



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

## CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 01/2019 PARA CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DA SAÚDE

### 1 – PREÂMBULO

1.1 – O Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro, CIS PARANA CENTRO – através da Comissão Permanente de Licitação, designada pela Resolução nº 002/2019, e de conformidade com a Lei nº 8.666/93, suas alterações, Lei nº 8.080/90, Portaria nº 1286/93 de Ministério da Saúde e demais legislações aplicáveis, e através da Resolução que institui e torna pública a realização de **CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DA SAÚDE**, nos termos das condições estabelecidos no presente Instrumento de Chamamento.

### 2 – OBJETO

2.1 – O presente Chamamento Público tem por objeto o Credenciamento de Profissionais da Área da Saúde para a Prestação de Serviços Ambulatoriais, conforme as necessidades do CIS PARANÁ CENTRO abrangendo as seguintes especialidades:

- ALÉRGOLOGIA
- ANGIOLOGIA
- ANESTESIOLOGIA
- CIRURGIA GERAL
- CARDIOLOGIA
- CIRURGIA PLÁSTICA
- CANCEROLOGIA/ONCOLOGIA
- DERMATOLOGIA
- DERMATOLOGIA SANITÁRIA
- ENDOCRINOLOGIA
- GATROENTEROLOGIA
- GERIATRIA/GERONTOLOGIA
- GINECOLOGIA/OBSTETRICIA
- HEMATOLOGIA
- INFECTOLOGIA
- MASTOLOGIA
- NEUROLOGIA
- NEFROLOGIA



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

- ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
- OFTALMOLOGIA
- OTORRINOLARINGOLOGIA
- PROCTOLOGIA
- PSQUIATRIA
- PNEUMOLOGIA
- REUMATOLOGIA
- NUTROLOGIA
- UROLOGIA

2.2 – Como Anexo I, segue-se a tabela discriminada de todos os valores para credenciamento.

### 3 – CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO

3.1 – Poderão participar no Credenciamento todos os profissionais nas especialidades e procedimentos na área da saúde indicadas no item 2.1, deste edital, desde que, atendidos os requisitos exigidos no item 6.1 deste instrumento de chamamento.

3.2 – Não poderão participar no Credenciamento os interessados que estejam cumprindo sanções administrativas previstas na Lei nº 8.666/93.

3.3 – Não poderão participar no Credenciamento os profissionais concursados que integrarem o quadro de pessoal efetivo do Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro.

3.4 – Não poderão participar no Credenciamento aquele que forem descredenciados pelo CIS PARANÁ CENTRO por descumprimento de cláusulas contratuais ou irregularidades na execução dos serviços prestados.

### 4 – FORMAS DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO

4.1 – Os interessados poderão inscrever-se para Credenciamento **a partir do dia 07/01/2019**

4.2 – Serão considerados credenciados os profissionais, pessoas jurídicas, que apresentarem todos os Documentos enumerados no item 6.1 deste instrumento.

4.3 – Os interessados poderão solicitar a inscrição no Credenciamento a qualquer momento, sendo suas inscrições proporcionalmente adequadas ao período remanescente de vigência do Credenciamento.

4.4 – Os interessados para atenderem o chamamento do credenciamento, poderão ter acesso aos modelos, através do fornecimento de cópia através de pen-drive ou e-mail, mediante solicitação, junto ao SETOR DE CREDENCIAMENTO do CIS PARANÁ CENTRO.



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

## 5 – FORMAS DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

5.1 – Os interessados deverão encaminhar os documentos relacionados no item 6.1 no SETOR DE CREDENCIAMENTO na sede administrativa do CIS PARANÁ CENTRO, devidamente protocolado; no horário das 08h30min às 11h30min e das 13h30min às 16h30min horas em dias de expediente no Consórcio Intermunicipal de Saúde, no seguinte endereço: Rua Machado de Assis, S/N, em envelope lacrado com as seguintes indicações:

### CREDCIAMENTO DE PROFISSIONAIS NA ÁREA DA SAÚDE

**EMPRESA INTERESSADA:**

**ENDEREÇO:**

**TELEFONE PARA CONTATO:**

## 6 – DOCUMENTAÇÕES REFERENTES À HABILITAÇÃO

6.1 – Para o credenciamento, os profissionais, pessoa jurídica, deverão apresentar ao setor de credenciamento do CIS PARANÁ CENTRO a documentação informada abaixo. Toda documentação deverá ser entregue em 01 (uma) via, por processo de cópia autenticada em cartório, ou através de cópia simples acompanhada do documento original para autenticação no CIS PARANÁ CENTRO, conforme exigência do artigo 32 da lei 8666/93.

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

a) Anexos III e IV em papel timbrado da empresa, conforme modelo disponível em anexo.

b) Registro comercial em caso de empresa individual, ou Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social em caso de Instituição. Sendo apresentado Estatuto Social deveser apresentado juntamente a cópia da Ata de Eleição do representante legal da Instituição;

c) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);

d) Alvará de licença para funcionamento;

e) Licença Sanitária atualizada;

f) Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Estadual;

g) Prova de regularidade fiscal com a Fazenda Federal;

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

i) Prova de regularidade fiscal relativa a Seguridade Social (INSS)



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

- j) Prova de regularidade fiscal relativo ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);
- k) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa, nos Termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.
- l) Cédula de identidade do representante legal da empresa interessada e do profissional responsável técnico na prestação de serviços;
- m) CPF do representante legal da empresa interessada e do profissional responsável técnico na prestação de serviços;
- n) Certidão de participação ativa em ensaio de proficiência (Conforme Resolução SESA 368/2013, publicada no Diário Oficial do Estado em 12/06/2013, aplicável aos laboratórios de análises clínicas);

## DOS PROFISSIONAIS ATUANTES

- o) Anexos II em papel timbrado da empresa, Conforme modelo disponível em anexo
- p) Cédula de identidade dos profissionais atuantes;
- q) CPF dos profissionais atuantes;
- r) Comprovante de residência dos profissionais atuantes;
- s) Comprovante de inscrição no Conselho Regional da Categoria dos profissionais atuantes;
- t) Número de inscrição no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde dos profissionais atuantes
- u) Diploma de curso superior do responsável técnico pela prestação de serviços, devidamente registrado no Conselho da Classe Profissional;
- v) Certificado de especialidade na área pretendida, quando exigido, do Profissional Responsável técnico pela prestação de serviços, devidamente registrado no Conselho da Classe Profissional;
- x) Certidão de conduta ético-profissional emitida pelo respectivo Conselho da Classe Profissional, válida para o ano.
- z) Autorização de pagamento, especificando conta bancária, conforme modelo em anexo V.

6.2 – Os profissionais poderão inscrever-se em mais de uma área, desde que preenchidos os requisitos na respectiva especialidade.

6.3 – É de inteira responsabilidade da empresa credenciada, manter atualizada a documentação exigida no Item 6.1 desse instrumento, principalmente no que diz respeito às certidões negativas de débito, bem como informar e encaminhar ao CIS PARANÁ CENTRO toda e qualquer alteração ocorrida na empresa.



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

6.4 - A falta de qualquer um dos documentos exigidos para o credenciamento implicará na impossibilidade da prestação de serviço do profissional com o respectivo descredenciamento.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** A empresa credenciada deverá obrigatoriamente encaminhar ao consórcio intermunicipal de saúde as documentações que possuem prazo de validade. Tais documentações deverão ser entregues antes de expirar a data de validade.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** O pagamento dos serviços prestados ficam condicionados ao cumprimento do item 6.3 desse instrumento, pela empresa credenciada.

## 7 – PROCEDIMENTOS DO CREDENCIAMENTO

7.1 – O credenciamento será amplamente divulgado e estará permanentemente aberto aos interessados, obrigando-se a unidade por ele responsável a proceder, no mínimo anualmente, através da imprensa oficial e de jornal diário a chamamento público para a atualização dos registros existentes e para o ingresso de novos interessados, conforme art. 34, § 1º da Lei 8666/93.

A – O inteiro teor deste Chamamento Público nº 01/2019 também estará fixado em edital interno e acessível ao público nas repartições administrativas do CIS/PARANÁ CENTRO.

7.2 – Ao requerer a inscrição no CREDENCIAMENTO, ou atualização deste, a qualquer tempo, o interessado fornecerá os elementos necessários à satisfação das exigências contidas no item 6.1 deste instrumento. Posteriormente o CIS/PARANÁ CENTRO fará uma avaliação das condições técnicas do credenciado, o qual deverá atender às necessidades e especificações exigidas a cada caso.

7.3 – Somente serão considerados credenciados os prestadores que foram aprovados pela avaliação técnica, realizada pela assessoria jurídica, contábil e pela diretora técnica do CIS.

7.4 – A qualquer tempo o credenciamento poderá ser alterado, suspenso ou cancelado. Do mesmo modo o CIS/PARANÁ CENTRO poderá cancelar o atendimento do credenciado que deixar de satisfazer as exigências estabelecidas para o credenciamento, desde que comunicado por escrito com 30 (trinta) dias de antecedência, bem como do credenciado que suspender o atendimento por motivo irrelevante ou administrativo, sendo que ao suspender sem justificativa plausível terá seu credenciamento cancelado e de acordo com a Lei 8.666/93, art.87, III, onde ocorre a suspensão temporária de participar em licitação e impedimento de contratar com a administração por até 2 anos.

7.5 – A quantidade de atendimentos, exames, procedimentos e afins, a ser repassada ao credenciado será de responsabilidade e escolha das Secretarias de Saúde dos Municípios consorciados de acordo com seu orçamento.

7.6 – De igual forma, a lista contendo o nome de todas as empresas profissionais credenciadas será repassada diretamente às Secretarias de Saúde dos Municípios consorciados, de modo que, os pacientes de cada município possam realizar a escolha do profissional que desejar receber atendimento (ou o local que deseje realizar exames, procedimentos e a fins), de maneira a se permitir a rotatividade entre todos os credenciados.

7.7 – Em nenhum caso, o CIS/PARANÁ CENTRO indicará à qualquer pessoa, Secretarias de Saúde, autoridades, dentre outros, os profissionais credenciados, sendo excluída, portanto, a vontade da Administração na demanda por credenciado.



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

7.8 – A quantidade de atendimentos/exames constantes na programação do CIS/PARANÁ CENTRO não significa contratação imediata.

## 8 – CRITÉRIOS DE CREDENCIAMENTO

8.1 – Os profissionais serão cadastrados de acordo com a ordem de apresentação dos envelopes contendo os documentos de habilitação, junto ao setor indicado no item 5.1 do presente instrumento e posteriormente recadastrados na mesma ordem conforme a ordem de execução dos serviços.

8.2 – O SETOR DE CREDENCIAMENTO após a entrega dos documentos exigidos no presente edital, protocolará cada envelope recebido em uma lista que contém sequência numérica, dia e hora da apresentação da referida documentação.

8.3 – A empresa que realizar a entrega da documentação assinará a lista em questão, a fim de se manter a lisura em todo o credenciamento.

## 9 – DO VALOR

9.1 – A remuneração pela prestação de serviços será de acordo com a Tabela de Procedimentos (Anexo I) com valores referenciais para 2019, aprovadas pela Resolução nº 003/2019 e publicada no Site do CIS [www.cisparanacentro.com.br](http://www.cisparanacentro.com.br), em 04/01/2019.

9.2 – É expressamente vedado o pagamento de qualquer sobretaxa em relação à tabela adotada, ou do cometimento a terceiros, da atribuição de proceder ao credenciamento e/ou a intermediação do pagamento dos serviços prestados.

## 10 – CRITÉRIOS DE REAJUSTE

10.1 – O valor dos procedimentos indicados no Anexo I poderão sofrer reajustes a qualquer momento, desde que, através de resolução publicada em diário oficial e após aprovação da Comissão Técnica Consultiva Paritária formada pelos Secretários de Saúde e pelo Conselho de Prefeitos.

