

CONSÓRCIO PÚBLICO FRONTEIRA NOROESTE - COFRON
EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO – modalidade credenciamento nº01/2022,
Processo nº459/2022

O Consórcio Público Fronteira Noroeste – COFRON - comunica aos interessados que está procedendo CHAMAMENTO PÚBLICO, na modalidade CREDENCIAMENTO de pessoas jurídicas para prestação de serviços médicos e outros procedimentos de saúde, a serem pagos de acordo com a Tabela COFRON.

O credenciamento será executado em conformidade com o que dispõe a Constituição da República, em especial os seus artigos 196 e seguintes; as Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990; as normas gerais da Lei nº 8.666/1993 e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis ao procedimento.

1. SERVIÇOS

1.1. Os serviços médicos e procedimentos de saúde, objeto do credenciamento, são os constantes na tabela constante deste documento como ANEXO I.

1.2. Os limites quantitativos indicados na tabela do item 1.1 são relativos aos serviços e procedimentos prestados por todos os credenciados, não havendo garantia de execuções individuais mínimas.

1.3. Todos os serviços e procedimentos serão pagos de acordo com os valores constantes na Tabela COFRON/SUS, Anexo I, desse edital.

2. CONDIÇÕES PARA CREDENCIAMENTO

2.1. As pessoas jurídicas interessadas em prestar os serviços ao COFRON e seus Municípios Associados, deverão entregar os documentos indicados no item 3 desse edital no Setor de protocolo, com respectiva abertura de número de processo, situado na Rua Sergipe, nº141, no horário das 09h às 11h, no período compreendido, entre 01 de Março de 2022 até 30 de Novembro de 2026, podendo ser prorrogado, de acordo com o interesse público.

2.2. O credenciamento permanecerá aberto no prazo assinalado a futuros interessados que preencherem as condições previstas nesse edital, durante todo o período de inscrição deste *chamamento Público*¹.

2.3. No prazo deste edital - vinculado a data de validade dos contratos ativos decorrentes do edital nº001/2017 -, poderá ser atualizado os contratos ativos vinculados.

¹ Por sua natureza, o chamamento público não comporta uma seleção entre os seus participantes, por ser o meio pela qual a Administração realiza o credenciamento de particulares interessados em contratar com o Poder Público. No credenciamento não há um caráter de exclusão na contratação, sendo utilizado quando não houver um número limitado de contratações e (ou) quando a escolha do contratado não incumir à Administração, como no caso, em que o Município fixa as normas da contratação, mas a escolha do profissional incumbirá ao próprio beneficiário. No chamamento público não há escolha. Todos os profissionais que se habilitarem serão credenciados, razão pela qual não há data limite para a entrega da documentação, que poderá ocorrer durante todo o prazo de validade do chamamento.

2.4. A estimativa financeira será determinada pelo orçamento aprovado do COFRON para o exercício vigente deste edital e respectivos contratos, com aditivos legais;

2.5. Os contratos serão de até 12 (doze) meses, podendo ser prorrogados por períodos sucessivos, por até 60(sessenta) meses, conforme interesse público.

2.6. As empresas com contratos ativos ou novas terão seus contratos decorrentes deste chamamento público ativados a partir de 01/04/2022, exceto se o serviço inexistir prestador para o serviço e/ou procedimento, podendo assim, ser ativado imediatamente.

3. DOCUMENTOS PARA CREDENCIAMENTO

3.1. As pessoas jurídicas deverão apresentar os seguintes documentos:

a) contrato social devidamente registrado na Junta Comercial do Estado ou no Cartório de Títulos e Documentos, em que conste, dentre os seus objetivos, a prestação dos serviços indicados no item 1.1, de acordo com o objeto e responsabilidade técnica de cada serviço;

b) comprovação de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ;

c) prova de regularidade com a Fazenda Municipal, relativa ao domicílio ou sede do licitante;

d) prova de regularidade com a Fazenda Estadual, relativa ao domicílio ou sede do licitante;

e) prova de regularidade quanto aos tributos administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB e quanto à Dívida Ativa da União administrada pela Procuradoria Geral da Fazenda Nacional – PGFN (Certidão Conjunta Negativa);

f) certidão negativa de débito com o INSS;

g) certidão negativa de débito com o FGTS;

h) prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943;

i) declaração, conforme o modelo instituído pelo Decreto Federal nº 4.358/2002, que atende ao disposto no artigo 7º, inciso XXXIII², da Constituição da República;

j) alvará de localização fornecido pelo Município do estabelecimento;

l) alvará sanitário, segundo legislação vigente;

m) comprovação de inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;

n) prova da inscrição do responsável técnico no Conselho Regional de respectivo;

o) título de especialista, fornecido pelo CRM, nos casos de consultas médicas especializadas;

p) requerimento de credenciamento, Anexo III³ desse edital, contendo as seguintes informações:

p.1) relação dos exames e serviços que se propõe realizar, nos termos de anexos;

p.2) capacidade máxima de atendimento mensal, por atividade, com indicação dos horários de atendimento na forma do presente credenciamento;

p.3) descrição dos recursos físicos, materiais e humanos, a serem disponibilizados para a execução dos serviços credenciados, inclusive os equipamentos necessários à realização dos procedimentos.

3.2. Os documentos poderão ser apresentados em original, por cópia autenticada por tabelião, por funcionário do COFRON do Setor administrativo ou publicação em órgão de imprensa oficial.

3.2.1. Os documentos emitidos em meio eletrônico, com o uso de certificação digital, serão tidos como originais, estando sua validade condicionada a verificação de autenticidade pela Administração.

² "XXXIII - proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de dezoito e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos;"

³ Documento modelo elaborado pela Administração.

4. CONDIÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

4.1. Os serviços serão prestados, em princípio, no estabelecimento do credenciado, com pessoal e material próprios, sendo de sua responsabilidade exclusiva e integral os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais decorrentes do serviço, cujos ônus e obrigações, em nenhuma hipótese, poderão ser transferidos para o Município.

4.2. A escolha do estabelecimento ou profissional será feita pelo paciente, que receberá lista dos credenciados para a realização do serviço, com os seus respectivos horários de atendimento, quando autorizada a consulta ou o procedimento pela Secretaria de Saúde do Município.

4.3. Para a realização do atendimento, o credenciado deverá receber do paciente a autorização de atendimento emitida pelo COFRON, oriunda do Município solicitante, na qual constará o serviço e/ou procedimento a ser realizado.

4.4. É vedado:

a) o trabalho do credenciado em dependências ou setores próprios do Município, exceto eventualmente, em programação específica, ou para realização de palestras ou atividades de grupo, com autorização específica.

b) A prestação de serviços por profissionais pertencentes ao quadro permanente do Município, bem como de pessoas jurídicas com as quais esses mantenham qualquer vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira ou trabalhista, conforme art. 9º, inciso III e §3º, da Lei nº 8.666/1993;

c) a cobrança diretamente do paciente atendido, de quaisquer valores adicionais decorrentes do serviço ou procedimento realizado pela empresa ou seus prepostos que são vinculada em contrato.

4.5. O COFRON e seus municípios associados reservam-se o direito de fiscalizar, de forma permanente, a prestação dos serviços pelos credenciados, podendo proceder no descredenciamento, em casos de má prestação, que deverá ser verificada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa.

4.6. Em caso de negativa injustificada de atendimento, posteriormente a conclusão do processo administrativo, além do descredenciamento, será aplicada(s) a(s) seguinte(s) penalidade de suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com o COFRON e seus Municípios associados nos termos do inciso III do art. 87 da Lei nº 8.666/1993⁴.

4.6. O credenciado poderá solicitar o seu descredenciamento a qualquer tempo, desde que observando o prazo de antecedência de 60 (sessenta) dias, durante o qual deverá atender a eventual demanda existente.

5. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

5.1. O pagamento pelos serviços prestados pelo credenciado será efetuado mensalmente, tendo em conta o número de procedimentos efetivamente realizados por encaminhamento dos Municípios associados do COFRON, multiplicado pelo valor correspondente da Tabela COFRON/SUS.

5.2. O pagamento somente será efetuado mediante apresentação da autorização do atendimento, emitida pela Secretaria do município solicitante, em princípio, assinada pelo paciente, comprovando a prestação do serviço, acompanhada de Nota Fiscal.

5.3. A documentação sobre o faturamento, indicada no item anterior deverá ser entregue na sede do COFRON, até – no máximo – o dia 20 (vinte) de cada mês, sendo que o pagamento será realizado nos termos da lei nº 8.666/93 e alterações, após o seu recebimento e confirmação da prestação dos serviços – via sistema - pelo agente designado pela Administração.

⁴ O prazo máximo é de 2 (dois) anos, conforme inciso III do art. 87 da Lei nº 8.666/1993.

6. FORMALIZAÇÃO/CONTRATO

O credenciamento será formalizado mediante termo próprio, conforme Anexo II, vinculando aos termos do edital, contendo as cláusulas e condições vinculantes, inclusive aquelas previstas no art. 55 da Lei nº 8.666/1993, que lhe forem pertinentes.

O prazo inicial do contrato poderá ser de até 12 meses a partir da abertura do credenciamento, sendo vinculado todos os proponentes habilitados, inicialmente, até 31 de Março de cada exercício financeiro subsequente. Entretanto, a bem do interesse público e unilateralmente por este, e em razão da prestação de serviços serem executados de forma contínua, poderão ter a sua duração prorrogada por iguais e sucessivos períodos, limitada a 60 (sessenta) meses.

Durante o mês de Março, de cada exercício financeiro, a empresa interessada encaminhará as formalidades e documentação necessária a prorrogação. Não havendo manifestação em tempo hábil será presumida a desistência do contrato.

Eventuais alterações de valores de procedimento(s) autorizados terão sua aplicabilidade sempre a partir do primeiro dia do mês abril de cada exercício financeiro.

7. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes deste credenciamento correrão à conta da seguinte(s) dotação(es) orçamentária:

Projeto atividade	Recurso Orçamentário	Natureza da Despesa
2.2.002	01.02	3.3.90.39.50.01

8. IMPUGNAÇÕES E RECURSOS

8.1. A decisão sobre o credenciamento ou descredenciamento, será objeto de decisão da comissão de licitações;

8.2. Eventuais pedidos de impugnações ao presente edital de chamamento público deverão ser dirigidos diretamente a Presidência da entidade, apontado formalmente o objeto da impugnação e sua fundamentação legal, devendo ser protocolados durante o horário de expediente da Administração, de acordo com normatização, dentro do prazo de lei.

8.3. Da decisão relativa ao credenciamento ou descredenciamento caberá recurso no prazo de 5 (cinco) dias úteis, que deverá ser dirigido a(o) Presidente da entidade e protocolizado durante o horário de expediente.

8.4. É admitido o envio de impugnações do edital ou de recurso digital, desde que original seja protocolado na forma dos itens 8.1 e 8.2 no prazo de 2 (dois) dias úteis, a contar do recebimento do deste, sob pena de indeferimento.

9. INFORMAÇÕES

Informações serão prestadas aos interessados no horário da 09h às 11h, na sede do Consórcio Público Fronteira Noroeste - COFRON, cito a Rua Sergipe, nº141, Centro, Santa Roas/RS, onde poderão ser obtidas cópias do edital e seus anexos, mediante a doação de uma resma de papel ofício A4, diretamente na sede da entidade, acessado no site www.cofron.rs.gov.br ou pelo e-mail procuradoria@cofron.rs.gov.br, sem quaisquer custos.

Santa Rosa/RS, 22 de Fevereiro de 2022.

Presidente COFRON.

Registre-se e publique-se.

Este edital e seus anexos, foi devidamente examinado e aprovado por esta Procuradoria Jurídica.

Em ____/____/2022

Procurador Jurídico

ANEXO II – CONTRATO ADMINISTRATIVO nº (nº.../ ano...), de dia/mês/ano
CONTRATO ADMINISTRATIVO
DE CREDENCIAMENTO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE QUE
FAZ O CONSÓRCIO PÚBLICO FRONTEIRA NOROESTE – COFRON
com a empresa abaixo qualificada.

Que celebram entre si, de um lado o **CONSÓRCIO PÚBLICO FRONTEIRA NOROESTE - COFRON** – Associação Pública de Municípios, de direito público, com sede à Rua Sergipe, 141, Centro, CNPJ nº 94.188.208/0001-20, representada por seu Presidente, qualificação /RS, denominado 1º contratante; do outro lado, denominado 2º contratante a empresa (.....), nome fantasia (.....), CNPJ nº(.....), estabelecida na Rua/Av. (.....), na Cidade de (.....)/RS, representado(a) legalmente pelo(a) Sr(a) (.....), que exerce as atribuições na empresa de (.....), profissão (.....), CPF nº(.....), que contratam, nos termos do edital COFRON nº001/2022, para credenciamento de serviços de média e alta complexidade e mediante a legislação vinculativa, processo nº _____, do ano de____, vinculado às legislações pertinentes e as seguintes cláusulas e condições:

I – DO OBJETO

Art. 1º. – O CREDENCIADO prestará ao COFRON, mediante encaminhamento através de requisição própria, oriunda da rede pública regional do(s) associado(s), devidamente autorizado e firmado por profissional vinculado ao(s) Município(s) associados e descritos no edital, os seguintes serviços de saúde:

Código CO-FRON (OBRIGATÓRIO)	Código SUS (Facultativo)	Quantitativo MÊS Ofertado (OBRIGATÓRIO)	Quantitativo ANUAL ofertado (OBRIGATÓRIO)	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Parágrafo único: **Se NÃO definido quantitativo** pelo prestador - mês e/ou anual -, presume-se oferta de agenda de acordo com a necessidade e solicitação do contratante e seus municípios associados, com agendamento compatível com a avaliação/indicação da referência do encaminhamento. **Se definido quantitativo** pelo prestador - mês e/ou anual -, presume-se oferta vinculante até o quantitativo ofertado e demanda conforme solicitação do contratante e seus municípios associados, com agendamento compatível com a avaliação/indicação da referência do encaminhamento.

II – DA REMUNERAÇÃO

Art. 2º. – O preço ajustado entre as partes será o constante deste contrato, limitado(s) aos preços constante(s) do anexo I, da RESOLUÇÃO COFRON nº111/2022, de 18 de janeiro de 2022, previstos no Edital de Credenciamento de serviços descrito supra, aceito pelo CREDENCIADO no momento da apresentação da proposta e documentação, estando inclusos taxas de administração, gastos com materiais, manutenção, impostos, taxas e quaisquer outros dispêndios necessários à realização do objeto contratado.

Parágrafo primeiro: As alterações valores praticados somente poderá se dar obedecido a normatização, de acordo com a(s) possibilidade(s) orçamentária e interesse público.

III - DAS OBRIGAÇÕES DO COFRON

Art. 3º. – O COFRON tem a obrigação de:

3.1. Efetuar o pagamento dos procedimentos executados pelo CREDENCIADO, de acordo com os valores fixados em resolução e contrato, no mês subsequente da realização dos serviços, desde que haja os devidos encaminhamentos e pagamento do Município usuário do(s) serviço(s), mediante a apresentação das requisições autorizadas e assinadas pelo usuário, bem como, a competente fatura emitida pelo CREDENCIADO, em documento fiscal idôneo.

