,00	R\$ 9.750,00
423	-----	Ultrassonografia de Nádegas	UNID	25	R\$ 65,00	R\$ 1.625,00
424	-----	Ultrassonografia Inguinal	UNID	25	R\$ 65,00	R\$ 1.625,00
425	-----	Ultrassonografia Parótida	UNID	25	R\$ 65,00	R\$ 1.625,00
426	-----	Ultrassonografia de Partes Moles	UNID	50	R\$ 65,00	R\$ 3.250,00
427	-----	Ultrassonografia morfológica	UNID	25	R\$ 250,00	R\$ 3.250,00
TOTAL						R\$ 312.585,00
BLOCO 6 - ELETROCARDIOGRAMA						
428	021102003-6	ELETROCARDIOGRAMA	UNID	200	R\$ 25,20	R\$ 5.040,00
TOTAL						R\$ 5.040,00
BLOCO 7 - RADIOLOGIA						
429	204030030	Mamografia	UND	200	R\$ 200,00	R\$ 40.000,00
TOTAL						R\$ 40.000,00
BLOCO 8 - LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS						
ITEM	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	UNID	QTDE	V. UNIT	TOTAL
430	020102002-5	Coleta de Linfa para Pesquisa de M. leprae	UNID	10	R\$ 2,80	R\$ 28,00
431	020102004-1	Coleta de Material para Exame Laboratorial em Patologia	UNID	25	R\$ 2,80	R\$ 70,00
432	021104003-7	Secreção Vaginal (Exame a Fresco)	UNID	150	R\$ 3,92	R\$ 588,00
433	020102005-0	Coleta para Sangue para Triagem Neonatal	UNID	25	R\$ 2,80	R\$ 70,00
434	021401001-5	Teste Específico para Diabete Mellitus – Glicemia Capilar	UNID	150	R\$ 5,60	R\$ 840,00
435	021401002-3	Teste Específico para Diabete Mellitus - Cetonuria	UNID	150	R\$ 5,60	R\$ 840,00
436	021401003-1	Teste Específico para Diabete Mellitus – Glicosuria	UNID	150	R\$ 5,60	R\$ 840,00
437	020201002-3	Capacidade de Fixação do Ferro	UNID	25	R\$ 9,80	R\$ 245,00
438	020201004-0	Curva Glicemia Clássica 2 Dosagens- Oral	UNID	100	R\$ 9,80	R\$ 980,00
439	020201007-4	Curva Glicemia Clássica 5 Dosagens - Oral	UNID	25	R\$ 31,50	R\$ 787,50
440	020201011-2	Acido Ascórbico	UNID	25	R\$ 9,80	R\$ 245,00
441	020201012-0	Acido Úrico	UNID	500	R\$ 9,80	R\$ 4.900,00
442	020201018-0	Amilase	UNID	250	R\$ 9,80	R\$ 2.450,00
443	020201020-1	Bilirrubina Total e Frações	UNID	250	R\$ 9,80	R\$ 2.450,00
444	020201021-0	Cálcio	UNID	100	R\$ 9,80	R\$ 980,00
445	020201026-0	Cloreto	UNID	100	R\$ 9,80	R\$ 980,00
446	20201027	Colesterol (HDL)	UNID	1000	R\$ 9,80	R\$ 9.800,00
447	020201028-7	Colesterol (LDL)	UNID	1000	R\$ 9,80	R\$ 9.800,00
448	020201029-5	Colesterol Total	UNID	1000	R\$ 9,80	R\$ 9.800,00