## 11 – SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLEMENTO DOS SERVIÇOS

11.1 – Pela inexecução total ou parcial na prestação dos serviços, o Consórcio Intermunicipal de Saúde - CIS PARANÁ CENTRO poderá garantir a prévia defesa, aplicar aos cadastrados as sanções previstas no art. 87 da Lei nº 8666/93.



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

11.2 – O prestador de serviço credenciado pelo CIS PARANÁ CENTRO, não poderá em hipótese alguma cobrar qualquer valor dos usuários de saúde, referente aos procedimentos, consultas, exames ou cirurgias realizadas ou mesmo indicar consultórios particulares para realização dos mesmos. Sob pena de descredenciamento. Todos os pagamentos serão realizados exclusivamente pelo CIS PARANÁ CENTRO.

## 12 – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

12.1 – Os valores a serem pagos serão apurados de acordo com o número de consultas, Exames e/ou Procedimentos efetivamente realizados e devidamente autorizados pelo CIS PARANÁ CENTRO, sendo a produção do período apresentada através da Fatura/Relatório de Procedimentos (exames ou consultas). Deverão ser respeitadas pelo prestador de serviços as datas de validade das autorizações dos procedimentos, sendo que o pagamento de qualquer procedimento realizado fora da data de validade será glosado por esse Consórcio.

12.2 - Logo após apurado os valores a serem pagos a cada empresa credenciada, o setor de faturamento desse Consórcio entrará em contato com a empresa Prestadora de Serviços para solicitar a emissão da Nota Fiscal.

12.3 – De acordo com a legislação vigente, somente serão admitidas NOTAS FISCAIS ELETRÔNICAS.

12.4 – O pagamento dos serviços prestados ocorrerá até 20 (vinte) dias após a entrega da nota fiscal eletrônica ao setor de faturamento do CIS PARANÁ CENTRO.

12.5 – O pagamento será realizado mediante transferência bancária, a ser realizada em conta do Banco do Brasil, que deverá ser apresentada na hora do credenciamento.

12.6 – Fica condicionado o pagamento dos serviços prestados, a regular situação do cadastro da empresa no CIS PARANÁ CENTRO, tendo essa que apresentar regularmente a esse consorcio os documentos com validade, antes mesmo que expire o prazo de validade dos mesmos, conforme item 6.3 desse edital.

12.7 – Todos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais decorrentes da prestação de serviços, serão de responsabilidade da empresa credenciada;

12.8 – Os pagamentos decorrentes da execução dos serviços correrão por conta dos recursos das seguintes dotações orçamentárias:

01.001.10.302.0001.2003

3.33.90.39.00.00



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

## 13 – RECURSOS

13.1 – Aos credenciados é assegurado o direito de interposição de Recurso, nos termos do art. 109 da Lei nº 8666/93, o qual será recebido e processado nos termos ali estabelecidos.

13.2 – Qualquer cidadão e/ou usuários poderão denunciar toda e qualquer irregularidade verificada na prestação de serviços e/ou no faturamento, mediante denúncia no SETOR DE OUVIDORIA do CIS PARANÁ CENTRO.

## 14 – DISPOSIÇÕES GERAIS

14.1 – Esclarecimentos relativos ao presente chamamento público e às condições para atendimento das obrigações necessárias ao cumprimento de seu objeto, somente serão prestados quando solicitados por escrito, encaminhado a administração do CIS PARANÁ CENTRO, no endereço Rua Caetano Munhoz da Rocha, 423 - Centro.

14.2 – Fica eleito o foro da cidade de Pitanga, Estado do Paraná, como competente para dirimir todas as questões decorrentes do credenciamento.

14.3 – Este Edital de Chamamento Público entra em vigor na data de sua publicação.

## 15 – ANEXOS

15.1 – Integram o presente instrumento, os seguintes anexos

- a) Anexo I - **Tabela de Valores**
- b) Anexo II - **Modelo de requerimento para credenciamento;**
- c) Anexo III – **Modelo declaração de idoneidade;**
- d) Anexos IV – **Modelo de declaração de Observância ao Disposto do Inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal.**
- e) Anexo V – **Autorização de pagamento.**
- f) Anexo VI – **Modelo de declaração de vínculo do profissional que irá atuar na prestação do serviço (quando for o caso).**
- g) Anexo VIII – **Modelo de declaração de responsável pela empresa, responsável técnico e responsável pela retirada de documentos junto ao CIS**
- h) Anexo VII – **Minuta de contrato**

### ANEXO I - Tabela de Valores





# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

TABELA DE SERVIÇOS E VALORES DO CIS - PARANÁ CENTRO



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		
LOTE I		
	ESPECIALIDADES MÉDICAS	VALOR UNITÁRIO POR CONSULTA
1	CONSULTA EM ALERGOLOGIA	R\$ 60,00
2	CONSULTA EM ANGIOLOGIA/ CIRURGIA VASCULAR	R\$ 60,00
3	CONSULTA EM ANESTESIOLOGIA	R\$ 60,00
4	CONSULTA EM CIRURGIA GERAL	R\$ 60,00
5	CONSULTA EM CARDIOLOGIA	R\$ 60,00
6	CONSULTA EM CANCEROLOGIA/ ONCOLOGIA	R\$ 60,00
7	CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA	R\$ 60,00
8	CONSULTA EM DERMATOLOGIA	R\$ 60,00
9	CONSULTA EM DERMATOLOGIA SANITÁRIA/ HANSENOLOGIA	R\$ 60,00
10	CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA	R\$ 60,00
11	CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA	R\$ 60,00
12	CONSULTA EM GERIATRIA/GERONTOLOGIA	R\$ 60,00
13	CONSULTA EM GINECOLOGIA/OBSTETRICIA	R\$ 60,00
14	CONSULTA EM HEMATOLOGIA	R\$ 60,00
15	CONSULTA EM INFECTOLOGIA	R\$ 60,00
16	CONSULTA EM MASTOLOGIA	R\$ 60,00
17	CONSULTA EM NEUROLOGIA	R\$ 60,00
18	CONSULTA EM NEFROLOGIA	R\$ 60,00
19	CONSULTA EM ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	R\$ 60,00
20	CONSULTA EM OFTALMOLOGIA	R\$ 60,00
21	CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA	R\$ 60,00
22	CONSULTA EM PROCTOLOGIA/ COLOPROCTOLOGIA	R\$ 60,00
23	CONSULTA EM PSIQUIATRIA	R\$ 60,00
24	CONSULTA EM PNEUMOLOGIA	R\$ 60,00
25	CONSULTA EM REUMATOLOGIA	R\$ 60,00
26	CONSULTA EM UROLOGIA	R\$ 60,00
27	CONSULTA EM NUTROLOGIA	R\$ 60,00
LOTE II		
	ESPECIALIDADE MÉDICA ATENDIDA EM HORÁRIOS DIFERENCIADOS	VALOR UNITÁRIO POR CONSULTA
1	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA ATENDIDA EM HORÁRIO DIFERENCIADO (DIAS NÃO ESPECIFICOS DE ATENDIMENTO DO PROFISSIONAL NO CIS/ PÓS HORÁRIO DE EXPEDIENTE DO PROFISSIONAL NO CIS/ NOITE/ SABÁDOS/ DOMINGOS E FERIADOS	R\$ 100,00



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

2	PROCEDIMENTO MÉDICO ESPECIALIZADO ATENDIDO EM HORÁRIO DIFERENCIADO (DIAS NÃO ESPECIFICOS DE ATENDIMENTO DO PROFISSIONAL NO CIS/ PÓS HORÁRIO DE EXPEDIENTE DO PROFISSIONAL NO CIS/ NOITE/ SABÁDOS/ DOMINGOS E FERIADOS	R\$ 100,00
<b>LOTE III</b>		
<b>DIAGNOSE POR RADIODIAGNÓSTICO</b>		<b>VALOR POR EXAME</b>
1	DACRIOCISTOGRAFIA	R\$ 95,00
2	PLANIGRAFIA DE LARINGE	R\$ 35,00
3	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	R\$ 25,00
4	RADIOGRAFIA DE ARCADEA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)	R\$ 24,00
5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	R\$ 25,00
6	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R\$ 24,00
7	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ)	R\$ 25,00
8	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	R\$ 24,00
9	RADIOGRAFIA DE LARINGE	R\$ 23,00
10	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	R\$ 25,00
11	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	R\$ 24,00
12	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 21,00
13	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO)	R\$ 20,00
14	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL )	R\$ 22,00
15	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 21,00
16	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)	R\$ 24,00
17	RADIOGRAFIA OCLUSAL	R\$ 20,00
18	RADIOGRAFIA PANORAMICA	R\$ 18,00
19	RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING)	R\$ 21,00
20	SIALOGRAFIA (POR GLANDULA)	R\$ 59,00
21	TELERADIOGRAFIA COM TRACADOS E SEM TRACADOS	R\$ 16,00
22	MILOGRAFIA	R\$ 136,00
23	PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL	R\$ 64,00
24	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + OBLIQUAS)	R\$ 21,00
25	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	R\$ 21,00
26	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 24,00
27	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 26,00
28	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS e SEL)	R\$ 26,00
29	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 26,00
30	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	R\$ 25,00



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

31	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	R\$ 25,00
32	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA	R\$ 25,00
33	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	R\$ 24,00
34	BRONCOGRAFIA UNILATERAL	R\$ 110,00
35	DUCTOGRAFIA (POR MAMA)	R\$ 57,00
36	MAMOGRAFIA UNILATERAL	R\$ 25,00
37	MAMOGRAFIA BILATERAL	R\$ 50,00
38	MARCAÇÃO PRE-CIRURGICA DE LESAO NAO PALPAVEL DE MAMA ASSOCIADA A MAMOGRAFIA	R\$ 62,00
39	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 38,00
40	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)	R\$ 35,00
41	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	R\$ 25,00
42	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	R\$ 29,00
43	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$ 21,00
44	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	R\$ 23,00
45	RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO	R\$ 21,00
46	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDOTICA)	R\$ 21,00
47	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)	R\$ 24,00
48	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 28,00
49	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R\$ 22,00
50	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)	R\$ 22,00
51	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R\$ 20,00
52	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	R\$ 20,00
53	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 21,00
54	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	R\$ 21,00
55	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$ 21,00
56	RADIOGRAFIA DE BRACO	R\$ 21,00
57	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R\$ 21,00
58	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 23,00
59	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	R\$ 21,00
60	RADIOGRAFIA DE MAO	R\$ 23,00
61	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	R\$ 20,00
62	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	R\$ 26,00
63	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 24,00
64	CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE	R\$ 80,00
65	COLANGIOGRAFIA PER-OPERATORIA	R\$ 32,00
66	COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA	R\$ 32,00
67	DUODENOGRAMA HIPOTONICA	R\$ 35,00



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

68	FISTULOGRAFIA	R\$ 58,00
69	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R\$ 80,00
70	PIELOGRAFIA ANTEROGRADA PERCUTANEA	R\$ 115,00
71	PIELOGRAFIA ASCENDENTE	R\$ 70,00
72	PLANIGRAFIA DE RIM S/ CONTRASTE	R\$ 30,00
73	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	R\$ 23,00
74	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS )	R\$ 40,00
75	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	R\$ 22,00
76	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO	R\$ 48,00
77	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)	R\$ 52,00
78	RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE)	R\$ 120,00
79	URETROCISTOGRAFIA	R\$ 93,00
80	UROGRAFIA VENOSA	R\$ 120,00
81	ARTROGRAFIA	R\$ 45,00
82	DENSITOMETRIA OSSEA CORPO TODO	R\$ 130,00
83	DENSITOMETRIA OSSEA 2 REGIOES	R\$ 115,00
84	DENSITOMETRIA OSSEA 1 SEGMENTO	R\$ 115,00
85	DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES)	R\$ 120,00
86	ESCANOMETRIA	R\$ 25,00
87	PLANIGRAFIA DE OSSO - SUBSIDIARIA A OUTROS EXAMES (POR PLANO)	R\$ 31,00
88	PLANIGRAFIA DE OSSO EM 2 PLANOS	R\$ 20,00
89	PLANIGRAFIA DE LARINGE	R\$ 35,00
90	PLANIGRAFIA DE SELA TURCA 2 PLANOS	R\$ 33,00
91	PLANIGRAFIA DE FACE 2 PLANOS	R\$ 43,00
92	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	R\$ 21,00
93	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	R\$ 21,00
94	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	R\$ 25,00
95	RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 21,00
96	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	R\$ 20,00
97	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 22,00
98	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R\$ 20,00
99	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 24,00
100	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	R\$ 28,00
101	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	R\$ 20,00
102	RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$ 22,00
103	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 29,00
104	EMISSÃO DE LAUDO PARA RADIOGRAFIA	R\$ 11,00