3.2. O COFRON reserva-se o direito de fiscalizar de forma efetiva e permanente, a prestação dos serviços prestados pelo CREDENCIADO, podendo proceder ao descredenciamento, em caso de má prestação ou descumprimento contratual, verificada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa.

3.3. Efetuar a conferência técnica e administrativa das faturas e requisições sobre os documentos (virtuais e físicos) apresentados.

3.4. Caso necessário e no seu interesse público, fornecer formulários de receituários, requisições e atestados para o CREDENCIADO utilizar, quando em atendimento a(os) usuário(s) do SUS, e exclusivamente a estes.

3.5. Quando os SERVIÇOS DE SAÚDE CREDENCIADOS forem realizados dentro de Unidades de gestão dos associados, será de responsabilidade exclusiva do Município, a utilização de pessoal de apoio (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, administrativo, outros) e dos materiais necessários para o respectivo procedimento.

3.6. Fica vedado ao Município o pagamento de procedimentos que não tiverem devidamente descritos nas requisições próprias e não constarem à assinatura do usuário.

IV – DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO

Artigo 4º. – São obrigações do CREDENCIADO:

4.1. Declaro ciência de obrigação de atender todos os encaminhamentos habilitados pelo contrato de credenciamento, feitos por profissionais da empresa credenciada para a rede pública de serviços do COFRON, através das requisições próprias, devidamente autorizadas no sistema pelo Município solicitante.

4.1.1. Haverá limitação de quantitativos de atendimentos somente no caso de estabelecida esta limitação na proposta/proposição da empresa/ profissional executor.

4.1.2. Havendo limitação de atendimento na proposta/proposição da empresa, esta estará condicionada a cumprir o proposto, se houver necessidade dos serviços/procedimentos pelos Municípios associados.

4.2. Preencher com clareza e exatidão todos os campos das requisições, atestados, receituários e demais formulários e documentos fornecidos pelo COFRON e seus associados.

4.3. Utilizar os documentos, se fornecidos, somente para usuários do COFRON/SUS.

4.4. É de responsabilidade exclusiva e integral do CREDENCIADO, a utilização de pessoal (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, administrativos, outros), para a realização dos procedimentos ambulatoriais e exames constantes deste instrumento, incluídos encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes do vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações, em nenhuma hipótese, poderão ser transferidos ao COFRON e seu(s) Município(s) associado(s) ou ao Ministério da Saúde, exceto quando referidos procedimentos ou exames forem realizados na Unidade de Saúde da Prefeitura pelo CREDENCIADO, com suporte técnico e recursos humanos da própria.

4.5. É de responsabilidade do CREDENCIADO todos os encargos trabalhistas previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes da prestação de serviços a ser realizada por este, em espaços públicos do Município solicitante/autorizador ou em dependências da empresa credenciada.

4.6. O pagamento pelos serviços prestados efetuado mensalmente, de acordo com o contrato, com a devida comprovação dos encaminhamentos, no prazo hábil fixado administrativamente, tendo em conta o número de procedimentos efetivamente realizados, por encaminhamento das Unidades de Saúde do(s) Município(s), em requisições próprias, devidamente autorizadas, acompanhadas da respectiva fatura emitida pelo credenciado, em documento fiscal idôneo, anexando relação dos usuários atendidos, com o nome completo e origem da execução do objeto para o qual foi contratado.

4.7. Se solicitado pelo COFRON, disponibilizar a agenda, com antecedência mínima de 10 (dez) dias do mês de referência e alimentá-la no sistema informatizado de acordo com o quantitativo ofertado, bem como comunicar com antecedência, mínima, de 10 dias úteis, a não disponibilidade de prestar serviços por motivos pertinentes, definindo o período do não atendimento.

4.8. As consultas devem ter o tempo ideal para o médico e quaisquer profissionais, quando for o caso, realizar exame físico, diagnóstico e tratamento, proporcionando ao paciente COFRON/SUS à mesma qualidade oferecida a outro(s) convênio(s) ou credenciamento(s) e de acordo com as normas regulamentares profissionais.

4.9. Em todos os encaminhamentos originados para consultas, serviços, exames etc., OBRIGATORIAMENTE a empresa vinculada ao COFRON, deve dar CONTRA-REFERÊNCIA ao paciente encaminhado, retornando à origem, para demais providências, se houver.

Parágrafo Único: Na contra-referência deve constar legível o diagnóstico do atendimento, os encaminhamentos, tratamento receitado e, se for o caso, medicações.

4.10. Declaro ciência do art. 327, § 1º, do CP – que equipara a funcionário público, para fins penais, aqueles que exercem atividade (cargo, emprego ou função) em empresa prestadora de serviço contratada ou conveniada para a execução de atividade típica da Administração Pública, bem como que na execução de serviços/procedimentos por quaisquer agentes da empresa, houver sugestão/orientação de retorno do paciente para atendimento, por exemplo: “por fora do sistema”, “cobrança adicional por fora”, “procedimento extra para complementar valor”, “solicitação de duplicidade”, “exames adicionais para complementar valor”, entre outros - sob responsabilidade da empresa – quer seja por empregado(s)/preposto(s)/profissional(is), entre

outros - será classificado esta ação como crime contra a administração sujeita ao previsto nos artigos 312, 316, 317, 319, 333, entre outros, do CP.

V – DAS CONDIÇÕES GERAIS

Art. 5º. Em caso de atraso na entrega dos documentos pelo CREDENCIADO, o pagamento será efetivado somente após a regularização e no mês subsequente.

Art. 6º. Em nenhuma hipótese o CREDENCIADO poderá cobrar do usuário qualquer importância, referente aos serviços constantes de requisição ou ordem de serviço emitida pelo COFRON, implicando em descredenciamento obrigatório, com as demais cominações legais, exceto se haja previsão expressa na tabela de procedimentos (anexo I).

Art. 7º. O COFRON reserva-se o direito de após a conferência técnica e administrativa dos documentos apresentados, efetuada pela Equipe administrativa de Controle, Avaliação e Auditoria, ou por profissional habilitado indicado para tal função, solicitar perícias e informações adicionais, em justificando, glosar despesa(s) e procedimento(s).

Art. 8º. A remuneração recebida pelo CREDENCIADO não gerará direito adquirido e, portanto, não caracteriza vínculo de natureza trabalhista e previdenciária para o COFRON e seu(s) Município(s) consorciado(s).

Art. 9º. O prazo de vínculo será até o dia do mês ano de (até 12 meses), após a assinatura e publicação, podendo constar com aditivo(s) pelo prazo de até 60 (sessenta) meses, desde que mantidas as dotações orçamentárias vinculantes e atualizadas as condições e formalidades da contratualização inicial, estando presente o interesse público.

Art. 10º. O credenciamento efetivado poderá ser revogado a qualquer momento, sem prévia notificação, a bem do interesse público por parte do COFRON, sem que haja direito a indenização por parte do credenciado.

Art. 11º. O CREDENCIADO poderá descredenciar-se, devendo comunicar ao COFRON com 30 (trinta) dias de antecedência.

Art. 12º. O CREDENCIADO não poderá delegar ou transferir a terceiros, no todo ou em parte, os serviços constantes deste termo.

Art. 13º. Ficam preservadas as prerrogativas do poder público decorrente das legislações previstas no edital de Credenciamento supra-descrito.

Art. 14º. Poderão ser efetivados aditivos ou determinados instruções gerais, visando à execução, atualização e regulamentação dos serviços.

Art. 15º. As despesas decorrentes do presente contrato correrão a conta das dotações orçamentárias:

Projeto atividade	Recurso Orçamentário	Natureza da Despesa
2.2.002	01.02	3.3.90.39.50.01

Art. 16º. Fica o CREDENCIADO responsável civil e criminalmente, por todo e qualquer dano decorrente da execução do objeto contratado e, especialmente, por eventuais acidentes pessoais.

