



EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 15/2018

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 331/2018

O Município de Gaspar, através do Fundo Municipal de Saúde, torna público para conhecimento dos interessados, que serão recebidos os envelopes contendo os documentos de "Habilitação" no Departamento de Compras da sede desta Prefeitura, para **CREDENCIAMENTO DE ENTIDADES PÚBLICAS, FILANTRÓPICAS E/OU PRIVADAS PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA REALIZAÇÃO DE CONSULTAS E PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA OU CIRÚRGICA, HOSPITALAR, AMBULATORIAL, DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE**, de acordo com as normas ora apresentadas e a Lei nº 8.666/93 e alterações

1 DO OBJETO

1.1 Credenciamento de entidades públicas, filantrópicas e/ou privadas prestadoras de serviços de saúde para realização de consultas e procedimentos com finalidade diagnóstica ou cirúrgica, hospitalar, ambulatorial, de média e alta complexidade, discriminados (constantes) na "Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde – SUS", através do sistema de gerenciamento da tabela SIGTAP;

O sistema encontra-se disponível em <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/download.jsp>

2 DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

2.1 Serão admitidos à participar deste Credenciamento todos aqueles que comprovarem a adequação as normas deste edital.

2.2. Não poderão participar deste Credenciamento:

a) os legalmente impedidos, na forma da lei;

b) as empresas cujos proprietários, diretores e sócios pertençam ao quadro de servidores públicos do Município, ou que exerçam cargo de chefia e/ou função de confiança na Administração Pública.

2.2 É vedada a qualquer pessoa física ou jurídica a representação, no presente Credenciamento, de mais de 1 (uma) Instituição.

2.3 As proponentes deverão apresentar carta de apresentação com a indicação do representante credenciado para praticar todos os atos necessários em nome da proponente em todas as etapas do Credenciamento, ou documento que comprove sua capacidade de representar, no caso de sócio ou titular.

3 DA HABILITAÇÃO

Os documentos para habilitação deverão ser apresentados em envelope fechado, contendo em sua parte externa as seguintes informações:

ENVELOPE Nº 01 – HABILITAÇÃO
DEPARTAMENTO DE COMPRAS E LICITAÇÕES - PREFEITURA DE GASPAR/SC
CREDENCIAMENTO Nº 15/2018
CREDENCIAMENTO DE ENTIDADES DE SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
RAZÃO SOCIAL:
CNPJ:
ENDEREÇO:
TELEFONE:
E-MAIL:



A proponente poderá apresentar a qualquer tempo, enquanto o Credenciamento estiver aberto, em 1 (uma) via, os seguintes documentos:

3.1 Habilitação Jurídica

- 3.1.1 Registro Comercial, no caso de empresa individual, **ou**;
- 3.1.2 Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor (com suas devidas alterações), devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedade por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores, **ou**;
- 3.1.3 Inscrição do Ato Constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício, **ou**;
- 3.1.4 Decreto de Autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e Ato de Registro ou Autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir;
- 3.1.5 Identificação do proponente, com CNPJ, nome, endereço, inscrição municipal e todas as formas de contato (telefone, fax e e-mail);
- 3.1.6 Cédula de Identidade e Certidão da Matrícula na Junta Comercial, no caso de firma individual;
- 3.1.7 Declaração afirmando estar ciente das condições do Edital de Credenciamento nº 15/2018, que assume a responsabilidade pela autenticidade de todos os documentos apresentados, sujeitando-se às penalidades legais e a sumária desclassificação do chamamento, e que fornecerá quaisquer informações complementares solicitadas pela Secretaria Municipal de Saúde para Contratação de Prestadores de Serviços de Saúde, conforme Anexo I;
- 3.1.8 Alvará Sanitário atualizado, expedido pela Vigilância Sanitária Municipal ou Estadual;
- 3.1.9 Alvará de funcionamento atualizado;
- 3.1.10 Certificado de filantropia para entidades filantrópicas sem fins lucrativos, somente se for o caso.

3.2 Regularidade Fiscal

- 3.2.1. Prova de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) ou Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) com data de emissão não superior a 60 (sessenta) dias.
- 3.2.2 Certidão de Quitação de Tributos e Contribuições Federais e Certidão Quanto à Dívida Ativa da União - Conjunta; com data de emissão não superior a 180 (cento e oitenta) dias quando não constar expressamente no corpo da Certidão o seu prazo de validade.
- 3.2.3 Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual com data de emissão não superior a 60 (sessenta) dias, quando não constar expressamente no corpo da mesma o seu prazo de validade.
- 3.2.4 Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal, com data de emissão não superior a 60 (sessenta) dias, quando não constar expressamente no corpo da mesma o seu prazo de validade.
- 3.2.5 Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS, demonstrando a situação regular no cumprimento dos encargos instituídos por Lei.
- 3.2.6 Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), com data de emissão não superior a 180 (cento e oitenta) dias, quando não constar expressamente no corpo da Certidão o seu prazo de validade.

Observação: As certidões negativas deverão ser do domicílio ou sede da interessada.

3.3 Qualificação Técnica

- 3.3.1 Comprovante de cadastramento no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES);
- 3.3.2 Registro ou inscrição na entidade profissional competente;



3.3.3 Apresentar, no mínimo, 01 (um) atestado emitido por pessoa jurídica de direito público ou privado, comprovando a aptidão de atividade anterior, compatível com o objeto da presente Chamada – Atestado de Capacidade Técnica;

3.3.4 Declaração de capacidade instalada e disponibilidade para o SUS;

3.3.5 Relação nominal dos profissionais que compõe a equipe técnica do prestador, com identificação do profissional responsável técnico (informando nome, CPF, carga horária semanal, cargo, função e número de inscrição no respectivo Conselho Profissional) para profissionais de nível universitário e técnicos.

OBSERVAÇÃO

a) Os documentos necessários à Habilitação deverão ser, preferencialmente, apresentados conforme a sequência acima mencionada, e poderão ser apresentados em original, ou, se preferir, deverão ser apresentados por qualquer processo de cópia autenticada, ou publicação em órgão da imprensa oficial. Caso seja apresentada fotocópia simples DEVERÁ SER APRESENTADO O DOCUMENTO ORIGINAL PARA CUMPRIMENTO DA LEI Nº 13.726/2018. Os documentos que forem apresentados em original não serão devolvidos, e passarão a fazer parte integrante deste processo de Credenciamento;

b) Quando se tratar de documento obtido através da Internet, este não precisa ser autenticado, uma vez que terá sua validade confirmada pelo responsável, desde que conste descrita, no corpo do documento, a identificação de que a emissão foi por meio eletrônico, ou via internet, e conste o sítio eletrônico onde possa se proceder à verificação.

3.4 O local de entrega dos envelopes contendo os documentos de "Habilitação" será o Departamento de Compras da Prefeitura Municipal de Gaspar, situado a Rua São Pedro, nº 128, 2º andar - Centro – Gaspar/SC.

3.5 O período para a entrega dos documentos de Habilitação inicia-se com a publicação deste Edital, no horário de expediente das 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00 horas. Qualquer interessada poderá apresentar os documentos para se credenciar, ficando o credenciamento aberto por tempo indeterminado.

3.6 Ao apresentar os documentos de Habilitação, a proponente declara ter aceitado e obriga-se aos termos do presente Credenciamento.

4 DA ABERTURA DOS ENVELOPES

4.1 O Departamento de Compras receberá os documentos e verificará se a documentação atende ao exigido na Cláusula Terceira deste Credenciamento.

4.2 No caso de indeferimento do Credenciamento, o interessado poderá interpor recurso no prazo de 5 (cinco) dias úteis.

4.3 Ocorrida a exclusão do proponente pela ausência de documentação mínima necessária ao credenciamento, o mesmo poderá, durante o período de vigência do edital, apresentar nova documentação ao credenciamento, escoimada dos vícios que culminaram na inabilitação.

4.4 Estarão habilitados e credenciados os proponentes que atenderem a todas as exigências contidas no item 3 deste edital

5 ESPECIFICAÇÕES GERAIS

5.1 Depois de ultrapassada a fase habilitatória os prestadores serão convocados para assinatura do Termo de Credenciamento.

5.2 O teto financeiro do município de Gaspar para realização de Consultas Especializadas, Procedimentos com a finalidade Diagnóstica, Cirurgica, Hospitalar, Ambulatorial, de Média e Alta Complexidade, segundo a Programação Pactuada Integrada – PPI e recurso financeiro próprio,



será distribuído entre os prestadores contratados, de acordo com as disponibilidades e conveniências da Secretaria Municipal de Saúde, levando-se em conta a preferência dos usuários.

5.2.1 A distribuição dos valores entre os prestadores contratados obedecerá ao seguinte critério:

a) Os valores serão distribuídos de acordo com a organização dos serviços de saúde municipal respeitada a capacidade instalada de cada prestador.

5.3 Todos os contratados deverão utilizar o SIGSS e/ou SISREG, para realização do fechamento de sua produção mensal.

5.4 O relatório de produção mensal deverá ser entregue no Setor de Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação da Secretaria Municipal de Saúde até o 3º dia útil do mês subsequente à prestação do serviço, sendo que até o dia 20 deste mesmo mês está disponível na Secretaria Municipal de Saúde o relatório de crítica com os valores aprovados para pagamento.

5.5 Após o dia 20 o contratado deverá apresentar ao Departamento Administrativo da Secretaria Municipal de Saúde Nota Fiscal ou recibo com o valor correspondente ao relatório da crítica.

5.6 A Secretaria Municipal de Saúde efetuará o pagamento do valor finalmente apurado, depositando-o em conta corrente do contratado 15 (quinze) dias após apresentação da Nota Fiscal ou recibo.

5.7 A Nota Fiscal deverá ser emitida eletronicamente, pelo próprio contratado, obrigatoriamente com o número de inscrição no CNPJ com que foi indicado no credenciamento, não se admitindo notas fiscais emitidas com outros CNPJ's, mesmo aqueles de filiais ou da matriz.

5.8 O pagamento será efetuado em moeda nacional, creditado em nome da Contratada, mediante Ordem Bancária em conta corrente por ela indicada, e ocorrerá até o 15º (décimo quinto) dia útil após o ateste da nota fiscal, que ocorrerá após a aprovação do relatório mensal de prestação dos serviços pelo Fiscal, e:

5.9 Caso a pessoa jurídica não seja optante pelo Sistema Integrado de Pagamento de Impostos e Contribuições (SIMPLES), instituído pela Lei nº 123/2006, será efetuada a retenção na fonte de acordo com a legislação federal, estadual e municipal.

5.10 O credenciado optante pelo SIMPLES deverá, antes do prazo previsto para emissão da ordem bancária, apresentar cópia do termo de opção pelo SIMPLES juntamente com a Nota Fiscal.

5.11 A critério da Contratante poderão ser utilizados os valores devidos para cobrir possíveis despesas com multas, indenizações a terceiros ou outras quantias de responsabilidade da Contratada, bem como multas que lhe tenham sido aplicadas em decorrência da irregular execução contratual.

5.12 A despeito da obrigação da Contratada em manter durante toda a execução do Termo de Credenciamento, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas, constatando situação de irregularidade, poderá o pagamento mensal ser suspenso ou realizado em juízo, conforme o caso, sem prejuízo das sanções administrativas cabíveis.

5.13 Não haverá, sob hipótese alguma, pagamento antecipado.

6 DAS OBRIGAÇÕES

6.1 São obrigações da CREDENCIADA:

a) Fornecer os resultados de exames em formulário próprio, num prazo máximo de 03 (três) dias úteis após a realização do exame, a ser entregue ao usuário na matriz da CREDENCIADA;

b) Realizar todos os procedimentos discriminados na tabela deste edital, que correspondam a sua atividade;

c) Não poderá haver qualquer distinção entre o atendimento destinado aos usuários do SUS e os demais usuários atendidos pela CREDENCIADA;

d) Os serviços contratados deverão ser prestados pelos profissionais pertencentes ao quadro técnico da CREDENCIADA, de acordo com as condições e especificações estabelecidas neste instrumento e no contrato;

e) Para realização do procedimento deverá haver solicitação prévia da Rede Pública de Saúde, seja através da SAM67/BPA-II/AIH/TFD/APAC ou de outro formulário próprio do Sistema de Gestão



da Secretaria de Saúde “SIGSS”, assim como estarem autorizados a guia do Sistema de Regulação “SISREG”, com data, nome e assinatura do paciente;

f) A CREDENCIADA receberá pelos serviços prestados exclusivamente os valores previstos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, mais complemento conforme disposto no item 3 do Anexo II do edital. Eventual cobrança de qualquer valor excedente dos usuários ou seus responsáveis acarretará na imediata rescisão do contrato e sujeição à declaração de inidoneidade e responsabilização cível e criminal;

g) A CREDENCIADA deverá manter-se, durante a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações anteriores e com as condições de habilitação exigidas neste edital e anexos;

h) Não poderá haver quaisquer obstáculos ou impedimentos às vistorias técnicas que serão realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde;

i) Deverá ser utilizado o Sistema nacional de Regulação “SISREG”, para apresentação da produção mensal;

j) A produção mensal, via SISREG, deverá estar acompanhada do respectivo relatório impresso e as requisições devidamente assinadas pelos usuários, contendo o nome completo do usuário, e o código do procedimento;

k) A CREDENCIADA deverá responsabilizar-se em “alimentar” o Sistema “SISREG”, após capacitação da equipe oferecida pela Secretaria Municipal de Saúde, no que diz respeito a confirmação de atendimento dos pacientes e faltas;

l) A CREDENCIADA respeitará as filas e demandas que a Central de Regulação do Município encaminhar, bem como, para exames, consultas e/ou demais procedimentos, a CREDENCIADA deverá apresentar agendas fixas, com dias e horários, para que a Central de Regulação do Município faça os agendamentos, conforme critério clínico de classificação de risco;

m) Os preparos para a realização dos procedimentos são de responsabilidade da CREDENCIADA, que deve repassar para a Central de Regulação do Município a partir do mesmo estar credenciado.

7 DA VALIDADE DO CREDENCIAMENTO

7.1 O credenciamento está aberto por tempo indeterminado, podendo qualquer interessado desde que apresente os documentos, credenciar-se.