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

<b>LOTE IV</b>		
<b>DIAGNOSE POR EXAMES DE ULTRASSONOGRRAFIA</b>		<b>VALOR POR EXAME</b>
1	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	R\$ 110,00
2	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VESICULA, VIAS BILIARES, REGIÃO INGUINAL, ORGÕES E ESTRUTRAS SUPERFICIAIS)	R\$ 70,00
3	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (ABDOMEN SUPERIOR, RINS, BEXIGAS, PAREDE ABDOMINAL)	R\$ 79,00
4	ULTRA-SONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	R\$ 95,00
5	ULTRA-SONOGRAFIA DE ARTICULACAO (ANTEBRAÇO, COXA, BRAÇO, JOELHO, TORNOZELO, OMBRO, PUNHO, PANTURRILHA)	R\$ 75,00
6	ULTRA-SONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL \ RASTREAMENTO DE TESTÍCULOS	R\$ 79,00
7	ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	R\$ 75,00
8	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 80,00
9	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 80,00
10	ULTRA-SONOGRAFIA DE TIREOIDE (PESCOÇO, CERVICAL, PAROTIDA)	R\$ 80,00
11	ULTRA-SONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R\$ 95,00
12	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA	R\$ 80,00
13	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO (MORFOLOGICO)	R\$ 130,00
14	ULTRA-SONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R\$ 82,00
15	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSFONTANELA (HIPOCONDRIO)	R\$ 72,00
16	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 72,00
17	MARCAÇÃO DE LESÃO PRE-CIRURGICA DE LESÃO NÃO PALPÁVEL DE MAMA ASSOCIADA A ULTRA-SONOGRAFIA	R\$ 95,00
18	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (DOPPLER RENAL, VASCULAR VENOSO, CARÓTIDAS E VERTEBRAS, COLORIDO 3 VASOS OU MAIS)	R\$ 207,00
<b>LOTE V</b>		
<b>13. DIAGNOSE POR EXAMES DE TOMOGRAFIA</b>		<b>VALOR POR EXAME</b>
1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 220,50
2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 220,50
3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 220,50
4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$ 220,50



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOCO(PARTES MOLES, LARINGE, TIROIDE OU PARA TIROIDE) C/ CONTRASTE	R\$ 220,50
6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOCO(PARTES MOLES, LARINGE, TIROIDE OU PARA TIROIDE) SEM CONTRASTE	R\$ 140,00
7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	R\$ 140,00
8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO C/ CONTRASTE	R\$ 220,50
9	TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA	R\$ 220,50
10	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 145,00
11	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES	R\$ 145,00
12	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX C/ CONTRASTE	R\$ 220,50
13	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX S/ CONTRASTE	R\$ 140,00
14	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX / MEDIASTINO (POR PLANO)	R\$ 140,00
15	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN C/ CONTRASTE	R\$ 294,00
16	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 145,00
17	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA	R\$ 140,00
18	UROTOMOGRAFIA	R\$ 294,00
<b>LOTE VI</b>		
<b>DIAGNOSE POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COM OU SEM CONTRASTE</b>		<b>VALOR POR EXAME</b>
1	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	R\$ 400,00
2	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	R\$ 400,00
3	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 400,00
4	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 400,00
5	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	R\$ 400,00
6	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	R\$ 400,00
7	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	R\$ 400,00
8	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE	R\$ 400,00
9	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 400,00
10	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	R\$ 400,00
11	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 400,00
12	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE	R\$ 400,00
13	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$ 400,00
14	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES	R\$ 400,00
<b>LOTE VII</b>		
<b>DIAGNOSE POR EXAMES DE CINTILOGRAFIA</b>		<b>VALOR POR EXAME</b>
1	CINTILOGRAFIA DE CORACAO C/ GALIO 67	R\$ 457,55



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

2	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECOES)	R\$ 408,52
3	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECOES)	R\$ 383,87
4	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ LOCALIZACAO DE NECROSE (MINIMO 3 PROJECOES )	R\$ 166,47
5	CINTILOGRAFIA P/ AVALIACAO DE FLUXO SANGUINEO DE EXTREMIDADES	R\$ 114,02
6	CINTILOGRAFIA P/ QUANTIFICACAO DE SHUNT EXTRACARDIACO	R\$ 142,57
7	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE ESFORCO	R\$ 214,85
8	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)	R\$ 176,72
9	DETERMINACAO DE FLUXO SANGUINEO REGIONAL	R\$ 123,92
10	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E BACO (MINIMO 5 IMAGENS)	R\$ 123,93
11	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E VIAS BILIARES	R\$ 187,93
12	CINTILOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTIMULO	R\$ 87,89
13	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (LIQUIDO)	R\$ 135,38
14	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (SEMI-SOLIDO)	R\$ 135,38
15	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO GASTRICO	R\$ 144,22
16	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL	R\$ 114,86
17	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA	R\$ 157,23
18	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NAO ATIVA	R\$ 310,82
19	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO	R\$ 135,28
20	IMUNO-CINTILOGRAFIA (ANTICORPO MONOCLONAL)	R\$ 1.103,36
21	CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES	R\$ 324,54
22	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ OU S/ CAPTACAO	R\$ 77,28
23	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ TESTE DE SUPRESSAO / ESTIMULO	R\$ 107,30
24	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO	R\$ 338,70
25	TESTE DO PERCLORATO C/ RADIOISOTOPO	R\$ 107,40
26	CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GALIO 67	R\$ 457,55
27	CINTILOGRAFIA DE TESTICULO E BOLSA ESCROTAL	R\$ 108,97
28	CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	R\$ 133,04
29	CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	R\$ 122,97
30	CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	R\$ 147,50
31	DETERMINACAO DE FILTRACAO GLOMERULAR	R\$ 63,22
32	DETERMINACAO DE FLUXO PLASMATICO RENAL	R\$ 63,22
33	CINTILOGRAFIA DE ARTICULACOES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO	R\$ 180,32





# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

34	CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUINEO (CORPO INTEIRO)	R\$ 190,99
35	CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO C/ GALIO 67	R\$ 457,55
36	CINTILOGRAFIA DE PERFUSAO CEREBRAL C/ TALIO (SPCTO)	R\$ 438,01
37	CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIACAO DO TRANSITO LIQUORICO)	R\$ 205,34
38	ESTUDO DE FLUXO SANGUINEO CEREBRAL	R\$ 119,16
39	CINTILOGRAFIA DE PULMAO C/ GALIO 67	R\$ 457,55
40	CINTILOGRAFIA DE PULMAO P/ PESQUISA DE ASPIRACAO	R\$ 127,51
41	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR INALACAO (MINIMO 2 PROJECCOES)	R\$ 128,12
42	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECCOES)	R\$ 130,50
43	CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA OSSEA)	R\$ 112,61
44	DEMONSTRACAO DE SEQUESTRO DE HEMACIAS PELO BACO (C/ RADIOISOTOPOS)	R\$ 67,37
45	DETERMINACAO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS (C/ RADIOISOTOPOS)	R\$ 54,36
46	LINFOCINTILOGRAFIA	R\$ 141,33
47	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS	R\$ 906,80
48	CINTILOGRAFIA DE GLANDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)	R\$ 66,23
49	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	R\$ 289,43
<b>LOTE VIII</b>		
<b>OUTRAS DIAGNOSES</b>		<b>VALOR POR EXAME</b>
1	ELETROCARDIOGRAMA SEM LAUDO	R\$ 15,00
2	EMISSÃO DE LAUDO PARA EXAME DE ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 10,00
3	ELETROCARDIOGRAMA COM LAUDO	R\$ 25,00
4	TESTE DE ESFORCO / TESTE ERGOMETRICO	R\$ 150,00
5	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	R\$ 200,00
6	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL - MAPA	R\$ 180,00
7	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	R\$ 160,00
8	ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA	R\$ 350,00
9	ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	R\$ 350,00
10	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)	R\$ 25,00
12	IMITANCIOMETRIA/ IMPEDANCIOMETRIA	R\$ 25,00
22	VIDEOLARINGOSCOPIA	R\$ 50,00
23	VIDEONASOFIBROSCOPIA	R\$ 50,00
24	FRENOTOMIA	R\$ 80,00
25	TESTE ALÉRGICO – OTORRINO	R\$ 150,00
26	REMOCAO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNI /	R\$ 35,00



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

	BILATERAL	
27	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CAVIDADE AUDITIVA E NASAL	R\$ 50,00
28	TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR	R\$ 120,00
29	CAUTERIZAÇÃO DE OUVIDO/ OUVIDO	R\$ 50,00
30	DRENAGEM DE ABSCESSO/ OTOHEMATOMA	R\$ 150,00
31	BERA - POTENCIAIS EVOCADOS AUDITIVOS DE TRONCOENCEFALICO PARA TRIAGEM AUDITIVA	R\$ 200,00
32	VECTOELETRONISTAGMOGRAFIA (EXAME DO LABIRINTO)	R\$ 150,00
33	AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DE DEFICIENCIA AUDITIVA	R\$ 139,70
34	LOGOAUDIOMETRIA (LDV-IRF-LRF)	R\$ 35,00
35	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA MEDIA E LONGA LATENCIA (BERA)	R\$ 200,00
36	EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS P/ TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINHA)	R\$ 50,00
37	ELETROCOCLEOGRAFIA	R\$ 25,00
38	ELETROGUSTOMETRIA	R\$ 30,00
39	GUSTOMETRIA	R\$ 30,00
40	BRONCOSCOPIA PULMONAR COM OU SEM BRONCODILATADOR	R\$ 300,00
41	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	R\$ 300,00
42	RETOSIGMOIDOSCOPIA	R\$ 120,00
43	RETIRADA DE POLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	R\$ 250,00
44	ENDOSCOPIA COM POLISECTOMIA OU RETIRADA DE CORPO ESTRANHO EM NIVEL HOSP.	R\$ 740,00
45	ENDOSCOPIA DIGETIVA PEDIATRICA COM FOTO, INCLUSO ANESTESISTA	R\$ 370,00
46	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (COM ANESTESIA)	R\$ 250,00
47	ELETROENCEFALOGRAMA C/ LAUDO	R\$ 50,00
48	ELETROENCEFALOGRAMA S/ LAUDO	R\$ 30,00
49	EMISSION DE LAUDO PARA EXAME DE ELETROENCEFALOGRAMA	R\$ 20,00
50	ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG)	R\$ 50,00
51	ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO-ESTIMULO	R\$ 50,00
52	ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG)	R\$ 50,00
53	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG)	R\$ 150,00
54	ELETROMIOGRAMA (EMG)	R\$ 50,00
55	ELETRONEUROMIOGRAFIA (ENMG) (01 SEGMENTO)	R\$ 150,00
56	BIOPSIA / PUNCAO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE (ATE 4 LESÕES)	R\$ 25,00
57	CISTOSCOPIA	R\$ 180,00