Art. 17º. Fica eleito o FORUM DA COMARCA DE SANTA ROSA, para dirimir qualquer dúvida oriunda do presente vínculo contratual, o qual será emitido em vias de igual teor e forma, sendo devidamente assinado pelas partes interessadas, na presença de testemunha(s).

Santa Rosa/RS, ... de de 202_.

CONSÓRCIO PÚBLICO FRONTEIRA NOROESTE - COFRON,
1º Contratante,, Presidente.

Empresa supraqualificada,
2º CONTRATANTE.

Procuradoria Jurídica – COFRON.

Testemunhas:

1) _____
CPF nº

2) _____
CPF nº

Ao Consórcio Público Fronteira Noroeste – COFRON,
Obs. Obrigatório a informação de todos os campos, bem como firmar nas respectivas declarações.

1.1. Empresa (nome oficial):
1.1.1. ____ Simples Nacional; 1.1.2. ____ Lucro Presumido; 1.1.3. ____ Lucro Real.
1.2. Nome Fantasia:
1.3. Objeto: **Credenciamento e/ou atualização de contrato conforme supra.**
1.4. Administrador/gerente da empresa Sr(ª): Fone Celular: (____)_____
1.5. Caracterização da empresa: **1.**____Pública; **2.**____Privada sem fins Lucrativos; **3.**____Filantrópica; **4.**____Privada.
1.6. CNPJ nº:____.____._____/____ -Fone comercial nº (____)____ - **Whatsapp:** (____) (____)_____
1.7. E-mail oficial de notificações:
1.8. Conta Bancária Empresarial para pagamento nº: Agência nº: Banco do:
1.9. Sede da empresa a Rua/Av. Nº: Complemento:
1.10. Cidade de: Ponto de Referência:
1.11. Alvará de Funcionamento nº:
1.12. Alvará Sanitário nº:
1.13. CNES nº: (obs. CNES: Fazer ou inserir profissional diretamente na Secretária do Município de origem da empresa).
1.14. Representação legal (de acordo com contrato social/estatuto/ata) por: **Sr(ª)**
1.15. CPF nº: CI nº: Profissão: **Whatsapp** nº (____)_____
1.16. Endereço: Rua/Av. Nº: Cidade de:
1.17. E-mail:

3. Conforme Edital se anexa os documentos a seguir relacionados a seguir relacionamento legal, fiscal e técnica profissional da empresa:						
3.1. REGULARIDADE FISCAL DA EMPRESA e/ou FUNCIONAMENTO				Validade		
				Dia	Mês	Ano
3.1.1. Certidão Negativa FGTS						
3.1.2. Certidão Negativa MUNICIPAL						
3.1.3. Certidão Negativa ESTADUAL						
3.1.4. Certidão Negativa de tributos FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO						
3.1.5. Certidão Negativa de Débitos TRABALHISTAS (CNDT)						
3.1.6. Alvará Municipal de localização e funcionamento						
3.1.7. Alvará Sanitário						
3.2. REGULARIDADE DA CONSTITUIÇÃO DA EMPRESA				Emissão		
				Dia	Mês	Ano
3.2.1. Contrato Social						
3.2.2. Última Alteração do Contrato social (se tiver)						
3.2.3. Cartão do CNES (cadastro nacional estabelecimento de saúde, com a habilitação dos profissionais com responsabilidade pelo(s) serviço(s) ou procedimento(s)						
3.2.4. Cartão CNPJ Atualizado						
3.2.5. Carteira Identidade do(s) sócio(s) responsável				Indeterminado		
3.2.6. CPF do(s) sócio(s) responsável				Indeterminado		
4. DECLARO QUE OS PROFISSIONAIS com responsabilidade técnica ligado(s) diretamente ao(s) serviço(s) a ser(em) prestado(s) , anexando documento(s) e respectivo(s) registro(s) profissional(is), são:						
Nome completo do profissional		Profissão	Responsabilidade Técnica Serviço de:	Vínculo com o proponente		
				Sócio	Empregado	Outro
4.1						

4.2						
4.3						
4.4						
4.5						
4.6						
4.7						

5. DECLARO que de todos os profissionais nominados – item 4 supra - individualmente – estão anexos os seguintes documentos: **Diploma de conclusão de Curso, Cartão SUS, Carteira Profissional do órgão de classe, CIC, CPF, Comprovante de Especialização, nos termos e juntamente com o ANEXO IV.**
Obs. Se Empregado, ainda, cópia da CTPS e respectivas anotações.

 *Firma (assinatura) representante legal proponente*

6. EQUIPAMENTOS QUE A EMPRESA DISPONIBILIZA PARA A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS PROPOSTOS

Quantitativo	Discriminação Equipamento	Ano	Marca	Modelo
6.1				
6.2				
6.3				
6.4				
6.5				
6.6				

6.6 A empresa NÃO possui NENHUM equipamento que utiliza na prestação de serviço(s) e/ou procedimento(s) que propõe.

Declaração relativa ao item 6 e subitens.

 *Firma (assinatura) representante legal proponente*

7. DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE AGENDA PARA ATENDIMENTO DOS USUÁRIOS do COFRON/SUS E ASSOCIADOS

Agenda	Manhã			Tarde			Outro: _____		
Segunda	Das	hs às	hs	Das	hs às	hs	Das	hs às	hs
Terça	Das	hs às	hs	Das	hs às	hs	Das	hs às	hs
Quarta	Das	hs às	hs	Das	hs às	hs	Das	hs às	hs
Quinta	Das	hs às	hs	Das	hs às	hs	Das	hs às	hs
Sexta	Das	hs às	hs	Das	hs às	hs	Das	hs às	hs
Sábado	Das	hs às	hs	Das	hs às	hs	Das	hs às	hs

Declaração relativa ao item 7.

 *Firma (assinatura) representante legal proponente*

8. Declaro para os devidos fins legais que NÃO prestarei serviços por esta empresa ao COFRON a município ao qual houver sócio vinculado a empresa, quer seja(m) este(s) vinculado ao quadro de servidores e/ou funcionários do Município ao qual será executado os serviços, bem como que todos os dados inseridos neste documento, são consolidados em documentos verdadeiros, anexos ao processo.

 *Firma (assinatura) representante legal proponente*

9. A Empresa declara estar ciente: **1.** De que Todos os documentos devem ser apresentados em cópias para arquivo; **2.** Declaro estar ciente e de acordo conforme edital supra-identificando, que para quaisquer pagamentos será necessária regularidade fiscal dentro dos prazos de validade de todos os documentos, sob pena de suspensão de pagamento até regularização; **3.** Estou ciente de que para empresa(s) unipessoal, não há credenciamento de “módulos”.

 *Firma (assinatura) representante legal proponente*

10. Declaro que estou de acordo com as normas definida(s) pelo COFRON, conforme Edital de Credenciamento de serviços de saúde de média e alta complexidade supra-identificado, bem como que poderão ser realizados todos os procedimentos a que a empresa se propõe - que foram pactuados contratualmente - e encaminhados de acordo com procedimento padrão. Ainda, que qualquer alteração do declarado, deverá ter a anuência expressa do COFRON, durante a vigência, com respectivas prorrogações.

 *Firma (assinatura) representante legal proponente*

11. Declaro estar ciente que as notificações e prazos do processo poderão informados via e-mail oficial informado neste documento, bem como da vedação de cobrança de qualquer valor adicional no serviço/procedimento.

 *Firma (assinatura) representante legal proponente*

12. Declaro nos termos do Decreto Federal nº 4.358/2002, que a empresa atende ao disposto no artigo 7º, inciso XXXIII⁵, da Constituição da República.