7.2 O Credenciamento poderá ser encerrado por interesse público.

7.3 A Credenciada poderá requerer seu Descredenciamento a qualquer momento, mediante solicitação formal, sendo que a Secretaria Municipal de Saúde tem o prazo de 30 (trinta) dias para avaliar a solicitação e emitir parecer quanto ao descredenciamento.

8 DA DOTAÇÃO

As despesas decorrentes do presente Credenciamento correrão por conta do orçamento municipal para o exercício financeiro de 2019. Dotação orçamentária:

86/2019 – 06.11.10.302.0026.2138 – Ampliar, Manter e Equipar Ações de Média e Alta Complexidade

9 DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

9.1 O prazo para a assinatura do Termo de Credenciamento será de 5 (cinco) dias úteis, após notificação expedida pelo Município.

9.2 Poderá haver a rescisão do termo de credenciamento nas hipóteses elencadas no artigo 77, 78 e 79 da Lei nº 8.666/93.

9.3 Em caso de REVOGAÇÃO ou ANULAÇÃO deste Credenciamento serão observadas as disposições da Lei nº 8.666/93 e alterações.



9.4 As despesas decorrentes do presente Credenciamento correrão por conta da dotação orçamentária de cada ano de vigência do Credenciamento, cujo saldo será conferido junto ao Departamento de Contabilidade e apresentar-se suficiente.

9.5 Os interessados que tiverem dúvidas de caráter técnico e/ou legal na interpretação do presente Credenciamento serão atendidos no Departamento de Compras, no horário de expediente, em dias úteis.

9.6 Aplica-se ao presente Edital a Lei 8.666/1993 e demais legislação pertinentes a matéria.

9.7 Fazem parte integrante deste Credenciamento:

- a) Anexo I - Termo de Adesão;
- b) Anexo II - Projeto Básico;
- c) Anexo III - Minuta do Termo de Credenciamento.

Gaspar (SC), 18 de dezembro de 2018.

KLEBER EDSON WAN-DALL
Prefeito

CARLOS ROBERTO PEREIRA
Secretário Municipal de Saúde



ANEXO I

CRENCIAMENTO Nº 15/2018 Termo de Adesão

A (nome da instituição) _____, neste ato representada pelo _____, portado da Cédula de Identidade nº _____ e inscrito no CPF sob o nº _____, declara sob as penas da lei e para fins de participação no Processo de Credenciamento nº FMS 15/2018 que:

- a) Temos ciência e concordamos com todas as condições de participação e prestação de contas estabelecidas no Edital e seus anexos;
- b) Nos responsabilizamos pela autenticidade de todos os documentos apresentados;
- c) Possuímos estabelecimento com instalações e estrutura compatíveis com as exigências do Edital;
- d) Forneceremos quaisquer informações complementares solicitadas pela Secretaria Municipal de Saúde para Contratação de Prestadores de Serviços de Saúde

A presente entidade tem interesse em se credenciar para a realização de consultas e procedimentos com finalidade diagnóstica ou cirúrgica, hospitalar, ambulatorial, de média e alta complexidade

Local e data: _____.

Assinatura

Carimbo ou identificação do signatário

Nome Legível do representante legal: _____



ANEXO II

CRENCIAMENTO Nº 15/2018

PROJETO BÁSICO

CRENCIAMENTO DE ENTIDADES PÚBLICAS, FILANTRÓPICAS E/OU PRIVADAS PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA REALIZAÇÃO DE CONSULTAS E PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA OU CIRÚRGICA, HOSPITALAR, AMBULATORIAL, DE MÉDIA OU ALTA COMPLEXIDADE.

Atualmente com quase 70 mil habitantes o município de Gaspar apresenta uma grande demanda em serviços de saúde. Existem há exemplo, cerca de 500 Exames de Tomografias Computadorizadas, em fila de espera, podendo o tempo de espera para a realização deste exame chegar a 12 meses.

No mês de março de 2018 foi lançado pela Secretaria Municipal de Saúde o programa “Gaspar é + Saúde”. Composto por 15 macro ações o programa tem como um dos seus principais objetivos diminuir as filas de espera em consultas, exames e cirurgias.

Visando atendimento aos usuários da rede municipal de saúde do Município de Gaspar, referente a realização de Consultas Especializadas, Procedimentos com a Finalidade Diagnóstica, Cirúrgica, Hospitalar, Ambulatorial, de Média e Alta Complexidade. À necessidade de contratação se justifica, a fim de que o município não fique sem a oferta destes procedimentos, bem como garanta maior agilidade no agendamento, de forma que não prejudique os usuários do sistema público de saúde na conclusão e/ou definição de diagnóstico para tratamento e/ou reabilitação do seu estado de saúde.

Embora seja competência do poder executivo a prestação de serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, a própria constituição de 1988 em seu art. 199 versa que, “§ 1o As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.”.

A seu turno, a Lei Federal n. 8.080/90, que dispõe sobre o sistema de saúde, estabelece:

“Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.”

O município conta com algumas especialidades pela prestação direta via profissionais efetivos ou com contratos temporários, para as demais são ofertadas via PPI ou adquiridas do Consórcio Intermunicipal de Saúde o CISAMVI. Entretanto a oferta de serviços em saúde esta longe do equilíbrio necessário com a demanda disponibilizada, justificando assim a necessidade dos



gestores públicos buscarem formas alternativas de suprimento da demanda, mesmo que de forma temporária até o alcance de uma meta ideal em que os usuários de serviços médicos especializados via SUS não tenham prejuízo em sua saúde devido a demora para realizarem seus exames, consultas e cirurgias.

2. DO OBJETO

Constitui objeto deste Projeto Básico a contratação de entidades privadas ou filantrópicas prestadoras de serviços de saúde para a realização de Consultas Especializadas, Procedimentos com a Finalidade Diagnóstica, Cirúrgica, Hospitalar, Ambulatorial, de Média e Alta Complexidade, discriminados (constantes) na “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde – SUS,” através do sistema de gerenciamento da tabela SIGTAP; o sistema encontra-se disponível no seguinte endereço eletrônico: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/download.jsp>

3. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

3.1 - ITEM 01 – REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRURGICOS

Tabela de Referência de Valores – SIGTAP – SUS + PRÊMIO

Estimativa anual de Procedimentos: 1000 unidades.

ESPECIALIDADE	CÓD. PROCED.	NOM.PROCED.	VALOR AIH-APAC	PRÊMIO	AIH/APAC + Complemento
GERAL	401020100	EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTANEO	R\$ 143,72	R\$ 450,00	R\$ 593,72
GERAL	407040110	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	R\$ 416,43	R\$ 450,00	R\$ 866,43
GERAL	401020088	IEXERESE DE CISTO SACRO-COCCIGEO	R\$ 143,72	R\$ 450,00	R\$ 593,72
GERAL	406020566	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES UNILATERAL)	R\$ 582,04	R\$ 600,00	R\$ 1.182,04
GERAL	406020574	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES BILATERAL)	R\$ 483,37	R\$ 600,00	R\$ 1.083,37
GERAL	407020276	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	R\$ 254,12	R\$ 450,00	R\$ 704,12
GERAL	407020284	HEMORROIDECTOMIA	R\$ 315,94	R\$ 450,00	R\$ 765,94
GERAL	407040129	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R\$ 434,99	R\$ 450,00	R\$ 884,99
GERAL	407030026	COLECISTECTOMIA	R\$ 695,77	R\$ 450,00	R\$ 1.145,77
GERAL	407030034	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 693,05	R\$ 450,00	R\$ 1.143,05
GERAL	407040064	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	R\$ 559,87	R\$ 450,00	R\$ 1.009,87
GERAL	407040080	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	R\$ 539,82	R\$ 450,00	R\$ 989,82
GERAL	407040099	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	R\$ 426,02	R\$ 450,00	R\$ 876,02
GERAL	407040102	HERNIOPLASTIA INGUINAL 1 CRURAL (UNILATERAL)	R\$ 445,51	R\$ 450,00	R\$ 895,51
GERAL	407020047	APENDICECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 421,40	R\$ 450,00	R\$ 871,40
GERAL	407020080	COLECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 1.280,75	R\$ 450,00	R\$ 1.730,75
GERAL	407030077	COLEDOCOTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 564,79	R\$ 450,00	R\$ 1.014,79
GERAL	407030190	PANCREATECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 684,13	R\$ 450,00	R\$ 1.134,13
GERAL	407040072	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 361,54	R\$ 450,00	R\$ 811,54
GERAL	407040137	HERNIORRAFIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 376,95	R\$ 450,00	R\$ 826,95



PREFEITURA MUNICIPAL DE GASPAR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



GERAL	407040153	HERNIORRAFIA UMBILICAL VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 360,66	R\$ 450,00	R\$ 810,66
GINECOLOGIA	409060046	CURETAGEM SEMIOTICA C/ OU S/ DILATAÇÃO DO COLO DO UTERO	R\$ 167,42	R\$ 450,00	R\$ 617,42
GINECOLOGIA	409060038	CONIZACAO	R\$ 443,66	R\$ 600,00	R\$ 1.043,66
GINECOLOGIA	409070157	EXERESE DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE	R\$ 224,68	R\$ 450,00	R\$ 674,68
GINECOLOGIA	409060020	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR C/ AMPUTACAO DE COLO	R\$ 449,20	R\$ 600,00	R\$ 1.049,20
GINECOLOGIA	409060100	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	R\$ 460,08	R\$ 600,00	R\$ 1.060,08
GINECOLOGIA	409060119	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA I / BILATERAL)	R\$ 770,70	R\$ 600,00	R\$ 1.370,70
GINECOLOGIA	409060127	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	R\$ 546,04	R\$ 600,00	R\$ 1.146,04
GINECOLOGIA	409060135	HISTERECTOMIA TOTAL	R\$ 634,03	R\$ 600,00	R\$ 1.234,03
GINECOLOGIA	409060186	LAQUEADURA TUBARIA	R\$ 339,02	R\$ 450,00	R\$ 789,02
GINECOLOGIA	409060216	OOFORRECTOMIA / OOFOROPLASTIA	R\$ 509,86	R\$ 600,00	R\$ 1.109,86
GINECOLOGIA	409070050	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	R\$ 472,43	R\$ 600,00	R\$ 1.072,43
GINECOLOGIA	409070270	TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA POR VIA VAGINAL	R\$ 372,89	R\$ 600,00	R\$ 972,89
GINECOLOGIA	410010073	PLASTICA MAMARIA FEMININA NAO ESTETICA	R\$ 514,17	R\$ 600,00	R\$ 1.114,17
GINECOLOGIA	409060011	CERCLAGEM DE COLO DO UTERO	R\$ 178,01	R\$ 600,00	R\$ 778,01
GINECOLOGIA	409060054	CURETAGEM UTERINA EM MOLA HIDATIFORME	R\$ 137,38	R\$ 600,00	R\$ 737,38
GINECOLOGIA	409060178	HISTEROSCOPIA CIRURGICA C/ RESSECTOSCOPIO	R\$ 173,33	R\$ 600,00	R\$ 773,33
GINECOLOGIA	409060194	MIOMECTOMIA	R\$ 528,94	R\$ 600,00	R\$ 1.128,94
GINECOLOGIA	409060208	MIOMECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 437,46	R\$ 600,00	R\$ 1.037,46
GINECOLOGIA	409060232	SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL	R\$ 465,59	R\$ 600,00	R\$ 1.065,59
GINECOLOGIA	409060240	SALPINGECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 376,84	R\$ 600,00	R\$ 976,84
GINECOLOGIA	409060259	SALPINGOPLASTIA	R\$ 334,32	R\$ 600,00	R\$ 934,32
GINECOLOGIA	409060267	SALPINGOPLASTIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 337,17	R\$ 600,00	R\$ 937,17
GINECOLOGIA	409070017	ALARGAMENTO DA ENTRADA VAGINAL	R\$ 119,35	R\$ 600,00	R\$ 719,35
GINECOLOGIA	409070025	COLPECTOMIA	R\$ 372,54	R\$ 600,00	R\$ 972,54
GINECOLOGIA	409070033	COLPOCLEISE (CIRURGIA DE LE FORT)	R\$ 351,38	R\$ 600,00	R\$ 951,38
GINECOLOGIA	409070041	COLPOPERINEOCLEISE	R\$ 372,53	R\$ 600,00	R\$ 972,53
GINECOLOGIA	409070068	COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR	R\$ 372,54	R\$ 600,00	R\$ 972,54
GINECOLOGIA	409070076	COLPOPERINEORRAFIA NAO OBSTETRICA	R\$ 372,54	R\$ 600,00	R\$ 972,54
GINECOLOGIA	409070084	COLPOPLASTIA ANTERIOR	R\$ 372,54	R\$ 600,00	R\$ 972,54
GINECOLOGIA	409070149	EXERESE DE CISTO VAGINAL	R\$ 372,54	R\$ 600,00	R\$ 972,54
GINECOLOGIA	409070190	MARSUPIALIZACAO DE GLANDULA DE BARTOLIN	R\$ 139,96	R\$ 600,00	R\$ 739,96
GINECOLOGIA	409070203	OPERACAO DE BURCH	R\$ 457,67	R\$ 600,00	R\$ 1.057,67
GINECOLOGIA	409070211	RECONSTRUCAO DA VAGINA	R\$ 409,55		R\$ 409,55
GINECOLOGIA	409070220	TRATAMENTO CIRURGICO DE COAPTACAO DE NINFAS	R\$ 119,35	R\$ 600,00	R\$ 719,35



PREFEITURA MUNICIPAL DE GASPAR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