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

58	UROFLUXOMETRIA	R\$ 100,00
59	ESTUDO RENAL DINAMICO C/ OU S/ DIURETICO (AVALIAÇÃO URODINAMICA)	R\$ 220,00
60	BIOPSIA DE PROSTATA GUIADA POR ULTRA-SONOGRAFIA	R\$ 350,00
61	BIOPSIA DE FIGADO EM CUNHA / FRAGMENTO GUIADO POR ULTRA-SONOGRAFIA	R\$ 120,00
62	BIOPSIA/EXERESE DE NODULO DE MAMA GUIADO POR ULTRA-SONOGRAFIA	R\$ 120,00
63	BIOPSIA DE MAMA	R\$ 25,00
64	BIOPSIA DE COLO UTERINO	R\$ 25,00
65	BIOPSIA DE VULVA	R\$ 25,00
66	CAUTERIZAÇÃO DO COLO UTERINO	R\$ 50,00
67	BIOPSIA DE VAGINA	R\$ 25,00
68	CAUTERIZAÇÃO QUIMICA	R\$ 10,00
69	ELETROCAUTERIZAÇÃO	R\$ 25,00
70	INSERÇÃO/RETIRADA DE DIU	R\$ 50,00
71	BIOPSIA CIRURGICA DE TIREOIDE GUIADA POR ULTRA-SONOGRAFIA	R\$ 120,00
72	PUNCAO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	R\$ 120,00
73	PUNCAO DE MAMA POR AGULHA GROSSA GUIADA POR USG	R\$ 120,00
74	PROVA DE FUNCAO PULMONAR SIMPLES (ESPIROMETRIA)	R\$ 50,00
75	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO INFERIOR C/ IMOBILIZACAO	R\$ 15,00
76	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO SUPERIOR C/ IMOBILIZACAO	R\$ 15,00
77	PUNCAO LOMBAR	R\$ 30,00
78	EXERESE DE TUMOR MALIGNO INTRA-OCULAR	R\$ 25,00
79	TRATAMENTO CIRURGICO DE MIIASE PALPEBRAL	R\$ 110,00
80	TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO	R\$ 100,00
81	RADIOGRAFIA PANORAMICA	R\$ 35,00
82	ÓCULOS LENTE SIMPLES	R\$ 10,00
83	ÓCULOS MULTIFOCAL	R\$ 10,00
84	ÓCULOS BIFOCAL	R\$ 10,00
85	REAÇÃO DE MONTENEGRO	R\$ 25,00
86	MICROSCOPIA LEISHEMANIOSE	R\$ 15,00
87	PESQUISA ANTICORPUS IGG ANTILEISHEMANISE	R\$ 25,00
88	PESQUISA ANTICORPUS IGM ANTILEISHEMANISE	R\$ 15,00
89	POLISONOGRAFIA	R\$ 350,00
90	PROCEDIMENTOS DE BIOPSIA DE PELE COM ELETROCOAGULAÇÃO – POR LESÃO	R\$ 65,00
91	PROCEDIMENTO DE BIÓPSIA INCISIONAL	R\$ 100,00
92	PROCEDIMENTO DE CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA (GRUPO ATÉ 05	R\$ 40,00



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

	LESÕES)	
93	PROCEDIMENTO DE CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA PEQUENAS LESÕES	R\$ 10,00
94	PROCEDIMENTO DE CURETAGEM COM ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÕES CUTÂNEAS( GRUPO ATÉ 05 LESÕES)	R\$ 60,00
95	PROCEDIMENTO DE ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÕES CUTÂNEAS (GRUPO DE ATÉ 05 LESÕES)PARA OS CASOS QUE NÃO HOVEREM RETIRADA DE MATERIAL	R\$ 25,00
96	PROCEDIMENTO DE EXCISÃO E SUTURA DE LESÕES COM ROTAÇÃO DE RETALHOS – POR LESÃO	R\$ 150,00
97	PROCEDIMENTO DE EXCISÃO E SUTURA DE UNHA ENCRAVADA	R\$ 100,00
98	BIÓPSIA/HISTOLOGIA(exame com prévia solicitação medica para retirada de pólipos através de Endoscopia)	R\$ 450,00
99	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM BIÓPSIA SIMPLES “IMPRINT” E “CELL BLOCK” – POR FRASCO	R\$ 55,00
100	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO ONCÓTICO DE LIQUIDOS E RASPADOS CUTÂNEOS	R\$ 55,00
101	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM CITOPALOGIA CÉRVICO-VAGINAL ONCÓTICA-PREVENTIVO	R\$ 45,00
102	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM CITOPALOGIA HORMONAL SERIADO (MÍNIMO 3 COLETAS)	R\$ 55,00
103	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM REVISÃO DE LÂMINAS OU CORTES HISTOLOGICOS SERIADOS	R\$ 55,00
104	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM CITOPALOGIA HORMONAL ISOLADA	R\$ 45,00
105	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO PAINEL IMUNOISTOQUÍMICA ISOLADA (DUAS A CINCO REAÇÕES)	R\$ 660,00
106	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO PAINEL IMUNOISTOQUÍMICA ISOLADA	R\$ 165,00
107	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM FRAGMENTOS MÚLTIPLOS DE BIÓPSIA DE MESMO ÓRGÃO OU TOPOGRAFIA, AR CONDICIONADO EM UM MESMO FRASCO	R\$ 55,00
108	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM PEÇA CIRÚRGICA OU ANATÔMICA COMPLEXA	R\$ 155,00
109	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM GRUPOS LINFONODOS, ESTRUTURAS VIZINHAS E MARGENS DE PEÇAS ANATÔMICAS SIMPLES OU COMPLEXAS (POR MARGEM) MÁXIMO TRÊS MARGENS	R\$ 45,00
110	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM LÂMINAS E PAFV ATÉ 5	R\$ 55,00
111	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM PEÇA ANATÔMICA OU CIRÚRGICA SIMPLES	R\$ 110,00
112	COLORAÇÃO ESPECIAL, POR COLORAÇÃO	R\$ 40,00
113	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM IMUNOFLUORESCÊNCIA	R\$ 770,00
114	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM CAPTURA HÍBRIDA	R\$ 440,00
115	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM CITOPATOLÓGICO EM MEIO LÍQUIDO	R\$ 65,00
116	EXAME PER-OPERATÓRIO DE CONGELAÇÃO	R\$ 300,00
<b>LOTE IX</b>		



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS REALIZADOS NO AMBULATÓRIO DO CIS		VALOR POR EXAME
1	DRENAGEM DE ABSCESSO	R\$ 20,00
2	INFILTRAÇÃO MEDICAMENTOSA EM CORNETO INFERIOR	R\$ 25,00
3	ARTROCENTESE DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	R\$ 20,00
4	INFILTRAÇÃO DE SUBSTANCIAS EM CAVIDADE SINOVIAL (ARTICULAÇÃO, BAINHA TENDINOSA)	R\$ 20,00
5	BIOPSIA DE BOCA	R\$ 25,00
6	BIOPSIA DE LABIO	R\$ 25,00
7	BIOPSIA DE LINGUA	R\$ 25,00
8	BIOPSIA DE PALPEBRA	R\$ 25,00
9	BIOPSIA/PUNÇÃOD E TUMORES SUPERFICIAIS DA PELE	R\$ 20,00
10	DESLOCAMENTO DE PREPÚCIO	R\$ 80,00
11	POSTECTOMIA	R\$ 150,00
12	POSTECTOMIA	R\$ 150,00
13	CAFF(CIRURGIA DE ALTA FREQUENCIA)	R\$ 35,00
14	CAFF(CIRURGIA DE ALTA FREQUENCIA)	R\$ 20,00
15	ERCISAO E SUTURA DE EMAGIOMA	R\$ 29,00
16	ERCISAO E SUTURA DE LESAO DE BOCA	R\$ 20,00
17	ERCISAO E SUTURA DE SEGMENTOS NA FACE	R\$ 20,00
18	ERCISAO E SUTURA DE TUMORES NA ORELHA	R\$ 20,00
19	ERCISAO DE CUNHA DE LABIO	R\$ 29,00
20	EXERESE DE CALO	R\$ 20,00
21	EXERESE DE CISTO SEBACEO	R\$ 30,00
22	EXERESE DE LIPOMA	R\$ 30,00
23	EXERESE DE POLIPO DE UTERO	R\$ 25,00
24	EXERESE DE TUMOR DE PELE	R\$ 25,00
25	INCISAO DE DRENAGEM DE ABSCESSO	R\$ 20,00
26	INCISAO DE DRENAGEM DE HEMATOMA	R\$ 20,00
27	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTANEO	R\$ 25,00
28	RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA OSSEO	R\$ 30,00
29	TRATAMENTO E CONSERVAÇÃO DE FRATURA EM MEMBRO INFERIOR OU SUPERIOR COM IMOBILIZAÇÃO	R\$ 25,00
30	BIOPSIA DE TECIDO DA CAVIDADE BUCAL	R\$ 30,00
<b>LOTE X</b>		
PROCEDIMENTOS OFTALMOLOGICOS		VALOR POR EXAME
1	BIOMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR)	R\$ 38,00
2	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (BINOCULAR)	R\$ 10,00
3	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (MONOCULAR)	R\$ 30,00
4	CERATOMETRIA (BIOCULAR)	R\$ 30,00



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

5	CURVA DIARIA DE PRESSAO OCULAR CDPO (MINIMO 3 MEDIDAS) (BINOCULAR)	R\$ 28,00
6	ELETRO-OCULOGRAFIA (BINOCULAR)	R\$ 12,34
7	ELETRORETINOGRAFIA (BINOCULAR)	R\$ 12,34
8	ESTESIOMETRIA (BINOCULAR)	R\$ 14,81
9	FUNDOSCOPIA (BINOCULAR)	R\$ 24,24
10	GONIOSCOPIA (BINOCULAR)	R\$ 24,24
11	MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)	R\$ 30,00
12	MEDIDA DE OFUSCAMENTO E CONTRASTE (BINOCULAR)	R\$ 50,00
13	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA (MONOCULAR)	R\$ 100,00
14	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL (BINOCULAR)	R\$ 12,34
15	POTENCIAL VISUAL EVOCADO (MONOCULAR)	R\$ 12,34
16	RETINOGRAFIA COLORIDA (BINOCULAR)	R\$ 80,00
17	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE - ANGIOGRAFIA (BINOCULAR)	R\$ 80,00
18	EPLACAO DE CILIOS (MONOCULLAR)	R\$ 12,34
19	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CORNEA (MONOCULAR)	R\$ 50,00
20	TESTE DE PROVOCACAO DE GLAUCOMA (BINOCULAR)	R\$ 12,34
21	TESTE DE SCHIRMER (BINOCULAR)	R\$ 10,00
22	TESTE DE VISAO DE CORES (BINOCULAR)	R\$ 10,00
23	TESTE ORTOPTICO (BINOCULAR)	R\$ 10,00
24	TESTE P/ ADAPTACAO DE LENTE DE CONTATO (BINOCULAR)	R\$ 25,00
25	TONOMETRIA (BINOCULAR)	R\$ 12,34
26	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR)	R\$ 12,34
27	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA (BINOCULAR)	R\$ 30,00
28	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	R\$ 75,00
29	SECÇÃO DE LASER PARA GLAUCOMA (MONOCULAR)	R\$ 30,00
<b>LOTE XI</b>		
<b>DIAGNOSE POR EXAMES LABORATORIAIS</b>		<b>VALOR POR EXAME</b>
1	CLEARANCE OSMOLAR	R\$ 4,15
2	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$ 3,05
3	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	R\$ 14,85
4	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 4,20
5	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA ( 5 DOSAGENS)	R\$ 6,25
6	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	R\$4,60
7	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R\$ 12,40
8	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	R\$ 4,65
9	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	R\$ 4,15
10		R\$ 2,35



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

	DOSAGEM DE ACETONA	
11	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$ 4,05
12	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 2,65
13	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	R\$ 8,70
14	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$ 3,95
15	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R\$ 5,80
16	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$ 6,00
17	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	R\$ 4,60
18	DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 4,05
19	DOSAGEM DE AMONIA	R\$ 9,75
20	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 3,90
21	DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 7,80
22	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$ 3,60
23	DOSAGEM DE CAROTENO	R\$ 3,10
24	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R\$ 5,15
25	DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 2,35
26	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 4,30
27	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 4,30
28	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 2,65
29	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$ 4,60
30	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 4,05
31	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 5,95
32	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 6,10
33	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	R\$ 4,15
34	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	R\$ 4,20
35	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$ 4,55
36	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R\$ 4,05
37	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 13,60
38	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 3,60
39	DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 18,35
40	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	R\$ 3,90
41	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,65
42	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 2,45
43	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	R\$ 2,85
44	DOSAGEM DE GALACTOSE	R\$ 3,55
45	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,60
46	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 2,70
47	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R\$ 6,00
48	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R\$ 5,75
49	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 9,25