 *Firma (assinatura) representante legal proponente*

⁵ “XXXIII - proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de dezoito e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos;”

13. Declaro para os devidos fins legais que o(s) e-mail(s) informados ou mídias sociais vinculadas aos telefones informados neste documento são vínculos oficiais de comunicação para a empresa qualificada, bem como que não haverá qualquer cobrança adicional por serviços executados.			⇒ <i>Firma (assinatura) representante legal proponente</i>
14. Declaro ciência de obrigação de atender todos os encaminhamentos habilitados pelo contrato de credenciamento, feitos por profissionais da empresa credenciada para a rede pública de serviços do COFRON, através das requisições próprias, devidamente autorizadas no sistema pelo Município solicitante.			
14.1. Haverá limitação de quantitativos de atendimentos somente no caso de estabelecida esta limitação na proposta/proposição da empresa/profissional executor.			
14.2. Havendo limitação de atendimento na proposta/proposição da empresa, esta estará condicionada a cumprir o proposto, se houver necessidade dos serviços/procedimentos pelos Municípios associados.			⇒ <i>Firma (assinatura) representante legal proponente</i>
15. Declaro ciência do art. 327, § 1º, do CP – que equipara a funcionário público, para fins penais, aqueles que exercem atividade (cargo, emprego ou função) em empresa prestadora de serviço contratada ou conveniada para a execução de atividade típica da Administração Pública, bem como que na execução de serviços/procedimentos por quaisquer agentes da empresa, houver sugestão/orientação de retorno do paciente para atendimento, por exemplo: “por fora do sistema”, “cobrança adicional por fora”, “procedimento extra para complementar valor”, “solicitação de duplicidade”, “exames adicionais para complementar valor”, entre outros - sob responsabilidade da empresa – quer seja por empregado(s)/preposto(s)/profissional(is), entre outros - será classificado esta ação como crime contra a administração sujeita ao previsto nos artigos 312, 316, 317, 319, 333, entre outros, do CP.			⇒ <i>Firma (assinatura) representante legal proponente</i>
16. O Prazo contratual ofertado é de: (Assinale)			Firma (assinatura) representante legal proponente
16.1		Até 12 (doze) meses	⇒
16.2		Concordo com prorrogações e atualizações do contrato no(s) prazo(s) legal e de acordo com decisões normativas da entidade, me comprometo a atualizar requerimento e documentos com prazo vencido e/ou desatualizados.	⇒

17. Assim, conforme demonstrado supra e estando os documentos requeridos anexados, solicito o referido credenciamento para prestação dos serviços propostos, conforme Edital supra-identificando.

“Assinatura” representante legal da Empresa.
Identificação e carimbo.

18. Recebido pelo COFRON no dia _____ do mês de _____ do ano de _____, sob o protocolo e processo nº _____/_____, por _____, às ____ hs e ____ min;
_____ Assinatura responsável.

2. Relação de procedimentos a serem executados pela empresa:

“Assinatura” representante legal da Empresa.
Identificação e carimbo.

11

ANEXO IV – IDENTIFICAÇÃO DE EMPRESA E VÍNCULO(S) TÉCNICO OPERACIONAL

Ao Consórcio Público Fronteira Noroeste – COFRON,

Referência: Chamamento público/Credenciamento 01/2022, serviços e/ou procedimentos COFRON

Obs. Este documento deve ser firmado por **todos os profissionais - individualmente - relacionados no item 4**, do requerimento.

Nome da Empresa: _____
Responsável legal: _____ CPF nº _____
Nome Fantasia: _____
CNPJ nº _____
Endereço _____

Eu _____, CPF nº _____, Órgão e Registro profissional nº _____ CI nº _____, nacionalidade: _____, profissão: _____, Especialista (anexar comprovante) na área de _____, Fone celular nº (____) _____, Whatsapp nº _____, e-mail: _____ @ _____, na condição de: (sócio ou empregado) _____ da empresa supraqualificada, DECLARO para esta ciente da anexação dos documentos abaixo relacionados, bem como estou e declaro estar reconhecendo o vínculo com a Empresa supraqualificada para a disponibilização de serviços do qual sou responsável técnico(a) e/ou operacional da área de: _____, para prestação de serviços em favor do CONSÓRCIO PÚBLICO FRONTEIRA NOROESTE – COFRON, Administração Pública, Autarquia Interfederativa, com sede a Rua Sergipe, 141, Centro Santa Rosa/RS, e de seus 25 (vinte cinco) municípios associados, conforme identificação que segue:

Documento OBRIGATÓRIOS do profissional	Data Emissão
Diploma de conclusão de Curso	
Carteira Profissional do órgão de classe	
Diploma de Especialização	
Carteira de identidade – CI	
Cartão Pessoa Física – CPF	
Cartão SUS do profissional	
Cópia da CTPS (Se empregado)	
CNES: Extrato com vínculo com a empresa vinculando a responsabilidade Técnica do serviço.	
- Declaro ciência de obrigação de atender todos os encaminhamentos habilitados pelo contrato de credenciamento, feitos por profissionais da empresa credenciada para a rede pública de serviços do COFRON, através das requisições próprias, devidamente autorizadas no sistema pelo Município solicitante. - Declaro ciência de que haverá limitação de quantitativos de atendimentos somente no caso de estabelecida esta limitação na proposta/proposição da empresa/profissional executor. - Declaro ciência de que havendo limitação de atendimento na proposta/proposição da empresa, esta estará condicionada a cumprir o proposto, se houver necessidade dos serviços/procedimentos pelos Municípios associados.  <i>Firma (assinatura) do profissional declarante.</i>	
- Declaro ciência do art. 327, § 1º, do CP – que equipara a funcionário público, para fins penais, aqueles que exercem atividade (cargo, emprego ou função) em empresa prestadora de serviço contratada ou conveniada para a execução de atividade típica da Administração Pública, bem como que na execução de serviços/procedimentos por quaisquer agentes da empresa, houver sugestão/orientação de retorno do paciente para atendimento,	



SERVIÇOS E QUANTITATIVOS QUE PODERÃO SER EXECUTADOS PELO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL TÉCNICO:

Por ser prova da verdade firmo o presente para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Assinatura:

Assinatura:

13

ANEXO I – CHAMAMENTO PÚBLICO Nº001/2022

SERVIÇOS E/OU PROCEDIMENTOS OBJETO DESTES CHAMAMENTO

RESOLUÇÃO COFRON nº111/2022, de 18 de janeiro de 2022. TABELA DE PROCEDIMENTOS E SERVIÇOS - ANEXO I.