GINECOLOGIA	409070238	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA RETO-VAGINAL	R\$ 339,52	R\$ 600,00	R\$ 939,52
GINECOLOGIA	409070254	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA VESICO-VAGINAL	R\$ 1.142,25	R\$ 600,00	R\$ 1.742,25
GINECOLOGIA	409070262	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIPERTROFIA DOS PEQUENOS LABIOS	R\$ 119,35	R\$ 600,00	R\$ 719,35
GINECOLOGIA	409070289	TRATAMENTO CIRURGICO DE VAGINA SEPTADA / ATRESICA	R\$ 428,45	R\$ 600,00	R\$ 1.028,45
GINECOLOGIA	409070300	VULVECTOMIA SIMPLES	R\$ 128,44	R\$ 600,00	R\$ 728,44
MULTIPLA	415010012	TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS	R\$ 1.147,65	R\$ 600,00	R\$ 1.747,65
OFTALMO	405030134	VITRECTOMIA ANTERIOR	R\$ 381,08		R\$ 381,08
OFTALMO	04.05.03.017	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSAO DE PERFLUOCARBONO/OLEO DE SILICONE/ENDOLASER	R\$ 3.283,41		R\$ 3.283,41
OFTALMO	405030193	PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER	R\$ 180,00		R\$ 180,00
OFTALMO	405050020	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	R\$ 45,00		R\$ 45,00
OFTALMO	405050097	FACECTOMIA C/ IMPLANTE DELENTE INTRA-OCULAR	R\$ 443,00		R\$ 443,00
OFTALMO	405050119	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA	R\$ 543,00		R\$ 543,00
OFTALMO	405050127	FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER	R\$ 45,00		R\$ 45,00
OFTALMO	405050194	IRIDOTOMIA A LASER	R\$ 45,00		R\$ 45,00
OFTALMO	405050372	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	R\$ 771,60		R\$ 771,60
OFTALMO	405030142	VITRECTOMIA POSTERIOR	R\$ 1.619,67		R\$ 1.619,67
OFTALMO	405030169	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSAO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER	R\$ 2.540,14		R\$ 2.540,14
OFTALMO	405030177	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSAO DE PERFLUOCARBONO/OLEO DE SILICONE/ENDOLASER	R\$ 3.283,41		R\$ 3.283,41
OFTALMO	405030185	TERMOTERAPIA TRANSPUPILAR	R\$ 619,17		R\$ 619,17
OFTALMO	405040016	CORRECAO CIRURGICA DE LAGOFTALMO	R\$ 161,19		R\$ 161,19
OFTALMO	405040105	EXPLANTE DE LENTE INTRA OCULAR	R\$ 515,97		R\$ 515,97
OFTALMO	405040202	TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL	R\$ 323,34		R\$ 323,34
OFTALMO	405040210	REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRAOCULAR	R\$ 259,20		R\$ 259,20
OFTALMO	405050011	CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRURGICA	R\$ 161,10		R\$ 161,10
OFTALMO	405050100	FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	R\$ 403,00		R\$ 403,00
OFTALMO	405050135	IMPLANTE DE PROTESE ANTI-GLAUCOMATOSA	R\$ 499,20		R\$ 499,20
OFTALMO	04.05.05.029	SUTURA DE CONJUNTIVA	R\$ 82,28		R\$ 82,28
OFTALMO	405050216	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	R\$ 98,44		R\$ 98,44
OFTALMO	405050224	RECONSTITUICAO DE FORNIX CONJUNTIVAL	R\$ 335,72		R\$ 335,72
OFTALMO	04.05.05.036	TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO	R\$ 209,55		R\$ 209,55
ORTOPEDIA	408060158	MANIPULAÇÃO ARTICULAR	R\$ 122,01	R\$ 600,00	R\$ 722,01
ORTOPEDIA	408060352	RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO	R\$ 151,66	R\$ 600,00	R\$ 751,66
ORTOPEDIA	408060379	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS	R\$ 225,16	R\$ 600,00	R\$ 825,16
ORTOPEDIA	408050926	TRATAMENTO DAS LESÕES OSTEO-CONDRAIS POR FIXAÇÃO OU MOSAICOPLASTIA JOELHO/TORNOZELO	R\$ 1.330,37	R\$ 600,00	R\$ 1.930,37
ORTOPEDIA	408010045	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL PARCIAL	R\$ 613,35	R\$ 600,00	R\$ 1.213,35
ORTOPEDIA	408010150	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVICULA	R\$ 378,70	R\$ 600,00	R\$ 978,70



PREFEITURA MUNICIPAL DE GASPAR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



ORTOPEDIA	408010185	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 377,59	R\$ 600,00	R\$ 977,59
ORTOPEDIA	408010223	TRATAMENTO CIRURGICO DE RETARDO DE CONSOLIDACAO DA PSEUDARTROSE DE CLAVICULA / ESCAPULA	R\$ 284,27	R\$ 600,00	R\$ 884,27
ORTOPEDIA	408010231	TRATAMENTO CIRURGICO DA SINDROME DO IMPACTO SUB-ACROMIAL	R\$ 295,75	R\$ 600,00	R\$ 895,75
ORTOPEDIA	408020032	ARTRODESE DE MEDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 230,37	R\$ 600,00	R\$ 830,37
ORTOPEDIA	408020040	ARTROPLASTIA DE ARTICULAÇÃO DA MAO	R\$ 316,48	R\$ 600,00	R\$ 916,48
ORTOPEDIA	408020059	ARTROPLASTIA DE CABEÇA DO RADIO	R\$ 282,66	R\$ 600,00	R\$ 882,66
ORTOPEDIA	408020091	RESSECÇÃO DO OLECRANO E/OU CABEÇA DO RÁDIO	R\$ 309,51	R\$ 600,00	R\$ 909,51
ORTOPEDIA	408020105	FASCIOTOMIA DE MEMBROS SUPERIORES	R\$ 200,51	R\$ 600,00	R\$ 800,51
ORTOPEDIA	408020130	RECONSTRUÇÃO CAPSULO-LIGAMENTAR DE COTOVELO PUNHO	R\$ 241,43	R\$ 600,00	R\$ 841,43
ORTOPEDIA	408020148	RECONSTRUÇÃO DE POLIA TENDINOSA DOS DEDOS DA MÃO	R\$ 205,53	R\$ 600,00	R\$ 805,53
ORTOPEDIA	408020342	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DAS FALANGES DA MAO (COM FIXAÇÃO)	R\$ 192,60	R\$ 600,00	R\$ 792,60
ORTOPEDIA	408020350	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DE EPICONDILIO / EPITROCLEA DO ÚMERO	R\$ 311,42	R\$ 600,00	R\$ 911,42
ORTOPEDIA	408020369	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DO CONDILO / TRÓCLEA/APOFISE CORONÓIDE DO ULNA / CABEÇA DO RÁDIO	R\$ 368,64	R\$ 600,00	R\$ 968,64
ORTOPEDIA	408020377	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METACARPANOS	R\$ 258,26	R\$ 600,00	R\$ 858,26
ORTOPEDIA	408020407	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	R\$ 253,80	R\$ 600,00	R\$ 853,80
ORTOPEDIA	408020415	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADES / METAFISE PROXIMAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO	R\$ 366,37	R\$ 600,00	R\$ 966,37
ORTOPEDIA	408020423	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO (C/ SÍNTESE)	R\$ 547,30	R\$ 600,00	R\$ 1.147,30
ORTOPEDIA	408020431	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA	R\$ 265,29	R\$ 600,00	R\$ 865,29
ORTOPEDIA	408020440	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO FISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	R\$ 201,02	R\$ 600,00	R\$ 801,02
ORTOPEDIA	408020458	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA-LUXAÇÃO DE GALEAZZI / MONTEGGIA / ESSEX-LOPRESTI	R\$ 366,37	R\$ 600,00	R\$ 966,37
ORTOPEDIA	408020466	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO	R\$ 250,56	R\$ 600,00	R\$ 850,56
ORTOPEDIA	408020482	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESAO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR DO MEMBRO SUPERIOR: COTOVELO / PUNHO	R\$ 241,43	R\$ 600,00	R\$ 841,43
ORTOPEDIA	408020490	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESAO DA MUSCULATURA INTRÍNSECA DA MAO	R\$ 222,09	R\$ 600,00	R\$ 822,09
ORTOPEDIA	408020504	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESÃO EVOLUTIVA FISARIA NO MEMBRO SUPERIOR	R\$ 261,64	R\$ 600,00	R\$ 861,64
ORTOPEDIA	408020512	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO CARPO-METACARPIANA	R\$ 208,94	R\$ 600,00	R\$ 808,94



PREFEITURA MUNICIPAL DE GASPAR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



ORTOPEDIA	408020520	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO DOS OSSOS DO CARPO	R\$ 201,02	R\$ 600,00	R\$ 801,02
ORTOPEDIA	408020555	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA MÃO	R\$ 203,12	R\$ 600,00	R\$ 803,12
ORTOPEDIA	408020571	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO UMERO	R\$ 377,31	R\$ 600,00	R\$ 977,31
ORTOPEDIA	408020580	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE AO NÍVEL DO COTOVELO	R\$ 444,08	R\$ 600,00	R\$ 1.044,08
ORTOPEDIA	408020598	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE NA REGIÃO METAFÍSE-EPIFISÁRIA DISTAL DO RÁDIO E ULNA	R\$ 229,29	R\$ 600,00	R\$ 829,29
ORTOPEDIA	408020601	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDO-RETARDO / CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA AO NÍVEL DO CARPO	R\$ 229,29	R\$ 600,00	R\$ 829,29
ORTOPEDIA	408020628	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINDACTILIA DA MÃO (POR ESPAÇO INTERDIGITAL)	R\$ 192,60	R\$ 600,00	R\$ 792,60
ORTOPEDIA	408030399	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (UM NÍVEL)	R\$ 764,71	R\$ 600,00	R\$ 1.364,71
ORTOPEDIA	408030402	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS NÍVEIS)	R\$ 1.005,48	R\$ 600,00	R\$ 1.605,48
ORTOPEDIA	408030534	RESSEÇÃO DE ELEMENTO VERTEBRAL POSTERIOR / POSTERO-LATERAL / DISTAL A C2 (MAIS DE 2 SEGMENTOS)	R\$ 1.178,86	R\$ 600,00	R\$ 1.778,86
ORTOPEDIA	408040050	ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL	R\$ 1.570,66	R\$ 600,00	R\$ 2.170,66
ORTOPEDIA	408040076	ARTROPLASTIA DE REVISÃO OU RECONSTRUÇÃO DO QUADRIL	R\$ 1.678,87	R\$ 600,00	R\$ 2.278,87
ORTOPEDIA	408040092	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA / HÍBRIDA	R\$ 1.214,72	R\$ 600,00	R\$ 1.814,72
ORTOPEDIA	408040122	EPIFISIÓDESE DO TROCANTER MAIOR DO FÊMUR	R\$ 759,43	R\$ 600,00	R\$ 1.359,43
ORTOPEDIA	408040130	EPIFISIÓDESE FEMORAL PROXIMAL IN SITU	R\$ 759,42	R\$ 600,00	R\$ 1.359,42
ORTOPEDIA	408040343	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO ESPONTÂNEA / PROGRESSIVA / PARALÍTICA DO QUADRIL	R\$ 1.635,27	R\$ 600,00	R\$ 2.235,27
ORTOPEDIA	408050039	ARTRODESE DE MÍDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 371,12	R\$ 600,00	R\$ 971,12
ORTOPEDIA	408050055	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISÃO / RECONSTRUÇÃO	R\$ 1.541,34	R\$ 600,00	R\$ 2.141,34
ORTOPEDIA	408050101	PATELECTOMIA TOTAL OU PARCIAL	R\$ 344,06	R\$ 600,00	R\$ 944,06
ORTOPEDIA	408050110	QUADRICEPSPLASTIA	R\$ 1.602,18	R\$ 600,00	R\$ 2.202,18
ORTOPEDIA	408050128	REALINHAMENTO DO MECANISMO EXTENSOR DO JOELHO	R\$ 273,15	R\$ 600,00	R\$ 873,15
ORTOPEDIA	408050136	RECONSTRUÇÃO DE TENDÃO PATELAR / TENDÃO QUADRICIPITAL	R\$ 1.602,18	R\$ 600,00	R\$ 2.202,18
ORTOPEDIA	408050144	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO	R\$ 432,14	R\$ 600,00	R\$ 1.032,14
ORTOPEDIA	408050152	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR DO JOELHO	R\$ 578,89	R\$ 600,00	R\$ 1.178,89
ORTOPEDIA	408050322	REPARO DE BAINHA TENDINOSA AO NÍVEL DO TORNOZELO	R\$ 213,30	R\$ 600,00	R\$ 813,30
ORTOPEDIA	408050330	REVISÃO CIRÚRGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO EM MEMBRO INFERIOR (EXCETO DEDOS DO PÉ)	R\$ 171,94	R\$ 600,00	R\$ 771,94
ORTOPEDIA	408050349	REVISÃO CIRÚRGICA DO PÉ TORTO CONGENITO	R\$ 344,52	R\$ 600,00	R\$ 944,52
ORTOPEDIA	408050373	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO INFERIOR	R\$ 243,81	R\$ 600,00	R\$ 843,81



PREFEITURA MUNICIPAL DE GASPAR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