449	020201030-9	Colinesterase	UNID	30	R\$ 9,80	R\$ 294,00
450	020201031-7	Creatinina	UNID	800	R\$ 9,80	R\$ 7.840,00
451	020201039-2	Ferro Serico	UNID	350	R\$ 9,80	R\$ 3.430,00
452	020201041-4	Fosfatase Acida Total - Fração Prostática	UNID	30	R\$ 9,80	R\$ 294,00
453	020201042-2	Fosfatase Alcalina	UNID	350	R\$ 9,80	R\$ 3.430,00
454	020201043-0	Fósforo	UNID	100	R\$ 9,80	R\$ 980,00
455	020201044-9	Fosfatase Acida Fração Prostática	UNID	15	R\$ 9,80	R\$ 147,00
456	020201046-5	Gama – Glutamil Transferase – Gama GT	UNID	450	R\$ 9,80	R\$ 4.410,00
457	020201047-3	Glicose	UNID	1500	R\$ 9,80	R\$ 14.700,00
458	020201050-3	Hemoglobina Glicosilada	UNID	300	R\$ 18,90	R\$ 5.670,00
459	020201055-4	Lipase	UNID	200	R\$ 9,80	R\$ 1.960,00
460	020201056-2	Magnésio	UNID	50	R\$ 9,80	R\$ 490,00
461	020201057-0	Muco Proteínas	UNID	50	R\$ 9,80	R\$ 490,00
462	020201060-0	Potássio	UNID	100	R\$ 9,80	R\$ 980,00
463	020201061-9	Proteínas Totais	UNID	250	R\$ 9,80	R\$ 2.450,00
464	020201062-7	Proteínas Totais e Frações	UNID	250	R\$ 9,80	R\$ 2.450,00
465	020201063-5	Sódio	UNID	250	R\$ 9,80	R\$ 2.450,00
466	020201064-3	Transaminase Oxalacetica (Aspartato Amino Transferase)	UNID	350	R\$ 9,80	R\$ 3.430,00
467	020201065-1	Transaminase Piruvica (Alanina Amino Transferase)	UNID	350	R\$ 9,80	R\$ 3.430,00
468	020201065-1	Triglicerídeos	UNID	1000	R\$ 9,80	R\$ 9.800,00
469	020201069-4	Uréia	UNID	500	R\$ 9,80	R\$ 4.900,00
470	020202002-9	Plaquetas- Contagem	UNID	100	R\$ 9,80	R\$ 980,00
471	020202003-7	Reticulocitos - Contagem	UNID	30	R\$ 9,80	R\$ 294,00
472	020202009-6	Coagulograma	UNID	250	R\$ 9,80	R\$ 2.450,00
473	020202007-0	Tempo de Coagulação (celite)	UNID	10	R\$ 9,80	R\$ 98,00
474	020202007-0	Tempo de Coagulação (Lee White)	UNID	10	R\$ 9,80	R\$ 98,00
475	020202009-6	Tempo de Sangramento (Duke)	UNID	10	R\$ 9,80	R\$ 98,00
476	020202010-0	Tempo de sangramento de Ivy	UNID	10	R\$ 14,00	R\$ 140,00
477	020202012-6	Tempo de Trombina	UNID	100	R\$ 9,80	R\$ 980,00
478	020202013-4	Tempo de Tromboplastia Parcial ativada (TTP Ativada)	UNID	100	R\$ 9,80	R\$ 980,00
479	020202014-2	Tempo de Atividade Protombinica	UNID	100	R\$ 9,80	R\$ 980,00
480	020202015-0	Velocidade de Hemossedimentação (VHS)	UNID	50	R\$ 5,60	R\$ 280,00
481	020202016-9	Anticorpos Anti A E / ou B- Pesquisa	UNID	10	R\$ 16,80	R\$ 168,00
482	020202030-4	Dosagem de Hemoglobina	UNID	100	R\$ 9,80	R\$ 980,00
483	020202036-3	Eritrograma (Eritrocitos Hemoglobina Hematocrito)	UNID	50	R\$ 9,80	R\$ 490,00
484	020202037-1	Hematocrito	UNID	50	R\$ 4,20	R\$ 210,00
485	020202038-0	Hemograma Completo	UNID	1.500	R\$ 9,80	R\$ 14.700,00
486	020202039-8	Leucograma	UNID	100	R\$ 7,00	R\$ 700,00
487	020202041-0	Células Le – Pesquisa	UNID	30	R\$ 9,80	R\$ 294,00
488	020202044-4	Teste de Falcização	UNID	30	R\$ 9,80	R\$ 294,00
489	020202045-2	Pesquisa de Plasmodios (Gota Espessa)	UNID	50	R\$ 9,80	R\$ 490,00
490	020202046-0	Tripanossomo - Pesquisa	UNID	30	R\$ 9,80	R\$ 294,00
491	020202049-5	Retração do Coagulo - Teste	UNID	30	R\$ 9,80	R\$ 294,00
492	020202050-9	Prova do Laço	UNID	30	R\$ 5,60	R\$ 168,00
493	020202054-1	Coobs Direto	UNID	100	R\$ 21,40	R\$ 2.140,00
494	020203007-5	Fator Reumatóide Teste do Látex	UNID	30	R\$ 9,80	R\$ 294,00
495	020203008-3	Proteína C Reativa Determinação Quantitativa	UNID	30	R\$ 12,95	R\$ 388,50
496	020203020-2	Proteína C Reativa Pesquisa	UNID	30	R\$ 9,80	R\$ 294,00
497	020203029-6	Anticorpos Anti HIV (Westerni Blot)	UNID	30	R\$ 119,00	R\$ 3.570,00
498	020203030-0	Anticorpos Anti HIV1, HIV2 - EIE	UNID	100	R\$ 63,00	R\$ 6.300,00