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

50	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R\$ 3,95
51	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	R\$ 8,45
52	DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 4,60
53	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	R\$ 4,90
54	DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 7,70
55	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 4,05
56	DOSAGEM DE MUÇO-PROTEÍNAS	R\$ 4,75
57	DOSAGEM DE PIRUVATO	R\$ 10,05
58	DOSAGEM DE PORFIRINAS	R\$ 5,25
59	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 3,10
60	DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS	R\$ 3,00
61	DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 3,00
62	DOSAGEM DE SODIO	R\$ 3,00
63	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 3,00
64	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 3,00
65	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 5,75
66	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,85
67	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	R\$ 6,15
68	DOSAGEM DE UREIA	R\$ 4,30
69	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 13,80
70	ELETROFORESE DE LIPOPROTEÍNAS	R\$ 6,60
71	ELETROFORESE DE PROTEÍNAS	R\$ 6,10
72	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE )	R\$ 13,90
73	PROVA DA D-XILOSE	R\$ 6,00
74	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	R\$ 8,45
75	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 14,45
76	CITOQUÍMICA HEMATOLOGICA	R\$ 8,40
77	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 5,20
78	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 5,30
79	DETERMINAÇÃO DE CURVA DE RESISTÊNCIA GLOBULAR	R\$ 4,90
80	DETERMINAÇÃO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	R\$ 7,75
81	DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R\$ 9,20
82	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	R\$ 5,10
83	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R\$ 5,60
84	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R\$ 6,10
85	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R\$ 10,10
86	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	R\$ 6,65
87	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$ 3,80
88	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 5,95





# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

89	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 3,65
90	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTACAO (VHS)	R\$ 3,25
91	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$ 4,90
92	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$ 13,65
93	DOSAGEM DE FATOR II	R\$ 6,60
94	DOSAGEM DE FATOR IX	R\$ 7,60
95	DOSAGEM DE FATOR V	R\$ 9,85
96	DOSAGEM DE FATOR VII	R\$ 20,35
97	DOSAGEM DE FATOR VIII	R\$ 25,50
98	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	R\$ 11,65
99	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	R\$ 5,10
100	DOSAGEM DE FATOR X	R\$ 29,70
101	DOSAGEM DE FATOR XI	R\$ 35,00
102	DOSAGEM DE FATOR XII	R\$ 34,70
103	DOSAGEM DE FATOR XIII	R\$ 36,20
104	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R\$ 6,40
105	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 3,00
106	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	R\$ 3,30
107	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R\$ 6,65
108	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R\$ 3,25
109	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R\$ 4,40
110	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 11,20
111	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$ 6,95
112	HEMATOCRITO	R\$ 15,00
113	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 6,10
114	LEUCOGRAMA	R\$ 4,40
115	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	R\$ 53,00
116	PESQUISA DE CELULAS LE	R\$ 4,80
117	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	R\$ 5,65
118	PESQUISA DE FILARIA	R\$ 7,75
119	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$ 8,30
120	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R\$ 7,25
121	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$ 9,70
122	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R\$ 8,60
123	PROVA DO LACO	R\$ 3,30
124	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R\$ 8,55
125	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	R\$ 13,40
126	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	R\$ 8,55
127	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 6,55
128	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R\$ 7,60



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

129	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8(cada)	R\$ 24,45
130	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R\$ 18,65
131	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$81,00
132	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R\$ 77,00
133	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$ 13,30
134	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 6,35
135	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 14,10
136	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 17,70
137	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 18,35
138	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 20,75
139	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 20,35
140	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$ 16,50
141	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	R\$ 9,35
142	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 21,20
143	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 17,65
145	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 16,85
146	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	R\$9,70
147	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 6,60
148	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 38,00
149	IMUNOELETOFORESE DE PROTEINAS	R\$ 22,20
150	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 65,00
151	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R\$ 17,95
152	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$ 15,05
153	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 11,95
154	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$ 19,50
155	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 84,40
156	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 9,65
157	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 19,20
158	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$ 19,60
159	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$ 11,20
160	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 16,10
161	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 17,75
162	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$ 22,65
163	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R\$ 14,05
164	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R\$ 14,65
165	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$ 14,05
166	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R\$ 9,95
167	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R\$ 10,95
168	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$ 11,00



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

169	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEIX SUPRARENAL	R\$ 18,90
170	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	R\$ 20,40
171	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R\$ 20,40
172	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	R\$ 14,30
173	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 18,70
174	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	R\$ 20,40
175	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	R\$ 20,40
176	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	R\$ 15,05
177	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	R\$ 15,90
178	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R\$ 15,55
179	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	R\$ 11,10
180	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$ 21,15
181	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R\$ 14,55
182	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R\$ 13,90
183	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R\$ 18,70
184	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	R\$ 17,80
185	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	R\$ 21,20
186	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	R\$ 19,35
187	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$ 21,20
188	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 21,80
189	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$ 21,80
190	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R\$ 12,90
191	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	R\$ 14,55
192	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 21,25
193	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	R\$ 19,20
194	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R\$ 18,75
195	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	R\$ 6,75
196	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	R\$ 22,30
197	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R\$ 22,00
198	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 9,55
199	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 16,40
200	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R\$ 14,05
201	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 20,30
202	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 14,05



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

203	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	R\$ 20,40
204	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 28,00
205	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 22,30
206	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 21,20
207	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 18,20
208	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 19,85
209	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 18,05
210	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 16,35
211	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R\$ 12,00
212	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,20
213	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,30
214	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 22,10
215	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 29,10
216	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 17,00
217	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 15,50
218	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 18,20
219	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$22,00
220	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 19,65
221	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 14,60
222	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 19,20
223	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$ 16,55
224	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	R\$ 56,80
225	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R\$ 9,35
226	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 10,00
227	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLOURESCENCIA	R\$ 9,45
228	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	R\$ 19,20
229	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	R\$ 14,60
230	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	R\$ 2,40
231	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	R\$ 2,40
232	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	R\$ 15,95
233	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 141,00
234	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 3,95



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

235	REACAO DE MONTENEGRO ID	R\$ 2,90
236	TESTE DE VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS	R\$ 3,60
237	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 8,95
238	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 9,55
239	TESTES ALERGICOS DE CONTATO	R\$ 33,15
240	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	R\$ 28,40
241	TESTES RAPIDOS P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 3,60
242	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	R\$ 3,60
243	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA	R\$ 14,90
244	DOSAGEM DA FRACAO C1Q DO COMPLEMENTO	R\$ 15,05
245	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	R\$ 3,90
246	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R\$ 4,30
247	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	R\$ 5,00
248	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	R\$ 2,25
249	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	R\$ 4,10
250	PESQUISA DE EOSINOFILOS	R\$ 4,10
251	PESQUISA DE GORDURA FECAL	R\$ 2,50
252	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R\$ 4,20
253	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R\$ 4,05
254	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R\$ 2,25
255	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	R\$ 3,35
256	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 4,10
257	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R\$ 9,80
258	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 2,35
259	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	R\$ 2,35
260	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	R\$ 2,25
261	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	R\$ 4,10
262	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 4,90
263	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 5,30
264	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$ 4,10
265	CLEARANCE DE UREIA	R\$ 4,75
266	CONTAGEM DE ADDIS	R\$ 4,10
267	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	R\$ 4,60
268	DOSAGEM DE ACUCARES (POR CROMATOLOGRAFIA)	R\$ 4,00
269	DOSAGEM DE CITRATO	R\$ 5,30
270	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 10,30
271	DOSAGEM DE OXALATO	R\$ 9,75
272	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 3,50



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

273	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	R\$ 4,10
274	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	R\$ 3,35
275	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	R\$ 4,00
276	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	R\$ 4,10
277	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	R\$ 4,00
278	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	R\$ 2,75
279	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	R\$ 3,45
280	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R\$ 2,45
281	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	R\$ 4,10
282	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	R\$ 5,20
283	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R\$ 2,40
284	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R\$ 2,90
285	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	R\$ 3,55
286	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R\$ 3,70
287	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	R\$ 4,10
288	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	R\$ 4,00
289	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	R\$ 4,90
290	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R\$ 6,05
291	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R\$ 2,45
292	PROVA DE DILUICAO (URINA)	R\$ 6,30
293	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$ 15,10
294	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	R\$ 16,15
295	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	R\$ 16,00
296	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$ 11,50
297	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R\$ 9,80
298	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	R\$ 9,50
299	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	R\$ 13,00
300	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 19,70
301	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$ 14,90
302	DOSAGEM DE AMP CICLICO	R\$ 14,75
303	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$ 15,30
304	DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$ 13,80
305	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 17,80
306	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 14,90
307	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 13,55
308	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 13,85
309	DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 12,45
310	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 15,35
311	DOSAGEM DE GASTRINA	R\$ 17,50
312	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R\$ 15,60



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

313	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 11,70
314	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$ 9,50
315	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 9,90
316	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 10,60
317	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 11,20
318	DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 24,75
319	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 14,60
320	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 41,65
321	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 12,12
322	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 13,20
323	DOSAGEM DE RENINA	R\$ 19,00
324	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$ 22,70
325	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$ 14,85
326	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 13,60
327	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 17,35
328	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 19,90
329	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 11,50
330	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 12,70
331	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 11,80
332	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	R\$ 14,45
333	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	R\$ 14,45
334	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA	R\$ 14,45
335	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R\$ 14,45
336	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	R\$ 14,45
337	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	R\$ 13,10
338	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	R\$ 11,60
339	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	R\$ 10,40
340	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	R\$ 3,20
341	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	R\$ 3,75
342	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	R\$ 5,20
343	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	R\$ 8,10
344	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$ 14,30
345	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R\$ 3,60
346	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	11,75
347	DOSAGEM DE ALUMINIO	R\$ 29,35
348	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	R\$ 12,00
349	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R\$ 12,00
350	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	R\$ 13,15
351	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$ 16,00
352	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	R\$ 13,55



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

353	DOSAGEM DE CADMIO	R\$ 11,95
354	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$ 16,45
355	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	R\$ 8,70
356	DOSAGEM DE CHUMBO	R\$ 39,15
357	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$ 53,60
358	DOSAGEM DE COBRE	R\$ 7,25
359	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$ 15,00
360	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	R\$ 25,80
361	DOSAGEM DE FENITOINA	R\$ 30,15
362	DOSAGEM DE FENOL	R\$ 3,90
363	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	R\$ 3,65
364	DOSAGEM DE LITIO	R\$ 2,95
365	DOSAGEM DE MERCURIO	R\$ 3,85
366	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R\$ 8,15
367	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	R\$ 16,35
368	DOSAGEM DE METOTREXATO	R\$ 12,00
369	DOSAGEM DE QUINIDINA	R\$ 9,10
370	DOSAGEM DE SALICILATOS	R\$ 3,90
371	DOSAGEM DE SULFATOS	R\$ 17,85
372	DOSAGEM DE TEOFILINA	R\$ 14,45
373	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R\$ 8,95
374	DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 18,35
375	ANTIBIOGRAMA	R\$ 14,65
376	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R\$ 16,00
377	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	R\$ 12,65
378	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNOSTICA)	R\$ 5,90
379	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	R\$ 5,90
380	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	R\$ 5,85
381	BACTEROSCOPIA (GRAM)	R\$ 6,20
382	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 6,10
383	CULTURA DO LEITE MATERNO (POS-PASTEURIZACAO)	R\$ 5,70
384	CULTURA P/ HERPESVIRUS	R\$ 6,20
385	CULTURA PARA BAAR	R\$ 9,75
386	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$ 9,95
387	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$ 14,40
388	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 6,50
389	HEMOCULTURA	R\$ 11,50
390	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R\$ 6,15
391	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R\$ 4,50
392	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R\$ 4,80





# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

393	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$ 3,10
394	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R\$ 4,75
395	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 4,50
396	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R\$ 5,50
397	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R\$ 5,05
398	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 3,75
399	ADENOGRAMA	R\$ 6,50
400	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	R\$ 5,05
401	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4,10
402	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 2,30
403	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 4,05
404	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,25
405	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 2,35
406	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	R\$ 2,40
407	DOSAGEM DE FRUTOSE	R\$ 3,10
408	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	R\$ 2,30
409	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 2,30
410	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 4,05
411	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	R\$ 8,55
412	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 7,65
413	ESPLENOGRAMA	R\$ 4,30
414	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	R\$ 3,75
415	MIELOGRAMA	R\$ 8,50
416	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDEOS ( ELISA )	R\$ 9,00
417	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA NO ESPERMA	R\$ 3,00
418	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$ 2,30
419	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	R\$ 3,40
420	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	R\$ 3,40
421	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDEOS (APOS VASECTOMIA)	R\$ 4,60
422	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 5,20
423	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	R\$ 8,95
424	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	R\$ 2,35
425	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$ 3,55
426	REACAO DE PANDY	R\$ 2,35
427	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 2,30
428	TESTE DE CLEMENTS	R\$ 4,70



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

429	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	R\$ 5,60
430	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	R\$ 15,80
431	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 155,00
432	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 195,00
433	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 198,00
434	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 31,45
435	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	R\$ 79,20
436	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	R\$ 9,30
437	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 60,00
438	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	R\$ 17,70
439	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA	R\$ 19,30
440	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA	R\$ 9,95
441	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 15,00
442	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	R\$ 12,00
443	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 5,00
444	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	R\$ 12,80
445	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	R\$ 11,00
446	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	R\$ 7,05
447	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC	R\$ 7,05
448	ESPERMOGRAMA (CARACTERES FÍSICOS, MOBILIDADE E CONTAGEM)	R\$ 10,65
<b>LOTE XII</b>		
<b>PROCEDIMENTO CIRURGICO SEM EMISSÃO DE AIH</b>		
<b>TABELA HOSPITALAR</b>		<b>VALOR POR PROCEDIMENTO</b>
1	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIDROCELE	R\$ 254,59
2	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE	R\$ 242,53
3	ORQUIECTOMIA UNILATERAL	R\$ 335,00
4	POSTECTOMIA	R\$ 136,80
5	VASECTOMIA	R\$ 186,64
6	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	R\$ 313,47
7	COLECISTECTOMIA	R\$ 626,00
8	APENDICECTOMIA	R\$ 355,00
9	HERNIORRAFIA EPIGASTRICA	R\$ 573,70



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

10	HERNIORRAFIA INCISIONAL	R\$ 549,12
11	HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL	R\$ 417,97
12	HERNIORRAFIA BILATERAL	R\$ 390,64
13	HERNIORRAFIA RECIDIVANTE	R\$ 390,64
14	HERNIORRAFIA UMBILICAL	R\$ 417,97
15	LAPAROTOMIA EXPLORADORA	R\$ 696,00
16	HEMORROIDECTOMIA	R\$ 267,54
17	BARTOLINECTOMIA	R\$ 226,56
18	SALPINGECTOMIA UNI/BIL	R\$ 437,80
19	OOFORRECTOMIA UNI/ BIL	R\$ 501,20
20	CURETAGEM SEMIOTICA	R\$ 154,32
21	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR OU POSTERIOR	R\$ 417,36
22	HISTERECTOMIA TOTAL	R\$ 577,24
23	MIOMECTOMIA	R\$ 450,00
24	SEPTOPLASTIA + TURBINECTOMIA	R\$ 240,22
25	ADENOIDECTOMIA	R\$ 236,78
26	RINOSEPTOPLASTIA ABERTA/ FECHADA	R\$ 240,22
27	ADENOAMIGDALECTOMIA	R\$ 214,63
28	AMIGDALECTOMIA	R\$ 214,63
29	TURBINECTOMIA	R\$ 257,09
30	SEPTOPLASTIA	R\$ 240,22
31	OTOPLASTIA	R\$ 322,70
32	TIMPANOPLASTIA	R\$ 240,22
33	EXERESE CISTO SACRO COCCIGEO	R\$ 123,80
34	ENXERTO DERMO EPIDERMICO	R\$ 350,36
35	ENXERTO LIVRE DE PELE TOTAL	R\$ 601,23
36	EXCISAO C/SUT LESAO CIRC C/ROT RETALHO	R\$ 350,36
37	DEBRIDAMENTO FASCEITE NECROTIZANTE	R\$ 492,32
38	EXERESE EM GERAL (HEMANGIOMA,NEVUS, OU TUMOR)	R\$ 350,36
39	RESSECÇÃO CISTO SINOVIAl	R\$ 73,36
40	REVISAO COTO AMPUTADO MAO (DEDOS)	R\$ 184,59
41	RET CORP ESTRANHO INTRA ARTICULAR	R\$ 123,36
42	RETIRADA FIO/ PINO INTRAOSSEO	R\$ 133,98
43	AMPUTACAO DE DEDO (CADA) DESARTICULAÇÃO	R\$ 319,52
44	RETIRADA PLACA / PARAFUSO	R\$ 229,04
45	TTO CIR FRAT DIAFISE DE FEMUR	R\$ 1.015,23
46	TTO CIR FRAT DIAFISE DA TIBIA	R\$ 883,75
47	TTO CIR FRAT TORNOZELO UNIMALEOLAR	R\$ 500,44
48	TENOMIORRAFIA	R\$ 173,95
49	TRAT CIR FRAT DIAFISE DOS OSSOS DO ANTEBRACO	R\$ 525,26



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

50	TTO CIR FRAT TRANSTROCANTERIANA	R\$ 1.015,23
51	TRAT CIR LUXACAO FRAT LUX DO JOELHO	R\$ 352,91
52	TTO CIR FRAT SUPRA CONDIL UMERO	R\$ 511,08
53	RED INCRUENTA FRAT DE COTOVELO	R\$ 105,95
54	TRAT CIR FRAT DIAF DO RADIO	R\$ 237,29
55	TRAT CIR FRAT PODODACTILOS	R\$ 295,41
56	TRAT CIR FRAT FALANGES C/ FIX	R\$ 153,56
57	TRAT CIR FRAT METACARPO C/ FIX	R\$ 205,45
58	TTO CIR PE TORTO CONGENITO	R\$ 228,41
59	RED INCRUENTA FRAT DE ANTEBRACO	R\$ 77,36
60	RED INCRUENTA FRAT METACARPIANO	R\$ 71,87
61	RED INCRUENTA FRAT PODODACTILO	R\$ 215,96
62	RED INCRUENTA FRAT DE FALANGES	R\$ 71,87
63	TIREOIDECTOMIA PARCIAL	R\$ 364,85
64	TIREOIDECTOMIA TOTAL	R\$ 373,96
65	TORACOSTOMIA C/ DREN FECHADA	R\$ 875,22
66	CIR VARIZES UNILATERAL	R\$ 254,29
67	CIR VARIZES BILATERAL	R\$ 254,29
68	REDUCAO INCRUENTA LUX ART TEMPORO MANDIBULAR	R\$ 29,41
69	TRAT ENUCLEACAO DE CISTO BUCO MAXILAR	R\$ 279,58
70	RED DE FRAT ALVEOLO DENTARIA SEM OSTEOSSINTESE	R\$ 87,72
71	REMOCAO DE ODONTOMA, OSTEOMA E OUTROS TUMORES	R\$ 280,11
72	RED INCRUENTA FRAT MAXILAR LE FORT I SEM OSTEOSSINTESE	R\$ 304,94
73	AMPUTACAO DE COLO DE UTERO (CONIZACAO)	R\$ 427,28
74	CORRECAO CIR DE ENTROPIO E ECTROPIO	R\$ 93,96
75	LIBERACAO / PLASTIA DE PREPUCIO - Descolamento de Prepucio	R\$ 536,67
76	SUTURA DE PALPEBRAS - TARSORRAFIA	R\$ 80,62
77	TTO CIR DE MIASE PALPEBRAL	R\$ 24,33
78	LAQUEADURA TUBARIA	R\$ 280,07
79	PARTO NORMAL	R\$ 374,64
80	CESARIANA	R\$ 553,95
81	CURETAGEM UTERINA	R\$ 152,89
	<b>LOTE XIII</b>	
	<b>PROCEDIMENTO CIRURGICO SEM EMISSÃO DE AIH</b>	
	<b>TABELA CIRURGIÃO E AUXILIAR</b>	<b>VALOR POR PROCEDIMENTO</b>
1	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIDROCELE	R\$ 73,61
2	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE	R\$ 82,62
3	ORQUIECTOMIA UNILATERAL	R\$ 132,87
4	POSTECTOMIA	R\$ 118,97



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

5	VASECTOMIA	R\$ 169,69
6	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	R\$ 133,43
7	COLECISTECTOMIA	R\$ 243,64
8	APENDICECTOMIA	R\$ 157,80
9	HERNIORRAFIA EPIGASTRICA	R\$ 147,08
10	HERNIORRAFIA INCISIONAL	R\$ 144,73
11	HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL	R\$ 144,01
12	HERNIORRAFIA BILATERAL	R\$ 142,78
13	HERNIORRAFIA RECIDIVANTE	R\$ 134,65
14	HERNIORRAFIA UMBILICAL	R\$ 133,71
15	LAPAROTOMIA EXPLORADORA	R\$ 137,18
16	HEMORROIDECTOMIA	R\$ 122,34
17	BARTOLINECTOMIA	R\$ 61,60
18	SALPINGECTOMIA UNI/BIL	R\$ 149,81
19	OOFORECTOMIA UNI/ BIL	R\$ 148,82
20	CURETAGEM SEMIOTICA	R\$ 56,04
21	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR OU POSTERIOR	R\$ 167,88
22	HISTERECTOMIA TOTAL	R\$ 217,28
23	MIOMECTOMIA	R\$ 181,27
24	SEPTOPLASTIA + TURBINECTOMIA	R\$ 700,00
25	ADENOIDECTOMIA	R\$ 500,00
26	RINOSEPTOPLASTIA ABERTA	R\$ 1.000,00
27	RINOSEPTOPLASTIA FECHADA	R\$ 800,00
28	ADENOAMIGDALECTOMIA	R\$ 700,00
29	AMIGDALECTOMIA	R\$ 500,00
30	TURBINECTOMIA	R\$ 500,00
31	SEPTOPLASTIA	R\$ 500,00
32	OTOPLASTIA	R\$ 800,00
33	TIMPANOPLASTIA	R\$ 600,00
34	EXERESE CISTO SACRO COCCIGEO	R\$ 57,18
35	ENXERTO DERMO EPIDERMICO	R\$ 113,20
36	ENXERTO LIVRE DE PELE TOTAL	R\$ 171,62
37	EXCISAO C/SUT LESAO CIRC C/ROT RETALHO	R\$ 104,84
38	DEBRIDAMENTO FASCEITE NECROTIZANTE	R\$ 166,71
39	EXERESE EM GERAL (HEMANGIOMA,NEVUS, OU TUMOR)	R\$ 104,84
40	RESSECÇÃO CISTO SINOVIAL	R\$ 38,30
41	REVISAO COTO AMPUTADO MAO (DEDOS)	R\$ 73,72
42	RET CORP ESTRANHO INTRA ARTICULAR	R\$ 49,93
43	RETIRADA FIO/ PINO INTRAOSSEO	R\$ 54,83
44	AMPUTACAO DE DEDO (CADA) DESARTICULAÇÃO	R\$ 107,60