ORTOPEDIA	408050390	TRANSFERENCIA MUSCULAR / TENDINOSA NO MEMBRO INFERIOR	R\$ 498,16	R\$ 600,00	R\$ 1.098,16
ORTOPEDIA	408050438	TRATAMENTO CIRURGICO DE AVULSAO DO GRANDE E DO PEQUENO TROCANTER	R\$ 759,42	R\$ 600,00	R\$ 1.359,42
ORTOPEDIA	408050454	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DE OSSOS DO MEDIO-PE	R\$ 268,41	R\$ 600,00	R\$ 868,41
ORTOPEDIA	408050462	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS	R\$ 268,43	R\$ 600,00	R\$ 868,43
ORTOPEDIA	408050470	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS	R\$ 336,60	R\$ 600,00	R\$ 936,60
ORTOPEDIA	408050497	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURALUXAÇÃO DO TORNOZELO	R\$ 432,14	R\$ 600,00	R\$ 1.032,14
ORTOPEDIA	408050527	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXAÇÃO INTERNA	R\$ 503,67	R\$ 600,00	R\$ 1.103,67
ORTOPEDIA	408050535	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO CALCÂNEO	R\$ 268,42	R\$ 600,00	R\$ 868,42
ORTOPEDIA	408050560	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TALUS	R\$ 268,42	R\$ 600,00	R\$ 868,42
ORTOPEDIA	408050578	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR	R\$ 481,49	R\$ 600,00	R\$ 1.081,49
ORTOPEDIA	408050608	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO FISARIA DISTAL DE TIBIA	R\$ 588,22	R\$ 600,00	R\$ 1.188,22
ORTOPEDIA	408050667	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR MEMBRO INFERIOR (JOELHO / TORNOZELO)	R\$ 473,83	R\$ 600,00	R\$ 1.073,83
ORTOPEDIA	408050675	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESÃO EVOLUTIVA FISARIA NO MEMBRO INFERIOR	R\$ 524,43	R\$ 600,00	R\$ 1.124,43
ORTOPEDIA	408050730	TRATAMENTO CIRURGICO DE PÉ CAVO	R\$ 268,42	R\$ 600,00	R\$ 868,42
ORTOPEDIA	408050748	TRATAMENTO CIRURGICO DE PÉ PLANO VALGO	R\$ 268,42	R\$ 600,00	R\$ 868,42
ORTOPEDIA	408050764	TRATAMENTO CIRURGICO DE PÉ TORTO CONGENITO	R\$ 284,06	R\$ 600,00	R\$ 884,06
ORTOPEDIA	408050772	TRATAMENTO CIRURGICO DE PÉ TORTO CONGENITO INVETERADO	R\$ 344,52	R\$ 600,00	R\$ 944,52
ORTOPEDIA	408050799	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA OSSEA DA DIÁFISE DO FÊMUR	R\$ 759,42	R\$ 600,00	R\$ 1.359,42
ORTOPEDIA	408050802	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA OSSEA DA REGIÃO TROCANTERIANA	R\$ 759,42	R\$ 600,00	R\$ 1.359,42
ORTOPEDIA	408050810	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA OSSEA DO COLO DO FEMUR	R\$ 1.010,77	R\$ 600,00	R\$ 1.610,77
ORTOPEDIA	408050837	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA OSSEA METÁFISE DISTAL DO FEMUR	R\$ 759,42	R\$ 600,00	R\$ 1.359,42
ORTOPEDIA	408050845	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO AO NIVEL DO JOELHO	R\$ 397,15	R\$ 600,00	R\$ 997,15
ORTOPEDIA	408050861	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA OSSEA DA DIÁFISE TIBIAL	R\$ 769,41	R\$ 600,00	R\$ 1.369,41
ORTOPEDIA	408050870	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA OSSEA DA METÁFISE TIBIAL	R\$ 598,61	R\$ 600,00	R\$ 1.198,61
ORTOPEDIA	408050918	TRATAMENTO CIRURGICO DO HALUX VALGUS S/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO	R\$ 336,60	R\$ 600,00	R\$ 936,60



PREFEITURA MUNICIPAL DE GASPAR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



ORTOPEDIA	408060018	ALONGAMENTO ENCURTAMENTO MIOTENDINOSO /	R\$ 253,93	R\$ 600,00	R\$ 853,93
ORTOPEDIA	408060050	ARTRODESE DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	R\$ 213,79	R\$ 600,00	R\$ 813,79
ORTOPEDIA	408060069	ARTROPLASTIA DE RESSECÇÃO DE MEDIA / GRANDE ARTICULAÇÃO	R\$ 1.104,38	R\$ 600,00	R\$ 1.704,38
ORTOPEDIA	408060085	BURSECTOMIA	R\$ 213,63	R\$ 600,00	R\$ 813,63
ORTOPEDIA	408060131	EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	R\$ 142,06	R\$ 600,00	R\$ 742,06
ORTOPEDIA	408060174	OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PÉ	R\$ 649,74	R\$ 600,00	R\$ 1.249,74
ORTOPEDIA	408060301	RESSECÇÃO MUSCULAR	R\$ 203,29	R\$ 600,00	R\$ 803,29
ORTOPEDIA	408060328	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-ARTICULAR	R\$ 139,07	R\$ 600,00	R\$ 739,07
ORTOPEDIA	408060336	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-ÓSSEO	R\$ 140,33	R\$ 600,00	R\$ 740,33
ORTOPEDIA	408060387	RETIRADA DE PRÓTESE DE SUBSTITUIÇÃO DE GRANDES ARTICULAÇÕES (OMBRO / COTOVELO / QUADRIL / JOELHO)	R\$ 759,42	R\$ 600,00	R\$ 1.359,42
ORTOPEDIA	408060409	RETIRADA DE TRAÇÃO TRANS-ESQUELÉTICA	R\$ 225,17	R\$ 600,00	R\$ 825,17
ORTOPEDIA	408060425	REVISÃO CIRÚRGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DOS DEDOS	R\$ 207,02	R\$ 600,00	R\$ 807,02
ORTOPEDIA	408060468	TENOMIOTOMIA / DESINSERÇÃO	R\$ 208,94	R\$ 600,00	R\$ 808,94
ORTOPEDIA	408060476	TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDÃO ÚNICO	R\$ 680,20	R\$ 600,00	R\$ 1.280,20
ORTOPEDIA	408060484	TENORRAFIA ÚNICA EM T ' L OSTEO-FIBROSO	R\$ 421,30	R\$ 600,00	R\$ 1.021,30
ORTOPEDIA	408060530	TRANSPOSIÇÃO / TRANSFERENCIA MIOTENDINOSA MÚLTIPLA	R\$ 346,53	R\$ 600,00	R\$ 946,53
ORTOPEDIA	408060549	TRANSPOSIÇÃO / TRANSFERENCIA MIOTENDINOSA ÚNICA	R\$ 214,21	R\$ 600,00	R\$ 814,21
ORTOPEDIA	408060557	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTRITE INFECCIOSA (GRANDES E MEDIAS ARTICULAÇÕES)	R\$ 420,20	R\$ 600,00	R\$ 1.020,20
ORTOPEDIA	408060565	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTRITE INFECCIOSA DAS PEQUENAS ARTICULAÇÕES	R\$ 268,41	R\$ 600,00	R\$ 868,41
ORTOPEDIA	408060573	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM MARTELO / EM GARRA (MÃO E PE)	R\$ 268,41	R\$ 600,00	R\$ 868,41
ORTOPEDIA	408060581	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE ARTICULAR POR RETRAÇÃO TENO-CAPSULO-LIGAMENTAR	R\$ 377,00	R\$ 600,00	R\$ 977,00
ORTOPEDIA	408060590	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DOS OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PÉ	R\$ 555,83	R\$ 600,00	R\$ 1.155,83
ORTOPEDIA	408060620	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INFECÇÃO PÓS-ARTROPLASTIA (GRANDES ARTICULAÇÕES)	R\$ 613,35	R\$ 600,00	R\$ 1.213,35
ORTOPEDIA	408060700	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINDACTILIA SIMPLES (DOIS DEDOS)	R\$ 209,82	R\$ 600,00	R\$ 809,82
ORTOPEDIA	403020123	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SÍNDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NÍVEL DO CARPO	R\$ 347,62	R\$ 600,00	R\$ 947,62
ORTOPEDIA	408010142	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)	R\$ 295,75	R\$ 600,00	R\$ 895,75
ORTOPEDIA	408020300	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR	R\$ 194,89	R\$ 600,00	R\$ 794,89
ORTOPEDIA	408020326	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO	R\$ 241,15	R\$ 600,00	R\$ 841,15
ORTOPEDIA	408050659	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HALUX VALGUS C/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO	R\$ 355,81	R\$ 600,00	R\$ 955,81



PREFEITURA MUNICIPAL DE GASPAR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



ORTOPEDIA	408050896	TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	R\$ 332,26	R\$ 600,00	R\$ 932,26
ORTOPEDIA	408060123	EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE MEDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES	R\$ 283,66	R\$ 600,00	R\$ 883,66
ORTOPEDIA	408060140	FASCIECTOMIA	R\$ 222,95	R\$ 600,00	R\$ 822,95
ORTOPEDIA	408060182	OSTEOTOMIA DE OSSOS DA MÃO E/OU DO PE	R\$ 327,25	R\$ 600,00	R\$ 927,25
ORTOPEDIA	408060212	RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL	R\$ 91,49	R\$ 600,00	R\$ 691,49
ORTOPEDIA	408060310	RESSECÇÃO SIMPLES DE TUMOR ÓSSEO / DE PARTES MOLES	R\$ 368,03	R\$ 600,00	R\$ 968,03
ORTOPEDIA	408060441	TENÓLISE	R\$ 229,40	R\$ 600,00	R\$ 829,40
ORTOPEDIA	408020563	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA OSSEA DO ANTEBRAÇO	R\$ 471,38	R\$ 600,00	R\$ 1.071,38
ORTOPEDIA	408040084	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL CIMENTADA	R\$ 1.635,27	R\$ 600,00	R\$ 2.235,27
ORTOPEDIA	408050063	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO JOELHO	R\$ 1.154,84	R\$ 600,00	R\$ 1.754,84
ORTOPEDIA	408050160	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	R\$ 1.602,18	R\$ 600,00	R\$ 2.202,18
ORTOPEDIA	408050179	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR C/ OU S/ ANTERIOR)	R\$ 1.602,18	R\$ 600,00	R\$ 2.202,18
ORTOPEDIA	408050888	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI / BICOMPATIMENTAL	R\$ 578,89	R\$ 600,00	R\$ 1.178,89
ORTOPEDIA	408060190	OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PE	R\$ 645,68	R\$ 600,00	R\$ 1.245,68
OTORRINO/CABEÇA PESCOÇO	E 404010482	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	R\$ 247,46	R\$ 600,00	R\$ 847,46
OTORRINO/CABEÇA PESCOÇO	E 404010016	ADENOIDECTOMIA	R\$ 348,18	R\$ 600,00	R\$ 948,18
OTORRINO/CABEÇA PESCOÇO	E 404010024	AMIGDALECTOMIA	R\$ 306,57	R\$ 600,00	R\$ 906,57
OTORRINO/CABEÇA PESCOÇO	E 404010032	AMIGDALECTOMIA ADENOIDECTOMIA C/	R\$ 337,22	R\$ 600,00	R\$ 937,22
OTORRINO/CABEÇA PESCOÇO	E 404010237	MICROCIRURGIA OTOLOGICA	R\$ 376,75	R\$ 600,00	R\$ 976,75
OTORRINO/CABEÇA PESCOÇO	E 404010415	TURBINECTOMIA	R\$ 315,65	R\$ 600,00	R\$ 915,65
OTORRINO/CABEÇA PESCOÇO	E 402010043	TITIREOIDECTOMIA TOTAL	R\$ 451,37	R\$ 600,00	R\$ 1.051,37
OTORRINO/CABEÇA PESCOÇO	E 404010350	TIMPANOPLASTIA (UNI / BILATERAL)	R\$ 618,15	R\$ 600,00	R\$ 1.218,15
OTORRINO/CABEÇA PESCOÇO	E 404010105	ESTAPEDECTOMIA	R\$ 676,26	R\$ 600,00	R\$ 1.276,26
OTORRINO/CABEÇA PESCOÇO	E 404010113	EXERESE DE PAPILOMA EM LARINGE	R\$ 163,10	R\$ 600,00	R\$ 763,10
OTORRINO/CABEÇA PESCOÇO	E 404010121	EXERESE DE TUMOR DE VIAS AEREAS SUPERIORES, FACE E PESCOÇO	R\$ 358,58	R\$ 600,00	R\$ 958,58
OTORRINO/CABEÇA PESCOÇO	E 404010130	EXTIRPAÇÃO DE TUMOR DO CAVUM E FARINGE	R\$ 242,23	R\$ 600,00	R\$ 842,23
OTORRINO/CABEÇA PESCOÇO	E 404010172	LARINGECTOMIA PARCIAL	R\$ 1.073,02	R\$ 600,00	R\$ 1.673,02



PREFEITURA MUNICIPAL DE GASPAR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