499	020203040-7	Brucelose Soro Aglutinação (Anticorpos Bloqueadores)	UNID	10	R\$ 9,80	R\$ 98,00
500	020203040-7	Brucelose (HÁ)	UNID	10	R\$ 9,80	R\$ 98,00
501	020203047-4	Antiestreptolisina (Aslo) Determinação Quantitativa	UNID	30	R\$ 9,80	R\$ 294,00
502	020203053-9	Leptospirose Reação Aglutinação (Macro/Microscopia)	UNID	10	R\$ 13,86	R\$ 138,60
503	020203063-6	Anti- HSB – Anticorpos Contra Antígenos	UNID	100	R\$ 33,60	R\$ 3.360,00
504	020203067-9	Anti HCV Anticorpos Contra o Vírus da Hepatite C	UNID	800	R\$ 33,60	R\$ 26.880,00
505	020203074-1	Citomegalovirus IGG-IGM (cada)	UNID	600	R\$ 18,55	R\$ 11.130,00
506	020203076-8	Toxoplasmose IFI- IGG- IGM (cada)	UNID	600	R\$ 18,55	R\$ 11.130,00
507	020203081-4	Rubéola Anticorpos IGG e IGM (EIE-cada)	UNID	600	R\$ 18,55	R\$ 11.130,00
508	020203087-3	Toxoplasmose (ICG e IGM) Cad - EIE	UNID	100	R\$ 33,60	R\$ 3.360,00
509	020203088-1	Chagas IGM - IGG (cada)	UNID	20	R\$ 12,95	R\$ 259,00
510	020203097-0	Hepatite B HBSAG- Antígeno	UNID	600	R\$ 24,50	R\$ 14.700,00
511	020203110-1	Leishmaniose (sorologia)	UNID	30	R\$ 35,50	R\$ 1.065,00
512	02023111-0	VDRL (Inclusive Quantitativo)	UNID	30	R\$ 9,80	R\$ 294,00
513	020203112-8	FTA-ABS Para Sífilis IGG IFI	UNID	50	R\$ 21,90	R\$ 1.095,00
514	020203113-6	FTA-ABS para Sífilis IGM	UNID	50	R\$ 21,90	R\$ 1.095,00
515	020204004-6	Helminhos – Exames de Fragmentos/ Partes de eliminação	UNID	10	R\$ 5,60	R\$ 56,00
516	020204005-4	Pesquisa de Oxiúros com Coleta por Swab Anal	UNID	30	R\$ 5,60	R\$ 168,00
517	020204008-9	Pesquisa de Larvas (Método de Baermann ou Rugal)	UNID	10	R\$ 5,60	R\$ 56,00
518	020204009-7	Pesquisa de Leucócitos Fecais	UNID	10	R\$ 5,60	R\$ 56,00
519	020204010-0	Pesquisa de Leveduras	UNID	10	R\$ 5,60	R\$ 56,00
520	020204011-9	Pesquisa Schistosoma-Ovos-em Fragmento	UNID	10	R\$ 9,80	R\$ 98,00
521	020204012-7	Parasitológico – (Métodos de Concentração)	UNID	10	R\$ 8,40	R\$ 84,00
522	020204013-5	Rotavírus (Fezes) Pesquisa	UNID	30	R\$ 21,00	R\$ 630,00
523	020204014-3	Pesquisa de Sangue Oculto	UNID	50	R\$ 5,60	R\$ 280,00
524	020204017-8	Pesquisa de Protozoários – Método Hematoxilina Férrica	UNID	10	R\$ 5,60	R\$ 56,00
525	020205001-7	Urobilinogenio	UNID	10	R\$ 9,80	R\$ 98,00
526	020205001-7	Pesquisa de Elementos Anormais/Sedimento na Urina	UNID	100	R\$ 8,40	R\$ 840,00
527	020205002-5	Clearance de Creatinina	UNID	20	R\$ 49,80	R\$ 996,00
528	020205004-1	Clearance de Uréia	UNID	10	R\$ 9,80	R\$ 98,00
529	020205008-4	Acido Cítrico	UNID	10	R\$ 9,80	R\$ 98,00
530	020205011-4	Proteinúria de 24 Horas	UNID	100	R\$ 49,80	R\$ 4.980,00
531	020205025-4	Gravidez Teste Imunológico	UNID	50	R\$ 9,80	R\$ 490,00
532	020205021-7	Gonadotrofina Coriônica – Beta HCG	UNID	50	R\$ 16,80	R\$ 840,00
533	020200010-5	PSA - Total e Livre (cada)	UNID	600	R\$ 35,51	R\$ 21.306,00
534	020205021-7	Hormônio Gonadotrófico Coriônico	UNID	10	R\$ 16,80	R\$ 168,00
535	020208001-3	Antibiograma	UNID	200	R\$ 21,00	R\$ 4.200,00