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

45	RETIRADA PLACA / PARAFUSO	R\$ 102,32
46	TTO CIR FRAT DIAFISE DE FEMUR	R\$ 242,84
47	TTO CIR FRAT DIAFISE DA TIBIA	R\$ 90,34
48	TTO CIR FRAT TORNOZELO UNIMALEOLAR	R\$ 56,29
49	TENOMIORRAFIA	R\$ 80,02
50	TRAT CIR FRAT DIAFISE DOS OSSOS DO ANTEBRACO	R\$ 168,67
51	TTO CIR FRAT TRANSTROCANTERIANA	R\$ 242,84
52	TRAT CIR LUXACAO FRAT LUX DO JOELHO	R\$ 142,17
53	TTO CIR FRAT SUPRA CONDIL UMERO	R\$ 131,99
54	RED INCRUENTA FRAT DE COTOVELO	R\$ 75,16
55	TRAT CIR FRAT DIAF DO RADIO	R\$ 94,02
56	TRAT CIR FRAT PODODACTILOS	R\$ 123,07
57	TRAT CIR FRAT FALANGES C/ FIX	R\$ 81,25
58	TRAT CIR FRAT METACARPO C/ FIX	R\$ 109,28
59	TTO CIR PE TORTO CONGENITO	R\$ 118,49
60	RED INCRUENTA FRAT DE ANTEBRACO	R\$ 58,98
61	RED INCRUENTA FRAT METACARPIANO	R\$ 54,78
62	RED INCRUENTA FRAT PODODACTILO	R\$ 111,88
63	RED INCRUENTA FRAT DE FALANGES	R\$ 54,76
64	TIREOIDECTOMIA PARCIAL	R\$ 161,71
65	TIREOIDECTOMIA TOTAL	R\$ 180,57
66	TORACOSTOMIA C/ DREN FECHADA	R\$ 396,20
67	CIR VARIZES UNILATERAL	R\$ 295,69
68	CIR VARIZES BILATERAL	R\$ 392,39
69	REDUCAO INCRUENTA LUX ART TEMPORO MANDIBULAR	R\$ 11,76
70	TRAT ENUCLEACAO DE CISTO BUCO MAXILAR	R\$ 158,18
71	RED DE FRAT ALVEOLO DENTARIA SEM OSTEOSSINTESE	R\$ 59,20
72	REMOCAO DE ODONTOMA, OSTEOMA E OUTROS TUMORES	R\$ 138,29
73	RED INCRUENTA FRAT MAXILAR LE FORT I SEM OSTEOSSINTESE	R\$ 143,79
74	AMPUTACAO DE COLO DE UTERO (CONIZACAO)	R\$ 135,68
75	CORRECAO CIR DE ENTROPIO E ECTROPIO	R\$ 48,31
76	LIBERACAO / PLASTIA DE PREPUCIO - Descolamento de Prepucio	R\$ 127,40
77	SUTURA DE PALPEBRAS - TARSORRAFIA	R\$ 24,19
78	TTO CIR DE MIIASE PALPEBRAL	R\$ 5,50
79	LAQUEADURA TUBARIA	R\$ 136,19
80	PARTO NORMAL	R\$ 172,28
81	CESARIANA	R\$ 150,00
82	CURETAGEM UTERINA	R\$ 70,00
	<b>LOTE XIV</b>	



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

PROCEDIMENTO CIRURGICO SEM EMISSÃO DE AIH		
	TABELA ANESTESISTA	VALOR POR PROCEDIMENTO
1	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIDROCELE	R\$ 31,55
2	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE	R\$ 35,42
3	ORQUIECTOMIA UNILATERAL	R\$ 56,95
4	POSTECTOMIA	R\$ 50,98
5	VASECTOMIA	R\$ 72,71
6	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	R\$ 57,19
7	COLECISTECTOMIA	R\$ 104,41
8	APENDICECTOMIA	R\$ 67,63
9	HERNIORRAFIA EPIGASTRICA	R\$ 63,02
10	HERNIORRAFIA INCISIONAL	R\$ 62,03
11	HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL	R\$ 61,72
12	HERNIORRAFIA BILATERAL	R\$ 63,00
13	HERNIORRAFIA RECIDIVANTE	R\$ 57,70
14	HERNIORRAFIA UMBILICAL	R\$ 57,30
15	LAPAROTOMIA EXPLORADORA	R\$ 58,80
16	HEMORROIDECTOMIA	R\$ 52,43
17	BARTOLINECTOMIA	R\$ 26,39
18	SALPINGECTOMIA UNI/BIL	R\$ 64,20
19	OOFORECTOMIA UNI/ BIL	R\$ 63,78
20	CURETAGEM SEMIOTICA	R\$ 24,02
21	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR OU POSTERIOR	R\$ 71,94
22	HISTERECTOMIA TOTAL	R\$ 93,11
23	MIOMECTOMIA	R\$ 77,68
24	SEPTOPLASTIA + TURBINECTOMIA	R\$ 95,00
25	ADENOIDECTOMIA	R\$ 75,19
26	RINOSEPTOPLASTIA ABERTA/ FECHADA	R\$ 75,19
27	ADENOAMIGDALECTOMIA	R\$ 77,23
28	AMIGDALECTOMIA	R\$ 77,26
29	TURBINECTOMIA	R\$ 55,44
30	SEPTOPLASTIA	R\$ 31,86
31	OTOPLASTIA	R\$ 67,77
32	TIMPANOPLASTIA	R\$ 67,77
33	EXERESE CISTO SACRO COCCIGEO	R\$ 23,22
34	ENXERTO DERMO EPIDERMICO	R\$ 48,51
35	ENXERTO LIVRE DE PELE TOTAL	R\$ 73,55
36	EXCISAO C/SUT LESAO CIRC C/ROT RETALHO	R\$ 44,32
37	DEBRIDAMENTO FASCEITE NECROTIZANTE	R\$ 71,44
38	EXERESE EM GERAL (HEMANGIOMA,NEVUS, OU TUMOR)	R\$ 44,32



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

39	RESSECÇÃO CISTO SINOVIAL	R\$ 16,42
40	REVISÃO COTO AMPUTADO MÃO (DEDOS)	R\$ 31,51
41	RET CORP ESTRANHO INTRA ARTICULAR	R\$ 21,39
42	RETIRADA FIO/ PINO INTRAOSSEO	R\$ 23,50
43	AMPUTAÇÃO DE DEDO (CADA) DESARTICULAÇÃO	R\$ 46,11
44	RETIRADA PLACA / PARAFUSO	R\$ 25,85
45	TTO CIR FRAT DIAFISE DE FEMUR	R\$ 104,07
46	TTO CIR FRAT DIAFISE DA TIBIA	R\$ 90,34
47	TTO CIR FRAT TORNOZELO UNIMALEOLAR	R\$ 56,29
48	TENOMIORRAFIA	R\$ 34,30
49	TRAT CIR FRAT DIAFISE DOS OSSOS DO ANTEBRACO	R\$ 72,28
50	TTO CIR FRAT TRANSTROCANTERIANA	R\$ 104,07
51	TRAT CIR LUXAÇÃO FRAT LUX DO JOELHO	R\$ 60,92
52	TTO CIR FRAT SUPRA CONDIL UMERO	R\$ 56,56
53	RED INCRUENTA FRAT DE COTOVELO	R\$ 32,20
54	TRAT CIR FRAT DIAF DO RADIO	R\$ 40,29
55	TRAT CIR FRAT PODODACTILOS	R\$ 52,75
56	TRAT CIR FRAT FALANGES C/ FIX	R\$ 34,81
57	TRAT CIR FRAT METACARPO C/ FIX	R\$ 46,83
58	TTO CIR PE TORTO CONGENITO	R\$ 50,77
59	RED INCRUENTA FRAT DE ANTEBRACO	R\$ 25,28
60	RED INCRUENTA FRAT METACARPIANO	R\$ 23,47
61	RED INCRUENTA FRAT PODODACTILO	R\$ 47,95
62	RED INCRUENTA FRAT DE FALANGES	R\$ 23,49
63	TIREOIDECTOMIA PARCIAL	R\$ 69,31
64	TIREOIDECTOMIA TOTAL	R\$ 77,37
65	TORACOSTOMIA C/ DREN FECHADA	R\$ 169,79
66	CIR VARIZES UNILATERAL	R\$ 126,72
67	CIR VARIZES BILATERAL	R\$ 168,16
68	REDUÇÃO INCRUENTA LUX ART TEMPORO MANDIBULAR	R\$ 5,04
69	TRAT ENUCLEAÇÃO DE CISTO BUCO MAXILAR	R\$ 67,78
70	RED DE FRAT ALVEOLO DENTARIA SEM OSTEOSINTESE	R\$ 25,36
71	REMOÇÃO DE ODONTOMA, OSTEOMA E OUTROS TUMORES	R\$ 59,27
72	RED INCRUENTA FRAT MAXILAR LE FORT I SEM OSTEOSINTESE	R\$ 61,62
73	AMPUTAÇÃO DE COLO DE UTERO (CONIZAÇÃO)	R\$ 58,15
74	CORREÇÃO CIR DE ENTROPIO E ECTROPIO	R\$ 20,70
75	LIBERAÇÃO / PLÁSTIA DE PREPUCIO - Descolamento de Prepucio	R\$ 54,60
76	SUTURA DE PALPEBRAS - TARSORRAFIA	R\$ 10,37
77	TTO CIR DE MIÍASE PALPEBRAL	R\$ 2,31
78	LAQUEADURA TUBÁRIA	R\$ 58,36





# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

79	PARTO NORMAL	R\$ 73,83
80	CESARIANA	R\$ 63,01
81	CURETAGEM UTERINA	R\$ 29,56
	<b>LOTE XV</b>	
	<b>ESPECIALIDADE PROFISSIONAIS NÃO MÉDICOS</b>	<b>VALOR POR SESSÃO</b>
1	CONSULTAS EM GERAL	R\$ 25,00
	<b>LOTE XVI</b>	
	<b>PLANTÃO MÉDICO HOSPITALAR</b>	
1	PLANTÃO MÉDICO HOSPITALARR – PRESENCIAL DE 12 HORAS	R\$ 1.100,00



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

## ANEXO II - Requerimento de Credenciamento

CIDADE, DATA, MÊS ANO.

Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde PARANÁ CENTRO – CIS/PARANA CENTRO

Eu, nome, RG, CPF, médico especialista em XXXXX, CRM, CNES venho através deste requer a inscrição no CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS NA ÁREA DA SAÚDE - Chamamento público nº. 01/2019, do Consórcio Intermunicipal de Saúde - CIS/PARANA CENTRO, objetivando a prestação de serviço dos procedimentos descritos na tabela abaixo:

### LOTE

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR

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

Pitanga, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2019.

\_\_\_\_\_  
NOME DA EMPRESA  
REQUERENTE



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

NOME DA EMPRESA  
ENDEREÇO - CEP  
MUNICIPIO - TELEFONE  
CNPJ

## ANEXO III - Declaração de Idoneidade

### Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro – CIS/PARANA CENTRO

Declaro para os fins de direito, na qualidade de solicitante de credenciamento na área da saúde, que não fui declarado inidôneo para contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Pitanga, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2019.

---

NOME DA EMPRESA  
REQUERENTE



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

NOME DA EMPRESA  
ENDEREÇO - CEP  
MUNICÍPIO - TELEFONE  
CNPJ

## ANEXO IV - Disposto no Inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal

O representante legal da Empresa \_\_\_\_\_, com sede na Rua \_\_\_\_\_ nº. \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_ - PR., inscrito no CNPJ sob o nº. \_\_\_\_\_, vem através de seu representante legal infra-assinado, em atenção à Lei n. 9.854, de 27 de outubro de 1999, declarar expressamente, sob as penas da lei, que cumpre integralmente a norma contida na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, artigo 7º, inciso XXXIII, a saber:

"(...) proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de dezoito anos e qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, exceto na condição de aprendiz a partir de quatorze anos."

Por ser expressão da verdade, firmamos o presente.

Pitanga, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2019.