OTORRINO/CABEÇA PESCOÇO	E	404010210	MASTOIDECTOMIA RADICAL	R\$ 757,13	R\$ 600,00	R\$ 1.357,13
OTORRINO/CABEÇA PESCOÇO	E	404010229	MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL	R\$ 483,55	R\$ 600,00	R\$ 1.083,55
OTORRINO/CABEÇA PESCOÇO	E	404010326	SINUSOTOMIA BILATERAL	R\$ 349,24	R\$ 600,00	R\$ 949,24
OTORRINO/CABEÇA PESCOÇO	E	404010334	SINUSOTOMIA ESFENOIDAL	R\$ 378,98	R\$ 600,00	R\$ 978,98
OTORRINO/CABEÇA PESCOÇO	E	404010466	PAROTIDECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL	R\$ 450,83	R\$ 600,00	R\$ 1.050,83
OTORRINO/CABEÇA PESCOÇO	E	404010512	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	R\$ 384,33	R\$ 600,00	R\$ 984,33
UROLOGIA/NEFROLOGIA		409050083	POSTECTOMIA	R\$ 219,12	R\$ 450,00	R\$ 669,12
UROLOGIA/NEFROLOGIA		409030040	RESSECCAO ENDOSCOPICA DE PROSTATA	R\$ 594,68	R\$ 600,00	R\$ 1.194,68
UROLOGIA/NEFROLOGIA		409040134	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	R\$ 360,07	R\$ 600,00	R\$ 960,07
UROLOGIA/NEFROLOGIA		409040215	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIDROCELE	R\$ 256,97	R\$ 600,00	R\$ 856,97
UROLOGIA/NEFROLOGIA		409040231	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE	R\$ 257,56	R\$ 600,00	R\$ 857,56
UROLOGIA/NEFROLOGIA		409040240	VASECTOMIA	R\$ 306,47	R\$ 450,00	R\$ 756,47
UROLOGIA/NEFROLOGIA		409010561	URETEROLITOTOMIA	R\$ 766,11	R\$ 600,00	R\$ 1.366,11
UROLOGIA/NEFROLOGIA		409030023	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA	R\$ 1.001,71	R\$ 600,00	R\$ 1.601,71
UROLOGIA/NEFROLOGIA		409010065	CISTOLITOTOMIA E/OU RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA BEXIGA	R\$ 549,72	R\$ 600,00	R\$ 1.149,72
UROLOGIA/NEFROLOGIA		409010146	EXTRACAO ENDOSCOPICA DE CALCULO EM PELVE RENAL	R\$ 402,85	R\$ 600,00	R\$ 1.002,85
UROLOGIA/NEFROLOGIA		409010189	LITOTRIPSIA	R\$ 386,87	R\$ 600,00	R\$ 986,87
UROLOGIA/NEFROLOGIA		409010200	NEFRECTOMIA PARCIAL	R\$ 841,74	R\$ 600,00	R\$ 1.441,74
UROLOGIA/NEFROLOGIA		409010219	NEFRECTOMIA TOTAL	R\$ 853,65	R\$ 600,00	R\$ 1.453,65
UROLOGIA/NEFROLOGIA		409010227	NEFROLITOTOMIA	R\$ 818,24	R\$ 600,00	R\$ 1.418,24
UROLOGIA/NEFROLOGIA		409010235	NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA	R\$ 801,50	R\$ 600,00	R\$ 1.401,50
UROLOGIA/NEFROLOGIA		409010286	NEFROSTOMIA C/ OU S/ DRENAGEM	R\$ 650,27	R\$ 600,00	R\$ 1.250,27
UROLOGIA/NEFROLOGIA		409010294	NEFROSTOMIA PERCUTANEA	R\$ 600,47	R\$ 600,00	R\$ 1.200,47
UROLOGIA/NEFROLOGIA		409010308	NEFROURETERECTOMIA TOTAL	R\$ 674,81	R\$ 600,00	R\$ 1.274,81
UROLOGIA/NEFROLOGIA		409010316	PIELOLITOTOMIA	R\$ 658,19	R\$ 600,00	R\$ 1.258,19
UROLOGIA/NEFROLOGIA		409010324	PIELOPLASTIA	R\$ 652,16	R\$ 600,00	R\$ 1.252,16
UROLOGIA/NEFROLOGIA		409010367	RESSECCAO DO COLO VESICAL / TUMOR VESICAL A CEU ABERTO	R\$ 509,16	R\$ 600,00	R\$ 1.109,16
UROLOGIA/NEFROLOGIA		409010383	RESSECCAO ENDOSCOPICA DE LESAO VESICAL	R\$ 516,61	R\$ 600,00	R\$ 1.116,61
UROLOGIA/NEFROLOGIA		409010391	RETIRADA PERCUTANEA DE CALCULO URETERAL C/ CATETER	R\$ 619,66	R\$ 600,00	R\$ 1.219,66
UROLOGIA/NEFROLOGIA		409010413	TRATAMENTO CIRURGICO DE BEXIGA NEUROGENICA	R\$ 419,97	R\$ 600,00	R\$ 1.019,97
UROLOGIA/NEFROLOGIA		409010430	TRATAMENTO CIRURGICO DE CISTOCELE	R\$ 372,54	R\$ 600,00	R\$ 972,54
UROLOGIA/NEFROLOGIA		409010499	TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA ABDOMINAL	R\$ 386,20	R\$ 600,00	R\$ 986,20
UROLOGIA/NEFROLOGIA		409010502	TRATAMENTO CIRURGICO DE REFLUXO VESICO-URETERAL	R\$ 575,93	R\$ 600,00	R\$ 1.175,93



PREFEITURA MUNICIPAL DE GASPAR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



UROLOGIA/NEFROLOGIA	409010537	URETEROCISTONEOSTOMIA	R\$ 629,54	R\$ 600,00	R\$ 1.229,54
UROLOGIA/NEFROLOGIA	409010570	URETEROPLASTIA	R\$ 628,96	R\$ 600,00	R\$ 1.228,96
UROLOGIA/NEFROLOGIA	409020044	INJECAO DE GORDURA / TEFLON PERI-URETRAL	R\$ 352,40	R\$ 600,00	R\$ 952,40
UROLOGIA/NEFROLOGIA	409020079	MEATOTOMIA SIMPLES	R\$ 306,58	R\$ 600,00	R\$ 906,58
UROLOGIA/NEFROLOGIA	409020109	RESSECCAO E FECHAMENTO DE FISTULA URETRAL	R\$ 372,96	R\$ 600,00	R\$ 972,96
UROLOGIA/NEFROLOGIA	409020125	RESSECCAO E FECHAMENTO DE FISTULA URETRAL	R\$ 214,08	R\$ 600,00	R\$ 814,08
UROLOGIA/NEFROLOGIA	409020133	URETROPLASTIA AUTOGENA	R\$ 469,55	R\$ 600,00	R\$ 1.069,55
UROLOGIA/NEFROLOGIA	409020141	URETROPLASTIA RETEROGENEA	R\$ 410,75	R\$ 600,00	R\$ 1.010,75
UROLOGIA/NEFROLOGIA	409020168	URETOSTOMIA PERINEAL / CUTANEA / EXTERNA	R\$ 305,29	R\$ 600,00	R\$ 905,29
UROLOGIA/NEFROLOGIA	409020176	URETROTOMIA INTERNA	R\$ 319,92	R\$ 600,00	R\$ 919,92
UROLOGIA/NEFROLOGIA	409030031	PROSTATOVESICULECTOMIA RADICAL	R\$ 1.088,40	R\$ 600,00	R\$ 1.688,40
UROLOGIA/NEFROLOGIA	409040037	EPIDIDIMECTOMIA	R\$ 223,01	R\$ 600,00	R\$ 823,01
UROLOGIA/NEFROLOGIA	409040070	EXERESE DE CISTO DE EPIDIDIMO	R\$ 212,09	R\$ 600,00	R\$ 812,09
UROLOGIA/NEFROLOGIA	409040088	EXERESE DE LESAO DO CORDAO ESPERMÁTICO	R\$ 210,05	R\$ 600,00	R\$ 810,05
UROLOGIA/NEFROLOGIA	409040096	EXPLORACAO CIRURGICA DA BOLSA ESCROTAL	R\$ 225,86	R\$ 600,00	R\$ 825,86
UROLOGIA/NEFROLOGIA	409040118	NEOSTOMIA DE EPIDIDIMO / CANAL DEFERENTE	R\$ 227,87	R\$ 600,00	R\$ 827,87
UROLOGIA/NEFROLOGIA	409040126	ORQUIDOPEXIA BILATERAL	R\$ 385,32	R\$ 600,00	R\$ 985,32
UROLOGIA/NEFROLOGIA	409040142	ORQUIECTOMIA SUBCAPSULAR BILATERAL	R\$ 433,62	R\$ 600,00	R\$ 1.033,62
UROLOGIA/NEFROLOGIA	409040150	ORQUIECTOMIA UNI OU BILATERAL C/ ESVAZIAMENTO GANGLIONAR	R\$ 254,07	R\$ 600,00	R\$ 854,07
UROLOGIA/NEFROLOGIA	409040169	ORQUIECTOMIA UNILATERAL	R\$ 350,13	R\$ 600,00	R\$ 950,13
UROLOGIA/NEFROLOGIA	409040185	REPARACAO E OPERACAO PLASTICA DO TESTICULO	R\$ 277,48	R\$ 600,00	R\$ 877,48
UROLOGIA/NEFROLOGIA	409050032	CORRECAO DE HIPOSPADIA (1º TEMPO)	R\$ 372,96	R\$ 600,00	R\$ 972,96
UROLOGIA/NEFROLOGIA	409050040	CORRECAO DE HIPOSPADIA (2º TEMPO)	R\$ 372,96	R\$ 600,00	R\$ 972,96
UROLOGIA/NEFROLOGIA	409010022	CISTECTOMIA PARCIAL	R\$ 808,74	R\$ 600,00	R\$ 1.408,74
GERAL	02.09.01.006	VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 95,00	R\$ 450,00	R\$ 545,00

O Valor constante na 'Coluna' IV (Valor SUS SIGTAP/ AIH), será repassado o hospital mediante Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Sendo esta aprovada pela Central Estadual de Internação para Cirurgias Eletivas –CRIVALE, através de mapas cirurgicos Mensais. O valor do Prêmio (Conforme coluna 'V') será repassado através de recurso próprio do Município.

Havendo cirurgias de campanha, patrocinadas pela Secretaria de Estado da Saúde, ou Ministério da Saúde. O valor do incentivo complementar será de 50%, uma vez que a Autorização de Internação Hospital conterà valor diferenciado, considerado o valor do incremento nas Cirurgias de Campanha.

Havendo disponibilidade Financeira, e o Fundo Municipal de Saúde demonstrar interesse, o mesmo poderá repassar através de recurso próprio a totalidade do valor do procedimento, qual seja, o valor da Autorização de Internação Hospital (AIH), somando ao prêmio do procedimento Cirurgico.



3.2. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ITEM 01 – REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA Tabela de Referência de Valores – SIGTAP – SUS/ CISAMVI - COMPLEMENTO

Código Proc.	Descrição	Valor SUS		Valor Pago pelo Procedimento
		(SIGTAP)		(Valor SUS + Complemento)
90.01.01.065	ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)		R\$ 499,00	R\$ 499,00
90.01.01.065	ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)		R\$ 499,00	R\$ 499,00
90.01.01.065	ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE PELVE		R\$ 499,00	R\$ 499,00
90.01.01.065	ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE PESCOCO		R\$ 499,00	R\$ 499,00
90.01.01.065	ANGIORESSONANCIA ARTERIAL PULMONAR		R\$ 499,00	R\$ 499,00
02.07.01.001	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	R\$ 268,75		R\$ 268,75
90.01.01.065	ANGIORESSONANCIA DE AORTA ABDOMINAL		R\$ 499,00	R\$ 499,00
90.01.01.065	ANGIORESSONANCIA DE AORTA TORACICA		R\$ 499,00	R\$ 499,00
90.01.01.065	ANGIORESSONANCIA VENOSA DE ABDOME SUPERIOR		R\$ 499,00	R\$ 499,00
90.01.01.065	ANGIORESSONANCIA VENOSA DE CRANIO		R\$ 499,00	R\$ 499,00
90.01.01.065	ANGIORESSONANCIA VENOSA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)		R\$ 499,00	R\$ 499,00
90.01.01.065	ANGIORESSONANCIA VENOSA DE PELVE		R\$ 499,00	R\$ 499,00
90.01.01.065	ANGIORESSONANCIA VENOSA DE PESCOCO		R\$ 499,00	R\$ 499,00
90.01.01.065	ANGIORESSONANCIA VENOSA PULMONAR		R\$ 499,00	R\$ 499,00
90.01.01.03	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE ABDOME SUPERIOR		R\$ 482,08	R\$ 482,08
90.01.01.034	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE CRANIO		R\$ 542,38	R\$ 542,38
90.01.01.035	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR (BILATERAL)		R\$ 633,12	R\$ 633,12
90.01.01.036	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR		R\$ 542,38	R\$ 542,38
90.01.01.037	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PELVE		R\$ 413,33	R\$ 413,33
90.01.01.038	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PELVE		R\$ 413,33	R\$ 413,33
90.01.01.039	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE TÓRAX		R\$ 440,83	R\$ 440,83
90.01.01.040	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL PULMONAR		R\$ 413,33	R\$ 413,33
90.01.01.104	ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA		R\$ 558,79	R\$ 558,79
90.01.01.041	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL		R\$ 542,38	R\$ 542,38
90.01.01.042	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORÁCICA		R\$ 542,38	R\$ 542,38
90.01.01.043	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE ABDOME SUPERIOR		R\$ 413,33	R\$ 413,33
90.01.01.044	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE CRÂNIO		R\$ 413,33	R\$ 413,33
90.01.01.045	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE MEMBRO INFERIOR (BILATERAL)		R\$ 633,12	R\$ 633,12
90.01.01.046	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR (BILATERAL)		R\$ 633,12	R\$ 633,12
90.01.01.047	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PELVE		R\$ 413,33	R\$ 413,33
90.01.01.048	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PESCOÇO		R\$ 413,33	R\$ 413,33
90.01.01.049	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE TÓRAX		R\$ 440,83	R\$ 440,83
90.01.01.050	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA PULMONAR		R\$ 542,38	R\$ 542,38
90.01.01.020	APLICACAO DE CONTRASTE EM PROCEDIMENTOS DE DIAGNOSTICO POR RESSONANCIA MAG		R\$ 100,00	R\$ 100,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE GASPAR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