536	020208004-8	Bacilos Álcool- Ácido Resistente Pesquisa (Diagnostico para Tuberculose)	UNID	30	R\$ 9,80	R\$ 294,00
537	020208005-6	Bacilosopia Direta p/ Peso (BAAR) para Diagnostico de Hanseníase	UNID	30	R\$ 9,80	R\$ 294,00
538	020208005-7	Bacilosopia Direta p/ peso (BAAR) /para Controle de Tuberculose	UNID	30	R\$ 9,80	R\$ 294,00
539	020208007-2	Bacteroscopia (por Lamina)	UNID	50	R\$ 6,30	R\$ 315,00
540	020208008-0	Cultura para Identificação de Bactérias	UNID	100	R\$ 21,00	R\$ 2.100,00
541	020208014-5	Micologico Direto	UNID	200	R\$ 29,90	R\$ 5.980,00
542	020212009-0	Coombs Indireto	UNID	100	R\$ 21,40	R\$ 2.140,00
543	020206035-7	Testosterona Livre	UNID	50	R\$ 19,20	R\$ 960,00
544	020206035-7	Testoterona Total	UNID	50	R\$ 19,20	R\$ 960,00
545	020206029-2	Progesterona	UNID	100	R\$ 16,20	R\$ 1.620,00
546	020206023-3	FSH	UNID	100	R\$ 16,40	R\$ 1.640,00
547	020206024-1	LH	UNID	50	R\$ 16,40	R\$ 820,00
548	020206039-0	T3 - Triodotironia - Total e Livre (cada)	UNID	100	R\$ 19,50	R\$ 1.950,00
549	020206038-1	T4 Tiroxina - Total e Livre	UNID	100	R\$ 19,50	R\$ 1.950,00
550	020206025-0	TSH	UNID	100	R\$ 16,50	R\$ 1.650,00
551	020206015-2	Didrosterona DHT	UNID	10	R\$ 11,50	R\$ 115,00
552	020206016-0	Estradiol	UNID	50	R\$ 10,50	R\$ 525,00
553	020209005-1	Estrona	UNID	50	R\$ 11,50	R\$ 575,00
554	020206008-0	Hormônio Adrenocorticotrofico/ACTH	UNID	10	R\$ 15,50	R\$ 155,00
555	020209008-6	Hormônio do Crescimento/HGH	UNID	10	R\$ 24,50	R\$ 245,00
556	20206030	Prolactina	UNID	50	R\$ 16,70	R\$ 835,00
557	020203037-7	Adenovirus	UNID	10	R\$ 58,50	R\$ 585,00
558	020203031-8	HTLV 1/2 (cada)	UNID	50	R\$ 27,50	R\$ 1.375,00
559	020206018-7	Estrogênio	UNID	50	R\$ 32,50	R\$ 1.625,00
560	020206013-6	Cortisol	UNID	50	R\$ 18,50	R\$ 925,00
561	020206017-9	Estriol	UNID	30	R\$ 11,50	R\$ 345,00
562	020203089-0	Hepatite B anti HBC IGM	UNID	50	R\$ 18,50	R\$ 925,00
563	020203098-9	Hepatite B HBEAG	UNID	50	R\$ 18,50	R\$ 925,00
564	020208009-1	Hepatite A anti HAV IGG	UNID	50	R\$ 18,50	R\$ 925,00
565	020203080-6	Hepatite A anti HAV IGM	UNID	50	R\$ 18,50	R\$ 925,00
566	020203084-9	Herpes Simples IGG	UNID	50	R\$ 23,50	R\$ 1.175,00
567	020203095-4	Herpes Simples IGM	UNID	50	R\$ 23,50	R\$ 1.175,00
568	020203078-4	Hepatite B anti HBC IGG	UNID	50	R\$ 18,50	R\$ 925,00
569	020203079-2	DENGUE IGG	UNID	500	R\$ 30,00	R\$ 15.000,00
570	020203090-3	DENGUE IGM	UNID	500	R\$ 20,00	R\$ 10.000,00
571	020203083-0	EPSTEINS BAAR VIRUS IGG	UNID	50	R\$ 23,50	R\$ 1.175,00
572	020203094-6	EPSTEINS BAAR VIRUS IGM	UNID	50	R\$ 22,50	R\$ 1.125,00
573	020203016-4	Imunoglobulinas IGG/IGE/IGM (cada)	UNID	50	R\$ 22,50	R\$ 1.125,00
574	020301001-9	Exame Citopatologico Cervico – Vaginal e Microflora	UNID	1500	R\$ 29,40	R\$ 44.100,00
575	020302003-0	Exame Anatomo – Patológico de Peca Cirúrgica Convencional/BIO	UNID	50	R\$ 58,80	R\$ 2.940,00
TOTAL						R\$ 394.657,60
TOTAL GERAL						R\$ 2.336.297,96