CODIGO COFRON	CODIGO/ SUS	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTOS COFRON	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTOS-SUS	Quantitati-vo MÊS Ofertado ¹	Quantitativo ANUAL ofertado (obrigatório)	Obs.	PREÇO VINCULANTE COFRON R\$
1	0301010072	CONSULTA 1a - ACUPUNTURA	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA				R\$ 70,00
2	0309050022	CONSULTA TROCA DE AGULHAS – (CADA 7 DIAS)	SESSAO DE ACUPUNTURA COM INSERCAO DE AGULHAS				R\$ 18,00
3	0211020036	ELETROCARDIOGRAMA	ELETROCARDIOGRAMA				R\$ 22,00
4	0211020060	TESTE DE ESFORÇO	TESTE DE ESFORÇO/TESTE ERGOMETRICO				R\$ 130,00
5		INTERPRETACAO DE ELTRO					R\$ 18,00
6	0205010016	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICA	ECOCARDIOGRAMA DE ESTRESSE				R\$ 180,00
7							
8							
9	0209010053	RETOSIGNOSDOSCOPIA	RETOSSIGMOIDOSCOPIA				R\$ 250,00
10	0407020314	LIGADURA ELASTICA					R\$ 170,00
11	0209010037	ENDOSCOPIA	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA				R\$ 280,00
12	0209010029	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)				R\$ 500,00
13		BIOPSIA DE LABIO					R\$ 70,00
14	0201010526	BIOPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	BIOPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA				R\$ 70,00
	0201010020		BIOPSIA / PUNCAO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE				
15		BIOPSIA DE T. SUPERFICIAIS					R\$ 70,00
16	0201010372	BIOPSIA DE PELE	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES				R\$ 70,00
17	0401010104	INCISAO DE DRENAGEM DE OBCESSO	INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO				R\$ 25,30
18		INCISAO DE CELULITE					R\$ 25,30
19		INCISAO DE DRENAGEM DE FLEIMAO					R\$ 25,30
20	0211070211	AUDIOMETRIA VOCAL-PESQ LIMIN C/DIS.	LOGO AUDIOMETRIA(LDV-IRF-LRF)				R\$ 32,00
21	0211070203	IMPEDANCIOMETRIA	IMITANCIOMETRIA				R\$ 32,00
22		VIDEONASOLARINGOSCOPIA					R\$ 94,90
23	0211070343	TESTE DE PROTESE AUDITIVAS	TESTES DE PROCESSAMENTO AUDITIVO				R\$ 48,90
	0404010270		REMOÇÃO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNI/BILATERAL				
24		REMOCAO DE CERUMEN					R\$ 55,40
25	0407010254	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO OU POLIPO	RETIRADA DE POLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA				R\$ 55,40
26	0404010245	MIRINGOTOMIA	MIRINGOTOMIA				R\$ 55,60
	0404010318		RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO / FARINGE / LARINGE / NARIZ				
27		RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NO NARIZ					R\$ 55,40
28		CAUTERIZACAO DE EPISTAXE					R\$ 55,00
29	0211070041	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AREA/OSSEA)	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AREA/OSSEA)				R\$ 48,00
30		FIBRONASOFARINGOLARINGOSCOPIA					R\$ 94,90
31	0301010072	CONSULTA ESPECIALIZADA-PSIQUIATRIA	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM PSIQUIATRIA INLUIDO LAUDO, SE SOLICITADO				R\$ 140,00
32		MODULOS PSQUIIATRICOS-PALESTRAS/CONSULTAS E/OU ORIENTACOES DE GRUPOS (8 (OITO) HORAS)					R\$ 1.400,00
33	0309030056	DILATAÇAO DE URETRA (POR SESSAO)	DILATAÇÃO DE URETRA (POR SESSÃO)				R\$ 281,65
34		POSTECTOMIA-FIMOSE					R\$ 821,20
35		EXAME FISICO-UROLOGICO					R\$ 11,40
36		CONSULTA FONOAUDIOLOGIA					R\$ 22,00
37		MODULOS FONOAUDIOLOGIA- PALESTRAS E ORIENTACOES DE GRUPOS 04 HORAS					R\$ 160,00
38							
39		MODULOS FISIOTERAPIA- PALESTRAS E ORIENTACOES DE GRUPOS 04 HORAS					R\$ 160,00
40		CIRURGIA PITERIGIO					R\$ 278,30
41		CIRURGIA DE CATARATA					R\$ 1.043,60
42		PLASTICA OCULAR					R\$ 506,00
43	0211060259	TONOMETRIA	TONOMETRIA: AFERIÇÃO DA PRESSÃO INTRA-OCULAR.				R\$ 11,50
44	0211060100	EXAME FUNDOSCOPIA	FUNDOSCOPIA				R\$ 11,50
45	0405010168	SONDAGEM LACRIMAL	SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS				R\$ 506,00
46	0405050291	SUTURA CONJUNTIVA	SUTURA DE CONJUNTIVA				R\$ 253,00
47		LAVAGEM C. ANTERIOR					R\$ 506,00
48	0405050305	SUTURA DE CORNEA	SUTURA DE CORNEA				R\$ 506,00
49	0405030096	SUTURA DE ESCLERA	SUTURA DE ESCLERA				R\$ 506,00

¹ Se NÃO definido quantitativo pelo prestador - mês e/ou anual -, presume-se oferta de agenda de acordo com a necessidade e solicitação do contratante e seus municípios associados, com agendamento compatível com a avaliação/indicação da referência do encaminhamento. Se definido quantitativo pelo prestador - mês e/ou anual -, presume-se oferta vinculante até o quantitativo ofertado e demanda conforme solicitação do contratante e seus municípios associados, com agendamento compatível com a avaliação/indicação da referência do encaminhamento.