90.01.01.052	ARTRO-RM (INCLUIR A PUNCAO ARTICULAR) - POR ARTICULACAO (CBHPM)		R\$ 781,91	R\$ 781,91
90.01.01.051	ARTRO-TC (ESTERNOCLAVICULAR OU OMBRO OU COTOVELO OU PUNHO OU SACROILÍACAS OU COXO FEMORAL OU JOELHO)		R\$ 456,23	R\$ 456,23
02.01.01.021	BIOPSIA DE FIGADO POR PUNCAO (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)	R\$ 71,15	R\$ 328,85	R\$ 400,00
02.01.01.041	BIOPSIA DE PROSTATA (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)	R\$ 92,38	R\$ 298,02	R\$ 390,40
02.01.01.047	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - PAAF (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)	R\$ 23,73	R\$ 279,47	R\$ 303,20
02.01.01.053	BIOPSIA ESTEREOTAXICA (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)		R\$ 1.332,34	R\$ 1.332,34
02.08.05.001	CINTILOGRAFIA DE ARTICULACOES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO	R\$ 180,32		R\$ 180,32
02.08.01.001	CINTILOGRAFIA DE CORACAO C/ GALIO 67	R\$ 457,55		R\$ 457,55
02.08.09.001	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS	R\$ 906,80		R\$ 906,80
02.08.02.001	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E BACO (MINIMO 5 IMAGENS)	R\$ 133,26		R\$ 133,26
02.08.02.002	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E VIAS BILIARES	R\$ 187,93		R\$ 187,93
02.08.09.002	CINTILOGRAFIA DE GLANDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)	R\$ 66,23		R\$ 66,23
02.08.02.003	CINTILOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTIMULO	R\$ 87,89		R\$ 87,89
02.08.09.003	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	R\$ 289,43		R\$ 289,43
02.08.01.002	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECOES)	R\$ 408,52		R\$ 408,52
02.08.01.003	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECOES)	R\$ 383,07		R\$ 383,07
02.08.01.004	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ LOCALIZACAO DE NECROSE (MINIMO 3 PROJECOES)	R\$ 166,47		R\$ 166,47
02.08.05.003	CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUINEO (CORPO INTEIRO)	R\$ 190,99		R\$ 190,99
02.08.03.001	CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES	R\$ 324,54		R\$ 324,54
02.08.06.001	CINTILOGRAFIA DE PERFUSAO CEREBRAL C/ TALIO (SPCTO)	R\$ 438,01		R\$ 438,01
02.08.07.001	CINTILOGRAFIA DE PULMAO C/ GALIO 67	R\$ 457,55		R\$ 457,55
02.08.07.001	CINTILOGRAFIA DE PULMAO C/ GALIO 67	R\$ 457,55		R\$ 457,55
02.08.07.002	CINTILOGRAFIA DE PULMAO P/ PESQUISA DE ASPIRACAO	R\$ 127,51		R\$ 127,51
02.08.07.003	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR INALACAO (MINIMO 2 PROJECOES)	R\$ 128,12		R\$ 128,12
02.08.07.004	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECOES)	R\$ 130,50		R\$ 130,50
02.08.04.002	CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GALIO 67	R\$ 457,55		R\$ 457,55
02.08.05.004	CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO C/ GALIO 67	R\$ 457,55		R\$ 457,55
02.08.08.001	CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA OSSEA)	R\$ 112,61		R\$ 112,61
02.08.04.003	CINTILOGRAFIA DE TESTICULO E BOLSA ESCROTAL	R\$ 108,94		R\$ 108,94
02.08.03.002	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ OU S/ CAPTACAO	R\$ 77,28		R\$ 77,28
02.08.03.003	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ TESTE DE SUPRESSAO / ESTIMULO	R\$ 107,30		R\$ 107,30
02.08.01.005	CINTILOGRAFIA P/ AVALIACAO DE FLUXO SANGUINEO DE EXTREMIDADES	R\$ 114,02		R\$ 114,02
02.08.02.005	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (LIQUIDO)	R\$ 135,38		R\$ 135,38
02.08.02.006	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (SEMI-SOLIDO)	R\$ 135,38		R\$ 135,38
02.08.02.007	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO GASTRICO	R\$ 144,22		R\$ 144,22
02.08.02.008	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL	R\$ 114,86		R\$ 114,86
02.08.02.009	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA	R\$ 157,23		R\$ 157,23
02.08.02.010	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NAO ATIVA	R\$ 310,82		R\$ 310,82
02.08.02.011	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO	R\$ 135,38		R\$ 135,38
02.08.03.004	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO	R\$ 338,70		R\$ 338,70
02.08.01.006	CINTILOGRAFIA P/ QUANTIFICACAO DE SHUNT EXTRACARDIACO	R\$ 142,57		R\$ 142,57



PREFEITURA MUNICIPAL DE GASPAR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



02.08.04.005	CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	R\$ 133,03		R\$ 133,03
02.08.01.007	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE ESFORCO	R\$ 214,85		R\$ 214,85
02.08.01.008	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)	R\$ 176,72		R\$ 176,72
02.09.01.002	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) (inclui anestesia)	R\$ 112,66	R\$ 337,34	R\$ 450,00
02.04.06.002	DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES)		R\$ 55,10	R\$ 55,10
02.04.05.004	DUODENOGRAFIA HIPOTONICA	R\$ 34,52	R\$ 199,11	R\$ 233,63
02.05.01.001	ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	R\$ 165,00	R\$ 88,00	R\$ 253,00
02.05.01.002	ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA	R\$ 165,00	R\$ 132,00	R\$ 297,00
02.05.01.003	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	R\$ 39,94	R\$ 90,05	R\$ 129,99
02.05.02.001	ECODOPPLER TRANSCRANIANO	R\$ 117,00	R\$ 2,25	R\$ 119,25
90.01.01.107	ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM AVALIACAO DO SINCRONISMO CARDIACO		R\$ 549,29	R\$ 549,29
90.01.01.108	ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM CONTRASTE INTRACAVITARIO		R\$ 250,96	R\$ 250,96
90.01.01.109	ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM CONTRASTE PARA PERFUSÃO MIOCÁRDICA EM REPOUSO		R\$ 589,95	R\$ 589,95
90.01.01.110	ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM ESTRESSE FARMACOLÓGICO		R\$ 444,13	R\$ 444,13
90.01.01.111	ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM ESTRESSE FÍSICO		R\$ 444,13	R\$ 444,13
90.01.01.112	ECODOPPLERCARDIOGRAMA FETAL COM MAPEAMENTO DE FLUXO EM CORES - POR FETO		R\$ 233,57	R\$ 233,57
02.11.02.003	ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 5,15	R\$ 19,85	R\$ 25,00
02.11.05.002	ELETOENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO-ESTIMULO	R\$ 11,34	R\$ 78,66	R\$ 90,00
02.11.05.003	ELETOENCEFALOGRAFIA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG)	R\$ 25,00	R\$ 55,00	R\$ 80,00
02.11.05.004	ELETOENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG)	R\$ 25,00	R\$ 55,00	R\$ 80,00
02.11.05.005	ELETOENCEFALOGRAFIA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG)	R\$ 25,00	R\$ 55,00	R\$ 80,00
02.09.01.003	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (Com Biopsia, Teste de Urease/Pesquisa de Helicobacter Pylori)	R\$ 48,16	R\$ 191,84	R\$ 240,00
02.11.08.002	GASOMETRIA	R\$ 2,78	R\$ 14,07	R\$ 16,85
02.11.08.003	GASOMETRIA (APOS EXERCICIO CICLO-ERGOMETRICO)	R\$ 2,78	R\$ 29,20	R\$ 31,98
02.11.08.004	GASOMETRIA (APOS OXIGENIO A 100 DURANTE A DIFUSAO ALVEOLO-CAPILAR)	R\$ 2,78		R\$ 2,78
02.02.01.073	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	R\$ 15,65		R\$ 15,65
02.09.01.004	LAPAROSCOPIA	R\$ 40,37	R\$ 643,26	R\$ 683,63
02.11.06.012	MAPEAMENTO DE RETINA (Monocular)	R\$ 24,24		R\$ 24,24
02.05.02.019	MARCAÇAO DE LESAO PRE-CIRURGICA DE LESAO NAO PALPAVEL DE MAMA ASSOCIADA A ULT	R\$ 25,43	R\$ 243,43	R\$ 268,86
02.11.02.004	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	R\$ 30,00	R\$ 68,00	R\$ 98,00
02.11.02.005	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (MAPA)	R\$ 10,07	R\$ 126,02	R\$ 136,09
02.11.02.005	POLIPECTOMIA DO ESOFAGO, ESTOMAGO OU DUODENO (INDEPENDENTE DO NÚMERO DE POLIPOS) - UTILIZACAO DE ALCA DE POLIPECTOMIA		R\$ 120,00	R\$ 120,00
02.11.05.010	POLISSONOGRAMA	R\$ 170,00	R\$ 300,96	R\$ 470,96
02.01.01.058	PUNÇAO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)	R\$ 66,48	R\$ 333,52	R\$ 400,00
02.01.01.060	PUNÇAO DE MAMA POR AGULHA GROSSA/ CORE BIOPSY (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)	R\$ 140,00	R\$ 110,00	R\$ 250,00
02.07.03.001	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 268,75		R\$ 268,75
02.07.01.002	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	R\$ 268,75		R\$ 268,75
02.07.03.002	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 268,75		R\$ 268,75
02.07.01.003	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOCO	R\$ 268,75		R\$ 268,75
02.07.01.004	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 268,75		R\$ 268,75



PREFEITURA MUNICIPAL DE GASPAR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



02.07.01.005	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	R\$ 268,75		R\$ 268,75
02.07.02.001	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE	R\$ 361,25		R\$ 361,25
02.07.01.006	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	R\$ 268,75		R\$ 268,75
02.07.02.005	RESSONANCIA MAGNETICA DE MAMA BILATERAL PARA AVALIACAO DE POSSIVEIS COMPLICACOES DE IMPLANTE DE PROTESE	R\$ 268,75		R\$ 268,75
02.07.02.005	RESSONANCIA MAGNETICA DE MAMA BILATERAL PARA AVALIACAO DE POSSIVEIS COMPLICACOES DE IMPLANTE DE PROTESE	R\$ 268,75		R\$ 268,75
02.07.03.003	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$ 268,75		R\$ 268,75
02.07.02.002	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 268,75		R\$ 268,75
02.07.01.007	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	R\$ 268,75		R\$ 268,75
02.07.02.003	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	R\$ 268,75		R\$ 268,75
02.07.03.004	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	R\$ 268,75		R\$ 268,75
02.11.06.017	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R\$ 24,68		R\$ 24,68
02.11.06.018	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R\$ 64,00		R\$ 64,00
04.07.02.039	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO / POLIPOS DO RETO / COLO SIGMOIDE (INCLUI ALÇA DE POLIPECTOMIA)	R\$ 13,63	R\$ 120,00	R\$ 133,63
90135	SEDACAO para Endoscopia ou Colonoscopia ou Ultrassonografia ou Tomografia Computadorizada	R\$ 15,15	R\$ 84,85	R\$ 100,00
90137	SEDACAO para Procedimentos de Medicina	R\$ 15,15		R\$ 15,15
90136	SEDACAO para Ressonancia Magnética ou Angiorradiologia	R\$ 15,15	R\$ 274,85	R\$ 290,00
90.01.01.060	SERVICO DE ANESTESIA OU SEDACAO- COMPLEMENTAR AO PROCEDIMENTO PRIMARIO		R\$ 360,00	R\$ 360,00
02.11.02.006	TESTE DE ESFORCO / TESTE ERGOMETRICO	R\$ 30,00	R\$ 111,60	R\$ 141,60
02.06.03.001	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 138,63		R\$ 138,63
02.06.03.002	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 86,75		R\$ 86,75
02.06.02.001	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 86,75		R\$ 86,75
02.06.01.001	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 86,76		R\$ 86,76
02.06.01.002	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 101,10		R\$ 101,10
02.06.01.003	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 86,76		R\$ 86,76
02.06.01.004	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$ 86,75		R\$ 86,75
02.06.03.003	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 138,63		R\$ 138,63
02.06.02.002	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 86,75		R\$ 86,75
02.06.01.006	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	R\$ 97,44		R\$ 97,44
02.06.02.003	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R\$ 136,41		R\$ 136,41
02.06.01.007	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	R\$ 97,44		R\$ 97,44
02.06.01.005	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO	R\$ 86,75		R\$ 86,75
90.01.01.019	TOMOGRAFIA DE COERENCIA OPTICA - BINOCULAR		R\$ 300,00	R\$ 300,00
02.06.02.004	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX, PULMAO OU DO MEDIASTINO	R\$ 136,41		R\$ 136,41
02.06.01.009	TOMOGRAFIA POR EMISSAO DE POSITRONS (PET-CT)	R\$ 2.107,22		R\$ 2.107,22
02.06.01.008	TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA	R\$ 138,63		R\$ 138,63
02.11.06.025	TONOMETRIA (Binocular)	R\$ 3,37		R\$ 3,37
02.11.06.026	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CORNEA (Monocular)	R\$ 24,24		R\$ 24,24
04.12.05.017	TORACOCENTESE OU PUNÇÃO PLEURAL (INCLUI DISPOSITIVO GUIADO S/N)	R\$ 54,97	R\$ 293,99	R\$ 348,96
02.09.04.004	VIDEOLARINGOSCOPIA	R\$ 45,50	R\$ 44,50	R\$ 90,00
90.01.01.017	ANGIOFLUORESCINOLOGRAFIA RETINIANA - BINOCULAR	-	R\$ 220,00	R\$ 220,00
04.05.03.004	FOTOCOAGULACAO (LASER) - POR SESSÃO - MONOCULAR	R\$ 75,15		R\$ 75,15
04.05.05.001	CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRURGICA	R\$ 249,85		R\$ 249,85



PREFEITURA MUNICIPAL DE GASPAR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



04.05.05.002	CAPSULOTOMIA A YAG LASER (MONOCULAR)	R\$ 45,00	R\$ 60,60	R\$ 105,60
90.01.01.019	TOMOGRÁFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA - BINOCULAR	-	R\$ 300,00	R\$ 300,00
02.11.06.017	RETINOGRÁFIA COLORIDA BINOCULAR	R\$ 24,68		R\$ 24,68
02.11.06.018	RETINOGRÁFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R\$ 64,00		R\$ 64,00
02.11.06.003	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO (Monocular)	R\$ 40,00		R\$ 40,00
90.01.01.007	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	R\$ 14,81		R\$ 14,81
02.05.02.008	ULTRASSONOGRÁFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	R\$ 24,20		R\$ 24,20
02.11.06.006	CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)	R\$ 10,11	R\$ 57,89	R\$ 68,00
02.11.06.026	TOPOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA (Monocular)	R\$ 24,24		R\$ 24,24
02.11.06.011	GONIOSCOPIA (Binocular)	R\$ 6,74		R\$ 6,74
02.09.04.002-5	NASOLARINGOSCOPIA		R\$ 90,00	R\$ 90,00
02.11.07.035	TESTES VESTIBULARES / OTONEUROLÓGICOS	R\$ 12,12	R\$ 34,44	R\$ 46,56
02.11.07.012	ELETROCOCLEOGRAFIA	R\$ 4,25		R\$ 4,25
02.11.05.011	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO	R\$ 4,06		R\$ 4,06
02.11.07.026	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA MÉDIA E LONGA LATÊNCIA	R\$ 46,88		R\$ 46,88
02.11.07.027	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO P/ TRIAGEM AUDITIVA	R\$ 13,51		R\$ 13,51
02.11.07.039	POTENCIAL EVOCADO ELETRICAMENTE NO SISTEMA AUDITIVO	R\$ 93,73	R\$ 0,03	R\$ 93,76
02.11.05.012	POTENCIAL EVOCADO VISUAL / OCCÍPTO	R\$ 4,06		R\$ 4,06
02.11.05.013	POTENCIAL SOMATO-SENSITIVO	R\$ 4,06		R\$ 4,06
90.01.01.120	RESISTÊNCIA VIAS AÉREAS (PLETISMOGRAFIA)		R\$ 97,38	R\$ 97,38
02.04.05.002	COLANGIOGRAFIA PER-OPERATORIA	R\$ 32,61	R\$ 200,54	R\$ 233,15
02.04.05.003	COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA	R\$ 32,61	R\$ 200,54	R\$ 233,15
02.09.01.001	COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA (VIA ENDOSCÓPICA)	R\$ 90,68	R\$ 2.838,77	R\$ 2.929,45
02.09.01.003-7	MANOMETRIA ANORETAL		R\$ 450,00	R\$ 450,00
02.09.01.003-7	MANOMETRIA ESOFÁGICA		R\$ 450,00	R\$ 450,00
90.01.01.065	TOMOGRÁFIA CONE BEAN VOLUME I (DE 1º 3 ELEMENTOS)		R\$ 132,00	R\$ 132,00
90.01.01.065	TOMOGRÁFIA CONE BEAN 1 HEMI-ARCO		R\$ 144,00	R\$ 144,00
90.01.01.065	TOMOGRÁFIA CONE BEAN MÁXILA OU MANDÍBULA		R\$ 168,00	R\$ 168,00
90.01.01.065	TOMOGRÁFIA CONE BEAN 3 HEMI-ARCOS		R\$ 228,00	R\$ 228,00
90.01.01.065	TOMOGRÁFIA CONE BEAN ATM 1 POSIÇÃO		R\$ 168,00	R\$ 168,00
90.01.01.065	TOMOGRÁFIA CONE BEAN ATM 2 POSIÇÕES		R\$ 258,00	R\$ 258,00
90.01.01.065	TOMOGRÁFIA CONE BEAN MÁXILA E MANDÍBULA		258,00	R\$ 258,00
1714003	TILT TEST		R\$ 385,00	R\$ 385,00
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R\$ 10,00	R\$ 40,00	R\$ 50,00
90.01.01.061	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CARDIOLOGIA	R\$ 10,00	R\$ 40,00	R\$ 50,00
90.01.01.075	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - UROLOGIA GERAL	R\$ 10,00	R\$ 40,00	R\$ 50,00
03.01.01.004	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) - PSICOLOGIA	R\$ 6,30	R\$ 18,70	R\$ 25,00
03.01.01.004	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) - NUTRIÇÃO	R\$ 6,30	R\$ 18,70	R\$ 25,00
03.01.01.004	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) - FONOAUDILOGIA	R\$ 6,30	R\$ 18,70	R\$ 25,00
03.01.01.004	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	R\$ 6,30	R\$ 18,70	R\$ 25,00
03.01.01.017	CONSULTA MÉDICA CLÍNICA GERAL	R\$ 10,00	R\$ 30,00	R\$ 40,00
90131	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - NEFROLOGIA	R\$ 10,00	R\$ 40,00	R\$ 50,00