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 SANITÁRIA;

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.

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 ():

Discriminação	SIM	NÃO	NDA
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"> Estão relacionados no caderno apresentado. 			

Relacionar exames realizados (e terceirizados)

- Estão relacionados no caderno apresentado.

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 ():

ADMINISTRAÇÃO E RECEPÇÃO UNIDADE DE SERVIÇOS GERAIS			
Discriminação	SIM	NÃO	NDA
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 apresentam requisitos sanitários exigidos? (salas: diretoria, administração, financeira), salas de reuniões, chefia de enfermagem, etc).			
OBS:			

AMBULATÓRIO CONSULTÓRIO SEM PROCEDIMENTO INVASIVO			
Discriminação	SIM	NÃO	NDA
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:			
OBS:			
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			

OBS:

CONSULTÓRIOS (COM PROCEDIMENTOS INVASIVOS)			
Discriminação	SIM	NAO	NDA
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)			

UNIDADE DE EMERGÊNCIA			
Discriminação	SIM	NÃO	NDA
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:			

UNIDADE DE INTERNAÇÃO GERAL			
Discriminação	SIM	NÃO	NDA
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"> • Estão no caderno apresentado. 			
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 ² para RN ou lactante:	Sim ()	Não ()	NDA ()
5,0 m ² para infantes ou pré escolares:	Sim ()	Não ()	NDA ()
5,0 m ² 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

Nº DE SALAS:

Discriminação	SIM	NÃO	NDA
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 de proteção?			
Descreva rotina de desinfecção de salas e equipamentos:			
Qual o destino de peças (amputação e placentas)			

Comissão Organizadora