\_\_\_\_\_  
NOME DA EMPRESA  
REQUERENTE

## ANEXO V – AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Rua Caetano Munhoz da Rocha, 423 – Centro  
Fone / Fax: 42 36462318 - e-mail: [cisparanacentro@hotmail.com](mailto:cisparanacentro@hotmail.com)  
Pitanga – PR CEP 85.200-00



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

EU,

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
PORTADOR / A DO RG Nº \_\_\_\_\_ EXPEDIDO POR  
\_\_\_\_\_ EM \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ E CPF / CNPJ \_\_\_\_\_,  
PROFISSÃO \_\_\_\_\_ devidamente credenciado no CIS PARANA  
CENTRO, indico conta para receber o pagamento dos atendimentos efetuados DE ACORDO COM A FORMA  
ABAIXO ESPECIFICADA:

## **CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE BANCO DO BRASIL**

Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR

Nº CONTA-CORRENTE \_\_\_\_\_

Pitanga, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_  
NOME DA EMPRESA  
REQUERENTE



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

NOME DA EMPRESA  
ENDEREÇO - CEP  
MUNICÍPIO - TELEFONE  
CNPJ

## ANEXO VI - Declaração de Vínculo Profissional (cada profissional cadastrado pela empresa)

### Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde PARANÁ CENTRO – CIS/PARANA CENTRO

Eu, NOME DO REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA, médico, representante legal da empresa NOME DA EMPRESA, declaro para os devidos fins que o profissional NOME DO PROFISSIONAL, portador do CRM/PR nº. XXXX, possui vínculo com essa empresa e presta serviços médicos especializados na área de ESPECIALIDADE sob a responsabilidade da empresa em questão.

---

NOME DA EMPRESA  
REQUERENTE



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

## ANEXO VII

**RESPONSÁVEL PELA EMPRESA CONFORME CONTRATO SOCIAL E ALTERAÇÕES**  
**RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA EMPRESA**  
**RESPONSÁVEL PARA RETIRADA DE DOCUMENTOS, CORRESPONDÊNCIAS E RECEBIMENTO DE PAGAMENTO**  
**JUNTO AO CIS PARANÁ-CENTRO**  
**RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO DA NOTA FISCAL**  
**CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 001/2019**

Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro– CIS Paraná Centro  
Setor de Licitações e Contratos  
Pitanga-PR

### **RESPONSÁVEL PELA EMPRESA CONFORME CONTRATO SOCIAL E ALTERAÇÕES**

Nome do Responsável

RG

CPF

Endereço Residencial

Cidade

Estado

CEP

( )

( )

( )

Telefone

Fax

Celular

E-mail

### **RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA EMPRESA**

Nome do Responsável

Título de Especialidade



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

RG

CPF

Registro Profissional (Ex.:CRM/CREFITO/CRO/CRFA)

Endereço Residencial

Cidade

Estado

CEP

( )

( )

( )

Telefone

Fax

Celular

E-mail

## RESPONSÁVEL PARA RETIRADA DE DOCUMENTOS, CORRESPONDÊNCIAS JUNTO AO CIS-PARANACENTRO

Nome do Responsável

RG

CPF

Endereço Residencial

Cidade

Estado

CEP

( )

( )

( )

Telefone

Fax

Celular

E-mail

## RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

Nome do Responsável

RG

CPF

Endereço Residencial





# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_  
( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Telefone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Pitanga, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2019.

\_\_\_\_\_  
NOME DA EMPRESA  
REQUERENTE

## ANEXO VIII

### MINUTA DE CONTRATO PARA EXECUÇÃO DE SERVIÇOS CREDENCIADOS NA ÁREA DE SAÚDE

Rua Caetano Munhoz da Rocha, 423 – Centro  
Fone / Fax: 42 36462318 - e-mail: [cisparanacentro@hotmail.com](mailto:cisparanacentro@hotmail.com)  
Pitanga – PR CEP 85.200-00



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

**O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE CIS/PARANA CENTRO**, Associação Pública de natureza autárquica, inscrita no CNPJ sob n.º 14.810.317/0001-06, sito a Rua Machado de Assis, S/N, Pitanga – Paraná, neste ato representado por sua Presidente, Prefeit..... Municipal da cidade de, XXX portador da cédula de identidade com RG xxxx e CPF/MF n.º xxxxxx, em pleno exercício de seu mandato e funções, doravante denominado CREDENCIADOR, e de outro, \_\_\_\_\_ CNPJ sob n.º \_\_\_\_\_, com endereço à Rua \_\_\_\_\_, Bairro, Cidade, CEP: \_\_\_\_\_, neste ato representado por \_\_\_\_\_, CRM n.º \_\_\_\_\_, R.G. n.º \_\_\_\_\_ e CPF n.º \_\_\_\_\_, de acordo com o Chamamento Público n.º. 001/2019; a seguir denominado CREDENCIADO, fica justo e acertado o contrato de prestação de serviços profissionais, firmado e regido pelas seguintes cláusulas

**CLÁUSULA PRIMEIRA** – O CREDENCIADO prestará seus serviços médicos em \_\_\_\_\_ na realização de **consultas, exames e procedimentos** (de acordo com os códigos do Requerimento em anexo) na Clínica \_\_\_\_\_, sito à Rua \_\_\_\_\_, n.º \_\_\_\_\_, centro, na cidade de Pitanga/Pr.

**CLÁUSULA SEGUNDA** – O CREDENCIADOR remunerará mensalmente o CREDENCIADO, pelos serviços aludidos na cláusula primeira, à importância referente ao número de consultas, exames e procedimentos, realizados de acordo com os valores referenciais da tabela de valores do CIS/PARANA CENTRO.

**Parágrafo Primeiro** – O valor dos procedimentos indicados no Anexo I do edital de Chamamento Público, poderão sofrer reajustes a qualquer momento, desde que, através de resolução publicada em diário oficial e após aprovação da Comissão Técnica Consultiva Paritária e pelo Conselho Diretor.

**Parágrafo Segundo** – Os pagamentos serão mensais, de acordo com o número de Consultas e/ou Procedimentos realizados, devidamente autorizados e em até 20 (vinte) dias após a emissão da Nota Fiscal Eletrônica.

**Parágrafo Terceiro** - Quando se tratar de fatura de exames e/ou procedimento cirúrgico ambulatorial, essa deverá ser encaminhada ao CIS em uma relação nominal de pacientes com respectiva descrição dos exames realizados, juntamente com as respectivas guias de exames e da guia de autorização do CIS, emitida através do sistema de informatização.

**Parágrafo Quarto** - Quando se tratar de fatura de consultas essa deverá ser encaminhada ao CIS em uma relação nominal de pacientes com as respectivas referências.

**Parágrafo Quinto** - Todos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais decorrentes da prestação de serviços, serão de responsabilidade da empresa credenciada.

**Parágrafo Sexto** – Além das faturas mencionadas nesse contrato para fins de recebimento pelos serviços prestados o credenciado deverá manter atualizado o seu cadastro com a respectiva CND, cujo pagamento ficará condicionado a apresentação desta.

**CLÁUSULA QUARTA** - Os exames serão previamente autorizados pelo CIS/PARANA CENTRO através do sistema de informatização do CIS e assinatura do servidor. A data de validade da autorização deverá ser



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

respeitada, sendo que os exames realizados após a validade da autorização serão automaticamente glosados por esse Consórcio.

**CLÁUSULA QUINTA** - É expressamente vedado o pagamento de qualquer sobretaxa em relação à tabela adotada, seja pelos municípios consorciados ou pelos usuários do CIS referente aos procedimentos, consultas, exames ou cirurgias realizadas ou mesmo indicar consultórios particulares para realização dos mesmos.

**CLÁUSULA SEXTA** – É vedada a realização dos atendimentos médicos prestado de forma isolada para um único Município Consorciado, exceto quando firmado contrato de programa com o Município contratante e o CIS.

**CLÁUSULA SETIMA** - Fica terminantemente proibida a realização dos atendimentos, dentro das dependências Municipais, seja nas Secretarias Municipais de Saúde, Postos de Saúde, Provopar, Hospitais Municipais ou locais públicos congêneres nos Municípios Consorciados, que não sejam autorizados por contratos de programas firmados entre o CIS e o Município.

**Parágrafo Único** - O contrato de programa será firmado entre a entidade e o Município Consorciado, com o intuito de promover o atendimento de serviços médicos na sede do contratante, não se aplicando as cláusulas supra mencionadas se os serviços prestados na sede do mesmo.

**CLÁUSULA OITAVA** - O não cumprimento dos itens dispostos neste parágrafo, ensejar-se-á falta grave, descumprimento e rescisão contratual.

**CLÁUSULA NONA** - Os pagamentos decorrentes da execução dos serviços, assim como as despesas decorrentes da presente carta-contrato, correrão por conta das dotações orçamentárias:

01.001.10.302.0001.2003

3.33.90.39.00.00

**CLÁUSULA DÉCIMA** – O CREDENCIADO procederá às consultas somente aos pacientes encaminhados através de agendamento controlado pelo CIS/PARANA CENTRO.

Parágrafo Primeiro: Constituem obrigações do CREDENCIADO:

- a) prestar o atendimento na forma ajustada;
- b) renunciar a todo e qualquer direito trabalhista, oriundo deste contrato, visto se tratar de um típico contrato civil;
- c) atender aos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais decorrentes da execução da presente Carta-Contrato;
- d) manter durante toda a execução da Carta-Contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;
- e) apresentar, sempre que solicitado, durante a execução da Carta-Contrato, documentos que comprovem estar cumprindo a legislação em vigor quanto às obrigações assumidas no Credenciamento, em especial, encargos sociais, trabalhistas, previdenciários, tributários, fiscais e comerciais;



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

- f) o contratado é responsável pelos danos causados diretamente à Administração ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução da carta-contrato, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade à fiscalização ou o acompanhamento pelo órgão interessado;
- g) o contratado é obrigado a reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, às suas expensas, no total ou em parte, o objeto da carta-contrato em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou de materiais empregados;
- h) outros serviços decorrentes do objeto desta Carta-Contrato.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA** – Na eventualidade da necessidade do CREDENCIADO suspender o atendimento por algum período, deverá comunicar o CIS/PARANA CENTRO, no mínimo com 5 (cinco) dias de antecedência.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA** - O descumprimento injustificado de qualquer das cláusulas aqui avençadas, constituirá motivo justo para a parte lesada rescinda o presente contrato, sem direito a qualquer indenização, devendo comunicar por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias através de ofício a rescisão, no qual deverá constar o motivo que ensejou a rescisão contratual, exceto em virtude da ocorrência de caso fortuito ou força maior.

**Parágrafo único:** Em caso de descumprimento injustificado a parte infratora deverá pagar a parte lesada multa (cláusula penal) no valor de 10% do valor da média dos valores correspondentes ao faturamento de três meses anteriores a data da rescisão. Neste caso, a parte lesada tem o prazo de 15 (quinze) dias para comunicar por ofício o infrator, o rompimento do contrato, com as razões que ocasionaram. O infrator terá igual prazo para fins de efetuar o pagamento da multa rescisória.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA** – O presente instrumento contratual rege-se pelas disposições expressas na Lei nº. 8.666, de 21 de junho de 1993 suas alterações e legislações correlatas e pelos preceitos de direito público, aplicando-se-lhe supletivamente, os princípios da Teoria Geral dos Contratos e as disposições de direito privado.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA** – O presente contrato terá início na data de sua assinatura e terá seu término em 31 de dezembro de 2017.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA** – Os casos omissos serão resolvidos à luz da Lei nº. 8.666/93, suas alterações e legislação pertinente e dos princípios gerais de direito.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA** – Fica eleito o Foro da Comarca de PITANGA para dirimir eventuais desconveniências da presente contratação.

Estando as partes de pleno acordo com o avençado, firmam o presente em 2 (duas) vias de igual teor, na presença de duas testemunhas que também assinam.

Pitanga, xx..... de 2019.

Credenciador

credenciado



# CIS PARANÁ CENTRO

Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro

Testemunhas:

-----

1 –  
RG nº.

-----

2 –  
RG nº.