4. OBRIGAÇÕES:

4.1 – São Obrigações da Contratada:

- a) Fornecer os resultados de exames em formulário próprio, num prazo máximo de 03 (três) dias úteis após a realização do exame, a ser entregue ao usuário na matriz do prestador.
- b) Realizar todos os procedimentos discriminados na tabela deste edital, que correspondem a sua atividade.
- c) Não poderá haver qualquer distinção entre o atendimento destinado aos usuários do SUS e os demais usuários atendidos pelo prestador;
- d) Os serviços contratados deverão ser prestados pelos profissionais pertencentes aos quadro técnico do prestador, de acordo com as condições e especificações estabelecidas neste instrumento e no contrato;
- e) Para realização do procedimento deverá haver solicitação prévia da Rede Pública de Saúde, seja através da SAM67/BPA-II/AIH/TFD/APAC ou de outro formulário próprio do Sistema de Gestão da Secretaria de Saúde - SIGSS, assim como estarem autorizados com a guia do Sistema de Regulação 'SISREG', com data, nome e assinatura do paciente.
- f) Os prestadores receberão pelos serviços prestados exclusivamente os valores previstos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, mais complemento conforme disposto no item 3 deste documento. Eventual cobrança de qualquer valor excedente dos usuários ou seus responsáveis acarretará na imediata rescisão do contrato e sujeição à declaração de inidoneidade e responsabilização cível e criminal;
- g) Os prestadores deverão manter-se, durante a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações anteriores e com as condições de habilitação exigidas neste instrumento;
- h) Não poderá haver quaisquer obstáculos ou impedimentos às vistorias técnicas que serão realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde.
- i) Deverá ser utilizado o Sistema nacional de Regulação (SISREG), para apresentação da produção mensal;
- j) A produção mensal, via SISREG, deverá estar acompanhada do respectivo relatório impresso e as requisições devidamente assinadas pelos usuários, contendo o nome completo do usuário, e o código do procedimento;
- k) O prestador deverá responsabilizar-se em 'alimentar' o Sistema SISREG, após capacitação da equipe oferecida pela Secretaria Municipal de Saúde, no que diz respeito a confirmação de atendimento dos pacientes. e faltas;
- l) Os prestadores de serviço respeitarão as filas e demandas que a Central de Regulação do Município encaminhar, bem como, para exames, consultas e/ou demais procedimentos, o prestador deverá apresentar agendas fixas, com dias e horários, para que a central de Regulação faça os agendamentos, conforme critério clínico de classificação de risco;
- m) Os preparos para a realização dos procedimentos são de responsabilidade do prestador de serviço que deve repassar para a central de regulação do Município a partir do mesmo estar credenciados.

4.2 A empresa Contratada deverá apresentar os seguintes documentos:

RELATIVOS À CAPACIDADE JURÍDICA:

- a) Identificação do proponente, com CNPJ, nome, endereço, inscrição municipal e todas as formas de contato (telefone, fax e e-mail);
- b) Cédula de Identidade e Certidão de Matrícula na Junta Comercial, no caso de firma individual.
- c) Ato Constitutivo (estatuto ou contrato social) devidamente registrado e acompanhado das alterações posteriores, em se tratando de Sociedades Comerciais, e, no caso de Sociedades por Ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;
- d) Registro do Ato Constitutivo, no caso de Sociedades Cíveis, acompanhada de alterações e prova de diretoria em exercício;



- e) Decreto de Autorização, devidamente arquivado, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir;
- f) Declaração afirmando estar ciente das condições do Edital de Credenciamento nº 09/2018, que assume a responsabilidade pela autenticidade de todos os documentos apresentados, sujeitando-se às penalidades legais e a sumária desclassificação do chamamento, e que fornecerá quaisquer informações complementares solicitadas pela Secretaria Municipal de Saúde para Contratação de Prestadores de Serviços de Saúde, conforme Anexo I;
- g) Alvará Sanitário Atualizado, expedido pela Vigilância Sanitária Municipal ou Estadual;
- h) Alvará de Funcionamento Atualizado;
- i) Certificado de Filantropia para entidades filantrópicas sem fins lucrativos (somente se for o caso);

RELATIVOS À REGULARIDADE FISCAL

- a) Prova de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) ou no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);
- b) Prova de inscrição no cadastro de contribuintes municipal, relativo ao domicílio ou sede do proponente, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;
- c) Certidão de Quitação de Tributos e Contribuições Federais e Certidão Quanto à Dívida Ativa da União Conjunta; com data de emissão não superior a 180 (cento e oitenta) dias quando não constar expressamente no corpo da Certidão o seu prazo de validade.
- d) Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual com data de emissão não superior a 60 (sessenta) dias, quando não constar expressamente no corpo da mesma o seu prazo de validade.
- e) Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal, com data de emissão não superior a 60 (sessenta) dias, quando não constar expressamente no corpo da mesma o seu prazo de validade.
- f) Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS, demonstrando a situação regular no cumprimento dos encargos instituídos por Lei.
- g) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), com data de emissão não superior a 180 (cento e oitenta) dias, quando não constar expressamente no corpo da Certidão o seu prazo de validade.

Observação: As certidões negativas deverão ser do domicílio ou sede da interessada.

DOCUMENTOS RELATIVOS À QUALIFICAÇÃO TÉCNICA E OFERTA DE SERVIÇOS

A proponente deverá apresentar para qualificação técnica e oferta de serviços, os seguintes documentos:

- a) Comprovante de cadastramento no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES);
- b) Registro ou inscrição na entidade profissional competente;
- c) Apresentar, no mínimo, 01 (um) atestado emitido por pessoa jurídica de direito público ou privado, comprovando a aptidão de atividade anterior, compatível com o objeto da presente Chamada – Atestado de Capacidade Técnica;
- d) Declaração de capacidade instalada e disponibilidade para o SUS;
- e) Relação nominal dos profissionais, que compõe a equipe técnica do prestador, com identificação do profissional responsável técnico (informando nome, CPF, carga horária semanal, cargo, função e número de inscrição no respectivo Conselho Profissional) para profissionais de nível universitário e técnicos.

5. DA DISTRIBUIÇÃO DO TETO FINANCEIRO PARA REALIZAÇÃO CONSULTAS ESPECIALIZADAS, PROCEDIMENOS COM A FINALIDADE DIAGNÓSTICA, CIRURGIA, AMBULATORIAL, DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

O teto financeiro do município de Gaspar para realização de Consultas Especializadas, Procedimentos com a Finalidade Diagnóstica, Cirurgica, Hospitalar, Ambulatorial, de Média e Alta Complexidade, segundo a Programação Pactuada e Integrada – PPI e recurso financeiro próprio, será distribuído entre os prestadores contratados, de acordo com as disponibilidades e



conveniências da Secretaria Municipal de Saúde, levando-se em conta a preferência dos usuários.

5.1 A distribuição dos valores entre os prestadores contratados obedecerá ao seguinte critério:

a) Os valores serão distribuídos de acordo com a organização dos serviços de saúde municipal respeitada capacidade instalada de cada prestador.

6. DA DOTAÇÃO

As despesas decorrentes do presente Credenciamento correrão por conta do orçamento municipal para o exercício financeiro de 2019. Dotação orçamentária:

86/2019 – 06.11.10.302.0026.2138 – Ampliar, Manter e Equipar Ações de Média e Alta Complexidade

7. DO CONTRATO E PRAZO

7.1 Os prestadores selecionados serão chamados para assinatura do contrato, cuja minuta é anexo do Edital.

7.2 No momento da assinatura do contrato, caso não haja aceitação do prestador selecionado, deverá ser assinado Termo de Desistência.

7.3 O Contrato terá vigência de 12 (doze) meses, contados da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por até 48 meses, nos termos da legislação vigente.

8. DA APRESENTAÇÃO DAS CONTAS E DO PAGAMENTO

8.1 Todos os contratados deverão utilizar o SIGSS e/ou SISREG, para realização do fechamento de sua produção mensal.

8.2 O relatório de produção mensal deverá ser entregue no Setor de Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação da Secretaria Municipal de Saúde até o 3º dia útil do mês subsequente à prestação do serviço, sendo que até o dia 20 deste mesmo mês estará disponível na Secretaria Municipal de Saúde o relatório de crítica com os valores aprovados para pagamento.

8.3 Após o dia 20 o contratado deverá apresentar ao Departamento Administrativo da Secretaria Municipal de Saúde Nota Fiscal ou recibo com o valor correspondente ao relatório de crítica.

8.4 A Secretaria Municipal de Saúde efetuará o pagamento do valor finalmente apurado, depositando-o na conta corrente do contratado 15 (quinze) dias após apresentação da nota fiscal ou recibo.

LUIZ RICARDO SCHMITT

Diretor-Geral de Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria

CARLOS ROBERTO PEREIRA

Secretario Municipal de Saúde



ANEXO III

CRENCIAMENTO Nº 15/2018 Minuta de Termo de Credenciamento

TERMO DE CRENCIAMENTO Nº FMS- xx/20xx

TERMO DE CRENCIAMENTO DE ENTIDADES PÚBLICAS, FILANTRÓPICAS E/OU PRIVADAS PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA REALIZAÇÃO DE CONSULTAS E PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA OU CIRÚRGICA, HOSPITALAR, AMBULATORIAL, DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE GASPAR E

Aos..... dias do mês de....., do ano de dois mil e (20....), o **MUNICÍPIO DE GASPAR**, através do **Fundo Municipal de Saúde**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede nesta cidade, na Avenida Olga Wehmuth, nº 113, Sete de Setembro, doravante denominado simplesmente **CRENCIANTE**, representado neste ato pelo Secretário Municipal de Saúde, o Senhor **CARLOS ROBERTO PEREIRA**, e a(o), inscrito(a) no CNPJ sob nº, estabelecido(a) na cidade de, na Rua, nº, bairro, neste ato representada por seu(sua) representante,, portador(a) da Cédula de Identidade nº e inscrito no CPF sob nº, doravante denominado simplesmente **CRENCIADA**, resolvem firmar o presente Termo, com fundamento no art. 25, "caput" da lei 8.666/93, devidamente autorizado nos autos do Processo de Inexigibilidade nº 15/2018 o qual obedecerá as condições expressas no Edital de Credenciamento nº 15/2018, Processo Administrativo nº 331/2018, bem como na Lei nº 8.666/93 e alterações, e as disposições das cláusulas seguintes.

1 DO OBJETO

1.1 Constitui objeto deste termo o Credenciamento de entidades públicas, filantrópicas e/ou privadas prestadoras de serviços de saúde para realização de consultas e procedimentos com finalidade diagnóstica ou cirúrgica, hospitalar, ambulatorial, de média e alta complexidade, conforme especificações contidas no Edital de Credenciamento nº 15/2018 e no Projeto Básico.

2 DOCUMENTOS INTEGRANTES

2.1 Para todos os efeitos legais, para melhor caracterização da prestação dos serviços, bem como para definir procedimentos e normas decorrentes das obrigações ora contraídas, integram este Termo, como se nele estivessem transcritos, o Processo de Inexigibilidade 15/2018 e seus anexos.

2.2 Os documentos referidos no item 2.1, são considerados suficientes para, em complemento à este Termo, definir a sua extensão e, desta forma, reger a execução dos serviços.



3 DOS SERVIÇOS E CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO

3.1 Os serviços objeto deste Termo será prestado apenas aos usuários que forem previamente autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde, com o nome e assinatura do usuário no Formulário do SIGSS.

3.2 A CREDENCIADA deverá atender os usuários encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde por no mínimo 8 (oito) horas diárias, de segunda a sexta-feira;

3.3 A CREDENCIADA deverá fornecer os resultados de exames em formulário próprio entregue ao usuário na sede do prestador, ou no posto de coleta observando, em todos os casos, todas as garantias referentes à privacidade e segurança das informações;

3.4 A CREDENCIADA deverá realizar todos os procedimentos discriminados na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, relativos aos atendimentos Laboratoriais aos pacientes do SUS.