50	04.05.05.017-8	IRIDECTOMIA	IRIDECTOMIA CIRURGICA: CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL COM FINALIDADE TERAPÊUTICA, SOB ANESTESIA LOCAL, PARA TRATAMENTO DE GLAUCOMA OU EM PACIENTES COM IMPLANTE DE ÓLEO DE SILICONE INTRA-VÍTREO.				R\$ 632,50
51	0405010176	SUTURA DE PALPEBRA	SUTURA DE PALPEBRAS				R\$ 316,25
52	0405050321	TRABECULECTOMIA (GLAUCOMA)	TRABECULECTOMIA				R\$ 759,00
53		CIRURGIA DE CALAZIO					R\$ 309,80
54		CIRURGIA DE ESTRABISMO					R\$ 1.736,60
55	0301010072	CONSULTA -PSICOLOGIA	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA				R\$ 30,00
56		MODULOS PSICOLOGIA- PALESTRAS E ORIENTACOES DE GRUPOS 04 HORAS					R\$ 160,00
57	0211050059	ELETOENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG)	ELETOENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG)				R\$ 160,00
58	0211080055	PROVA VENTILATORIA COM BRONCODILATAÇÃO	PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA C/ BRONCODILATADOR				R\$ 130,50
59	0209040017	BRONCOFIBROSCOPIA P/COL CIT/BIOP(MED+AP)S/TXA SL/ANES/PAT	BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA)				R\$ 370,60
60		PNEUMOARTOGRAFIA					R\$ 114,10
61		CONSULTA - NUTRICAÇÃO					R\$ 30,00
62		MODULOS NUTRICAÇÃO- PALESTRAS E ORIENTACOES DE GRUPOS 04 HORAS					R\$ 160,00
63	0205020046	ECOGRRAFIA ABDOMEN TOTAL	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL				R\$ 138,00
64	0205020038	ECOGRRAFIA ABDOMEN SUPERIOR	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VISICULA, VIAS BILIARES)				R\$ 70,00
65		ECOGRRAFIA ESTRUTRAS SUPERFICIAIS (INGUINAL)					R\$ 70,00
66	0205020097	ECOGRRAFIA DE MAMA	ULTRA-SONOGRAFIA DE MAMAS (BILATERAL)				R\$ 70,00
67		ECOGRRAFIA DE CRANIO	ULTRA-SONOGRAFIA DE CRANIO				R\$ 70,00
68	0205020119	ECOGRRAFIA PROSTATA TRANS-RETAL	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)				R\$ 120,00
69	0205020054	ECOGRRAFIA BEXIGA E RINS	ULTRA-SONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO				R\$ 70,00
70	0205020160	ECOGRRAFIA PELVICA	ULTRA-SONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLOGICA)				R\$ 70,00
71	0205020100	ECOGRRAFIA PROSTATA	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)				R\$ 120,00
72	0205020143	ECOGRRAFIA OBSTETRICA	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTÉTRICA				R\$ 70,00
73	0205020186	ECOGRRAFIA TRANSVAGINAL	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL				R\$ 70,00
74	0205020070	ECOGRRAFIA CORDAO ESPERMATICO OU BOLSA ESCROTAL	ULTRA-SONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL				R\$ 70,00
75	205010040	ECOGRRAFIA DOPLER DE VASOS	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATE 3 VASOS)				R\$ 160,00
76	0205020127	ECOGRRAFIA TIREOIDE	ULTRA-SONOGRAFIA DE TIREÓIDE				R\$ 70,00
77	0204030030	MAMOGRAFIA	MAMOGRAFIA BILATERAL				R\$ 73,40
78	0204060028	DESINTOMETRIA OSSEA-DUO-ENERGETICA DE COLUNA	DESINTOMETRIA OSSEA-DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES)				R\$ 100,00
79							
80	0204050120	RAIO X ABDOMEN AGUDO	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO 3 INCIDENCIA)				R\$ 32,90
81	0204040019	RAIO X ANTEBRACO	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO				R\$ 15,20
82	0204060095	RAIO X BACIA	RADIOGRAFIA DE BACIA				R\$ 15,20
83	0204040051	RAIO X BRACO	RADIOGRAFIA DE BRAÇO				R\$ 17,70
84	0204060109	RAIO X CALCANEIO	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO				R\$ 15,20
85	0204010063	RAIO X CAVUM	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)				R\$ 17,70
86	0204040060	RAIO X CLAVICULA	RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA				R\$ 17,60
87	0204050022	RAIO X COLANGEOGRAFIA COM CONTRASTE	COLANGIOGRAFIA PRÉ-OPERATÓRIO				R\$ 50,90
88		RAIO X COLECISTOGRAMA ORAL C/ CONTRASTE					R\$ 31,60
89	0204020050	RAIO X COLUNA CERVICAL	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA				R\$ 17,70
90	0204020093	RAIO X COLUNA DORSAL	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)				R\$ 19,00
91	0204020069	RAIO X COLUNA LOMBO-SACRA	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA				R\$ 19,00
92	0204030072	RAIO X COSTELAS POR HEMITORAX	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)				R\$ 23,00
93	0204040078	RAIO X COTOVELO	RADIOGRAFIA DE COTOVELO				R\$ 15,20
94	0204010071	RAIO X CRANIO	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ)				R\$ 17,70
95	0204010128	RAIO X OSSOS DA FACE	RADIOGRAFIA OSSOS DA FACE (FN+MN+LATERAL+HIRTZ)				R\$ 19,00
96	0204060150	RAIO X PE	RADIOGRAFIA DE PÉ/DEDO DO PÉ				R\$ 15,20
97	0204060168	RAIO X PERNA	RADIOGRAFIA DE PERNA				R\$ 19,00
98	0204040124	RAIO X PUNHO	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP+ LATERAL+OBLIQUA)				R\$ 15,20
99	0204010144	RAIO X SEIOS DA FACE	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN+MN+LATERAL+HIRTZ)				R\$ 17,70
100	0204030170	RAIO X TORAX AP	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRÃO OIT)				R\$ 19,00
101	0204050154	RAIO X TRÂNSITO INTESTINAL C/ CONTRASTE	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRÂNSITO)				R\$ 51,85
102	0204050170	RAIO X URETROCISTOGRAFIA C/ CONTRASTE	URETROCISTOGRAFIA				R\$ 65,80

		TE					
103	0204050189	RAIO X UROGRAFIA ESCRETORA C/ CONTRASTE	UROGRAFIA VENOSA				R\$ 79,70
104	0204060095	RAIO X QUADRIL	RADIOGRAFIA DE BACIA				R\$ 19,00
105	0204060125	RAIO X JOELHO	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)				R\$ 19,00
106	0204060087	RAIO X TORNOZELO	RADIOGRAFIA ARTICULAÇÕES COXO-FEMURAL				R\$ 21,50
107		RAIO X CATRO					R\$ 19,00
108	0204050014	RAIO X ENEMA BARITADO					R\$ 19,00
109	0204050014	RAIO X ENEMA C/ DUPLO CONTRASTE	CLISTEL OPACO C/ DUPLO CONTRASTE				R\$ 70,00
110	0204030080	RAIO X ESOFAGO	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO				R\$ 51,85
111		RAIO X ESOFAGO E DUODENO					R\$ 70,00
112	204050146	RAIO X ESOFAGO-ESTOMAGO E DUODENO (20 INCIDENCIAS)	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO				R\$ 82,20
113	0204020123	RAIO X SACRO E COCCIX	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA				R\$ 29,10
114	0204040094	RAIO X MAO	RADIOGRAFIA DE MÃO				R\$ 15,20
115	0204010179	RAIO X MANDIBULA	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MANDIBULA				R\$ 19,00
116		COLOGRAFIA					R\$ 310,00
117							
118	0204060117	RAIO X FEMUR E COXA	RADIOGRAFIA DE COXA				R\$ 19,00
119		DISTEROSSALPINGOGRAFIA					R\$ 106,00
120	0204050138	RAIO X ABDOMEN SIMPLES	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)				R\$ 19,00
121	0204030099	RAIO X EXTERNO	RADIOGRAFIA DE ESTERNO				R\$ 19,00
122	0204010039	RX ORBITA	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA+OBLIQUAS+HISTZ)				R\$ 19,00
123	0204010101	RAIO X OUVIDO OU MASTOIDE	RADIOGRAFIA DE MASTÓIDE/ROCHEDOS (BILATERAL)				R\$ 50,60
124	0204010055	RAIO X ARTICULACOES TEMPORO MANDIBULAR	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL				R\$ 19,00
125	0204010128	RAIO X NARIZ	RADIOGRAFIA OSSOS DA FACE				R\$ 19,00
126	0204030153	RAIO X TORAX AP E PERFIL (2 INCIDENCIAS)	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + PERFIL)				R\$ 23,00
127	0204030064	RAIO X CORACAO E VASOS DA BASE	RADIOGRAFIA DE CORAÇÃO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)				R\$ 25,30
128		ESOFAGO E DUODENO					R\$ 89,70
129		EED					R\$ 106,00
130	0204050065	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	HISTEROSSALPINGAGRAFIA				R\$ 106,00
131	0204040086	RAIO X DEDOS	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO				R\$ 15,20
132	0204060010	ARTOGRAFIA DO JOELHO	ARTOGRAFIA				R\$ 150,00
133	0206030010	TM-ABDOMEN SUPERIOR	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR				R\$ 189,75
134							
135	0206020015	TM DAS ARTICULACOES (externo-clavicular), ombros, cotov, punhos, sacral iliac	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR				R\$ 164,50
136	0206010010	TM COLUNA CERVICAL	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE				R\$ 164,50
137	0206010079	TM CRANIO ORBITAS/ SELA TURCICA	TOMAGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO/ SELA TURCICA				R\$ 145,50
138	0206010044	TM FACE, SEIOS DA FACE OU ATM	TOMOGRAFIA DE FACE/SEIOS DA FACE/ARTICULAÇÕES TEMPORO MANDIBULARES				R\$ 145,00
139		TM MASTOIDE OU OUVIDOS					R\$ 189,75
140	0206030037	TM PELVE E BACIA	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE/BACIA				R\$ 189,75
141	0206010052	TM PESCOCO (partes moles, laringe, tireoide ou paratireoide e faringe)	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO				R\$ 189,75
142	0206020023	TM SEGMENTOS APENDICULARES, (braços, antebraços, coxas, perna, mãos e pés)	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES				R\$ 164,50
143	0206020031	TM TORAX	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX				R\$ 189,75
144		ANGIOGRAFIA CEBRAL BILATERAL					R\$ 1.000,00
145		ANGIOGRAFIA CAROTIDA BILATERAL					R\$ 1.000,00
146		ANGIOGRAFIA ARTERIO VERTEBRAL					R\$ 1.000,00
147	0210010029	ANGIOGRAFIA DE ARCO AOTICO	ANGIOGRAFIA DE ARCO AOTICO				R\$ 1.000,00
148		ANGIOGRAFIA DE MEMBRO INFERIOR					R\$ 326,00
149	0207010030	RESSONANCIA MAGNETICA COLUNA CERVICAL	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL				R\$ 437,00
150	0207010048	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBAR	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA				R\$ 437,00
151	0207010056	RESSONANCIA MAGNETICA COLUNA DORSAL	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA				R\$ 437,00
152		RESSONANCIA MAGNETICA COXO-FEMURAL					R\$ 437,00
153	0207020027	RESSONANCIA MAGNETICA OMBRO	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)				R\$ 437,00
154	0207030030	RESSONANCIA MAGNETICA TORNOZELO	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)				R\$ 437,00
155	0207030030	RESSONANCIA MAGNETICA PE	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)				R\$ 437,00
156	0207020027	RESSONANCIA MAGNETICA COTOVELO	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)				R\$ 437,00
157	0207010030	RESSONANCIA MAGNETICA PESCOCO	RESSONANCIA DE COLUNA CERVICAL				R\$ 437,00
158	0207030030	RESSONANCIA MAGNETICA JOELHO	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)				R\$ 437,00