3.5 Os serviços deverão ser prestados pelos profissionais pertencentes aos quadros do prestador, de acordo com as condições e especificações estabelecidas no Edital e neste Termo.

3.6 Deverá ser utilizado os sistema SIGSS e/ou SISREG para apresentação da produção mensal;

3.7 A produção Laboratorial, via sistema SIGSS, deverá ser apresentada com fatura nominal e em ordem alfabética, contendo o nome completo do usuário e o código do procedimento;

3.8 A produção laboratorial, via sistema SIGSS e/ou SISREG, deverá estar acompanhada do respectivo relatório impresso e as requisições devidamente assinadas pelos usuários.

4 DO PREÇO

4.1 A CREDENCIADA receberá pelos serviços prestados exclusivamente os valores previstos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, mais complemento conforme disposto no item 3 do Anexo II do referido Edital.

4.1.1 Eventuais cobranças de qualquer valor excedente dos usuários ou seus responsáveis acarretará imediata rescisão do contrato e sujeição a declaração de inidoneidade e responsabilização civil e criminal.

5 DO PAGAMENTO

5.1 O relatório de produção mensal deverá ser entregue no Setor de Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação da Secretaria Municipal de Saúde até o 3º dia útil do mês subsequente à prestação do serviço, sendo que até o dia 20 deste mesmo mês estará disponível na Secretaria Municipal de Saúde o relatório de crítica com os valores aprovados para pagamento.

5.2 Após o 20º dia do mês subsequente a CREDENCIADA deverá apresentar ao Departamento Administrativo da Secretaria Municipal de Saúde a nota fiscal ou recibo com o valor correspondente ao relatório de crítica.

5.3 A Secretaria Municipal de Saúde efetuará o pagamento do valor finalmente apurado, depositando-o na conta corrente da Credenciada 15 (quinze) dias após a apresentação da nota fiscal ou recibo.

5.4 O pagamento somente ocorrerá após a verificação da regularidade fiscal e trabalhista do contratado perante União, Estado e Município estabelecidos no credenciamento.

5.5 A nota fiscal deverá ser emitida eletronicamente, pela própria Credenciada, obrigatoriamente com o número de inscrição no CNPJ com que foi indicado no credenciamento, não se admitindo notas fiscais emitidas com outros CNPJ's, mesmo aqueles de filiais ou da matriz, devendo ser entregue mensalmente juntamente com os relatórios mensais de prestação dos serviços.

5.6 O pagamento será efetuado em moeda nacional, creditado em nome da Credenciada, mediante Ordem Bancária em conta corrente por ela indicada, e ocorrerá até 15 (quinze) dias após o ateste da nota fiscal, que ocorrerá após a aprovação do relatório mensal de prestação dos serviços pelo Fiscal, e:



5.6.1 Caso a pessoa jurídica não seja optante pelo Sistema Integrado de Pagamento de Impostos e Contribuições (SIMPLES), instituído pela Lei nº 123/2006, será efetuada a retenção na fonte de acordo com a legislação federal, estadual e municipal.

5.6.2 O credenciado optante pelo SIMPLES deverá, antes do prazo previsto para emissão da ordem bancária, apresentar cópia do termo de opção pelo SIMPLES juntamente com a Nota Fiscal.

5.7 A critério da Credenciante, poderão ser utilizados os valores devidos para cobrir possíveis despesas com multas, indenizações a terceiros ou outras quantias de responsabilidade da Credenciada, bem como multas que lhe tenham sido aplicadas em decorrência da irregular execução contratual.

5.8 A despeito da obrigação da Credenciada em manter durante toda a execução do Termo de Credenciamento, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas, constatando situação de irregularidade, poderá o pagamento mensal ser suspenso ou realizado em juízo, conforme o caso, sem prejuízo das sanções administrativas cabíveis.

5.9 Não haverá, sob hipótese alguma, pagamento antecipado.

6 DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes do presente Credenciamento correrão por conta do orçamento municipal para o exercício financeiro de 2019. Dotação orçamentária:

86/2019 – 06.11.10.302.0026.2138 – Ampliar, Manter e Equipar Ações de Média e Alta Complexidade

7 RESPONSABILIDADES

7.1 A CREDENCIADA é responsável, direta e exclusivamente, pela execução dos serviços, objeto deste Termo e, conseqüentemente, responde civil e criminalmente, por todos os danos e prejuízos que, na execução dele, venha, direta ou indiretamente, a provocar ou causar para o Município ou a terceiros, independentemente da fiscalização exercida pelo Município.

7.2 A CREDENCIADA é responsável pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução deste Termo, nos termos do artigo 71 da Lei 8.666/93.

7.3 As contribuições sociais e os danos contra terceiros são de responsabilidade da CREDENCIADA.

7.4. A CREDENCIADA é responsável também pela qualidade dos serviços executados, cabendo-lhe verificar o atendimento das exigências, condições e especificações contidas no Edital de Credenciamento nº 15/2018 e neste Termo, não se admitindo, em nenhuma hipótese, a alegação de que terceiros quaisquer tenham comprometido para prestação dos serviços fora dos padrões exigidos.

7.5 A CREDENCIADA autoriza o Município a descontar o valor correspondente aos referidos danos ou prejuízos diretamente das faturas pertinentes aos pagamentos que lhe forem devidos, independentemente de qualquer procedimento judicial, assegurada a prévia defesa.

8 DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO

8.1 O MUNICÍPIO obriga-se a:

8.1.1 Promover o acompanhamento e a fiscalização dos serviços objeto do presente Termo, sob os aspectos quantitativo e qualitativo, anotando em registro próprio as falhas detectadas e a noticiar a CREDENCIADA sobre as ocorrências de quaisquer fatos que, a critério do Município, exijam medidas corretivas por parte daquela;

8.1.2 Efetuar a satisfação do crédito da CREDENCIADA nas condições e de acordo com o prazo estabelecido nesse Termo de Credenciamento;



8.1.3 Prestar quaisquer esclarecimentos que venham a ser formalmente solicitados à CREDENCIADA e pertinentes ao objeto do presente Termo.

9 DAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIADA

9.1 Constitui obrigação da CREDENCIADA:

9.1.1 Manter durante a execução do Credenciamento, todas as condições de habilitação e demais condições e obrigações assumidas;

9.1.2 Cumprir todo o disposto no Edital de Credenciamento nº 15/2018 e anexos;

9.1.3 Realizar o serviço para o qual foi Credenciado sem cobrança de qualquer valor adicional dos usuários;

9.1.4 Quando solicitada, apresentar imediatamente os documentos, prontuários ou demais informações necessárias ao acompanhamento da execução deste Termo, não podendo haver quaisquer obstáculos ou impedimentos às vistorias técnicas realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde ou qualquer outro órgão de fiscalização e controle;

9.1.5 Prestar aos usuários tratamento idêntico ao dispensado aos seus demais usuários, dando-lhes tratamento condigno e de modo universal e igualitário. Qualquer tipo de discriminação dará causa ao cancelamento imediato do presente Termo de Credenciamento e à aplicação das penalidades previstas neste ajuste;

9.1.6 Comunicar imediatamente à Secretaria Municipal de Saúde à ocorrência de qualquer irregularidade de que tenha conhecimento, referente ao serviço credenciado;

9.1.7 Submeter-se a todos os controles de prestação de serviços que forem solicitados pela Secretaria Municipal de Saúde, tais como auditoria, controle e avaliação e outros de natureza assemelhada;

9.1.8 Comunicar oficialmente a Secretaria Municipal de Saúde eventual alteração de sua razão social, de controle acionário e de mudança em sua Diretoria, Contrato ou Estatuto Social, ou qualquer outra informação imprescindível à correta execução deste Termo, enviando a documentação pertinente no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir do registro da alteração.

10 DA FISCALIZAÇÃO

10.1 Cabe à Comissão da Secretaria Municipal de Saúde, indicada especificamente para esse fim, exercer ampla, irrestrita e permanente fiscalização dos serviços objeto deste Termo.

10.1.1 A CREDENCIADA declara aceitar integralmente todos os métodos e processos de inspeção, verificação e controle a serem adotados pela Secretaria Municipal de Saúde.

10.1.2 A existência e atuação da fiscalização da Secretaria Municipal de Saúde em nada restringe a responsabilidade única, integral e exclusiva da CREDENCIADA, no que concerne ao objeto deste Termo.

11 PENALIDADES

11.1 A inobservância, pela CREDENCIADA, de cláusula ou obrigação constante no Edital e no presente Termo, ou de dever original de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará o Município a aplicar, em cada caso, cumulativamente ou não, as seguintes penalidades contratuais:

I - Advertência escrita: quando se tratar de infração leve, a juízo da fiscalização, no caso de descumprimento das obrigações e responsabilidades assumidas neste Termo ou, ainda, no caso de outras ocorrências que possam acarretar prejuízos à Credenciante, desde que não caiba a aplicação de sanção mais grave;

II - Multa: a) De 0,5% (meio por cento) por dia de atraso, no caso de não cumprimento de obrigação proveniente da execução do serviço, ou de não cumprimento de determinação da comissão de fiscalização, até o limite de 20% (vinte por cento) sobre o valor da Nota Fiscal do mês de referência;



b) De até 20% (vinte por cento) sobre o valor da Nota Fiscal do mês de referência, no caso de descumprimento do Termo de Credenciamento, ou de determinação da fiscalização, ressalvado o disposto no item 1 (um) acima citado;

III - Suspensão temporária de participar em licitação e impedimento de contratar com a Administração, pelo prazo não superior a 02 (dois) anos;

IV - Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos que determinaram sua punição ou até que seja promovida a sua reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que o contratado ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base no inciso anterior.

11.2 O valor correspondente a qualquer multa aplicada à Credenciada, garantida a observância dos princípios do contraditório e da ampla defesa, poderá ser:

11.2.1 Descontada do valor correspondente ao mês da prestação dos serviços; ou ainda

11.2.2 A critério da Credenciante, via inscrição da Credenciada em dívida ativa, emitindo boleto para pagamento, em até 10 (dez) dias após o recebimento da notificação, ficando a Credenciada obrigada a comprovar o recolhimento, mediante a apresentação da cópia da referida guia.

11.2.3 Decorrido o prazo de 10 (dez) dias para o recolhimento da multa, o débito será acrescido de 1% (um por cento) de mora por mês/fração, inclusive referente ao mês da quitação/consolidação do débito, limitado o pagamento com atraso em até 60 (sessenta) dias após a data da notificação, e, após este prazo, o débito será cobrado judicialmente.

11.3 As sanções previstas nos incisos I, III e IV desta Cláusula poderão ser aplicadas juntamente com as do inciso II, facultada a defesa prévia do interessado, no respectivo processo, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, nos termos do § 2º do artigo 87 da Lei nº 8.666/93.

11.4 A sanção estabelecida no inciso IV desta Cláusula é de competência exclusiva do (a) Senhor (a) Secretária (o) Municipal de Saúde, facultada a defesa do interessado no respectivo processo, no prazo de 10 (dez) dias da abertura de vista, podendo a reabilitação ser requerida após 02 (dois) anos de sua aplicação, nos termos do § 3º, do artigo 87 da Lei nº 8.666/93.

11.5 A imposição de quaisquer das sanções estipuladas neste Termo não ilidirá o direito do Município de exigir o ressarcimento integral dos prejuízos e das perdas e danos que o fato gerador da penalidade lhe acarretar, ou a seus usuários e terceiros.

12 DA RESCISÃO

12.1 Constitui motivo para rescisão do presente Termo, a ocorrência de quaisquer hipóteses previstas nos arts. 77, 78 e 79 da Lei 8.666/93 e suas alterações posteriores.

12.2 A rescisão poderá dar-se ainda por:

a) DECISÃO/INICIATIVA da CREDENCIADA, desde que não prejudique os usuários e solicite formalmente o seu descredenciamento com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, observadas as demais disposições deste instrumento;

b) Iniciativa da Administração, desde que haja interesse público justificável, notificando a Credenciada com a antecedência mínima de 30 dias;

c) Atendimento aos usuários de forma discriminatória e prejudicial, devidamente comprovada;

d) Reincidência na cobrança de serviços não executados ou executados irregularmente, devidamente comprovada;

e) Ação de comprovada má-fé, dolo ou fraude, causando prejuízos a Credenciante ou aos usuários;

f) Deixar de comunicar previamente ao Credenciante a alteração de endereço, para fins de vistoria;

g) Identificação de ocorrência de fraude, simulação, infração às normas sanitárias ou fiscais, ou ainda, descumprimento das exigências constantes no Edital de Credenciamento nº 15/2018 ou neste Termo.

12.2 A rescisão do Termo de Credenciamento/Contrato poderá se dar sob quaisquer das formas delineadas no art. 79 da Lei nº 8.666/93.

12.3 A CREDENCIADA poderá denunciar o ajuste, desde que notifique previamente a Administração, com no mínimo 30 (trinta) dias de antecedência.



13 DO PRAZO DE VIGÊNCIA

13.1 O Termo de Credenciamento terá validade a partir de sua assinatura, por 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por 48 (quarenta e oito) meses ao fim do prazo, enquanto a Credenciada não perder as condições e exigências deste Credenciamento.

14 DA PUBLICIDADE

14.1 A CREDENCIADA poderá promover publicidade, sem qualquer ônus para o MUNICÍPIO, objetivando incentivar os usuários a procurarem seus estabelecimentos.

15 DO FORO

15.1 Fica eleito o foro da Comarca de Gaspar/SC, como competente, a fim de dirimir questões que se originem do presente Termo, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E assim, por estarem certas e ajustadas, as partes contratantes assinam este Termo de Credenciamento em 02 (duas) vias de igual teor, na presença de 02 (duas) testemunhas.

Gaspar (SC), ___ de _____ de 20__

CARLOS ROBERTO PEREIRA
Secretário Municipal de Saúde
CREDENCIANTE

(RAZÃO SOCIAL)
Representante Legal
CREDENCIADA

Testemunhas:

1 - _____

2 - _____