159	0207020027	RESSONANCIA MAGNETICA MEMBROS SUPERIORES (BRACO, ANTEBRACO, MAOS E PUNHO)	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE MEMBROS SUPERIORES				R\$ 437,00
160	0207020035	RESSONANCIA MAGNETICA TORAX	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX				R\$ 437,00
161	0207030014	RESSONANCIA MAGNETICA ABDOMEN SUPERIOR	RESSONANCIA MAG. DE ABDOMEN SUPERIOR				R\$ 437,00
162	0207030022	RESSONANCIA MAGNETICA PELVIS OU BACIA	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA/PELVE				R\$ 437,00
163	0207010064	RESSONANCIA MAGNETICA CRANIO	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO				R\$ 437,00
164	0207010021	RESSONANCIA MAGNETICA ATM-ART. TEMPERO MANDIBULAR	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULAÇÃO TEMPERO MANDIBULAR (BILATERAL)				R\$ 437,00
165	0207020019	RESSONANCIA MAGNETICA CORACAO AORTA	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORAÇÃO/AORTA C/CINE-RM				R\$ 437,00
166	0301010072	CONSULTA ESPECIALIZADA- TRAUMATOLOGIA	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA				R\$ 70,00
167	0701040050	CONFEECAO DE OCULOS- BIFOCAL	OCULOS C/ LENTES CORRETIVAS IGUAIS / MAIORES QUE 0,5 DIOPTRIAS				R\$ 200,00
168	0701040076	CONFEECAO DE OCULOS -SIMPLES	OCULOS MONOFOCAL - PROJETO OLHAR BRASIL				R\$ 150,00
169	0301010072	CONSULTA ESPECIALIZADA- NEUROLOGIA	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA				R\$ 70,00
170	0301010072	CONSULTA ESPECIALIZADA-UROLOGIA	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA				R\$ 70,00
171	0301010072	CONSULTA ESPECIALIZADA- CARDIOLOGIA	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA				R\$ 70,00
172	0301010072	CONSULTA ESPECIALIZADA- GASTROLOGIA	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA				R\$ 70,00
173	0301010072	CONSULTA ESPECIALIZADA- ENDOCRINOLOGIA	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA				R\$ 100,00
174	0204030021	DUCTOGRAFIA (POR MAMA)	DUCTOGRAFIA (POR MAMA)				R\$ 114,10
175	0204060117	RAIO X ART. COXA FEMURAL CADA LADO (2 INCIDENCIAS)	RADIOGRAFIA DE COXA				R\$ 19,00
176		ARTOGRAFIA (16 INCIDENCIAS)					R\$ 150,00
177	204060133	RAIO X JOELHO C/ ROTULA (3 INC)	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP+LATERAL+AXIAL)				R\$ 25,30
178	0211080055	ESPIROMETRIA C/CURVA FLUXO E VOLUME EXAME FUNCAO PULMONAR	PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA C/ BRONCODILATADOR				R\$ 130,50
179	0211060119	GONIOSCOPIA	AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DO ÂNGULO DA CÂMARA ANTERIOR DO OLHO, 360º.- BINOCULAR.				R\$ 86,25
180	02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (2 OLHOS)	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO: AVALIAÇÃO SOB MIDRIÁSE DA RETINA (PÓLO POSTERIOR E PERIFERIA), NERVO ÓPTICO E CORÓIDE. INCLUIR DOCUMENTAÇÃO ATRAVÉS DE GRÁFICO MANUAL OU COMPUTADORIZADO (BINOCULAR)				R\$ 92,00
181	0301010072	CONSULTA ESPECIALIZADA- OTORRINOLARINGOLOGISTA	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA				R\$ 140,00
182	0301010072	CONSULTA ESPECIALIZADA- OFTALMOLOGIA	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA				R\$ 70,00
183	0301010072	CONSULTA ESPECIALIZADA- PNEUMOLOGIA	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA				R\$ 100,00
184	0211040029	COLPOSCOPIA	COLPOSCOPIA				R\$ 35,00
185	0201010666	BIOPSIA DO COLO UTERINO	BIOPSIA DO COLO UTERINO				R\$ 70,00
186		ELETROCOAGULACAO					R\$ 57,00
187	0205020186	ECOGRAFIA PELVICA TRANSVAGINAL C/ CONTROLE DE OVULACAO	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL				R\$ 70,00
188	0205020062	ECOGRAFIA DE MUSCULOS	ULTRA-SONOGRAFIA ARTICULAÇÃO				R\$ 70,00
189	0209040025	LARINGOSCOPIA	LARINGOSCOPIA				R\$ 130,50
190		ECOGRAFIA RENAL					R\$ 70,00
191	0211070050	AVALIACAO AUDITIVA COMPORTAMENTAL	AVALIACAO AUDITIVA COMPORTAMENTAL				R\$ 30,00
192	0211070092	AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DE DEFICIENCIA AUDITIVA	AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DE DEFICIENCIA AUDITIVA				R\$ 30,00
193	0204040116	RAIO X OMBRO/ OMOPLATA	RADIOGRAFIA DE OMOPLATA/OMBRO (TRES POSIÇÕES)				R\$ 19,00
194	0205020062	ECOGRAFIA DE QUADRIL	ULTRA-SONOGRAFIA ARTICULAÇÃO				R\$ 70,00
195	0205020062	ECOGRAFIA CERVICAL	ULTRA-SONOGRAFIA ARTICULAÇÃO				R\$ 70,00
196	0301010072		CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA				
197	0205020038	ECOGRAFIA FIGADO E VIAS BILIARES					R\$ 70,00
198		PROTESE TOTAL- DENTADURA TOTAL					R\$ 97,80
199		CONCERTOS DE PROTESES DENTARIA					R\$ 48,90
200		REFORCO FUNDIDO					R\$ 65,20
201	0307040089	REEMBASAMENTO	REEMBASAMENTO E CONCERTO DE PROTESE DENTARIA				R\$ 48,90
202		PINO FUNDIDO					R\$ 32,60
203		PROTESE PARCIAL REMOVIVEL -COMPLETA- METALO-PLASTICA - ACRILICO COMUM-SIMPLES					R\$ 212,00
204							R\$ 81,50
205		METALO-CERAMICO -SIMPLES					R\$ 163,00
206		METALO-PLASTICA EM RESINA FOTO SIMPLES					R\$ 130,45
207		APARELHOS MOVEIS ATIVOS					R\$ 73,40
208		MANTENEDORES DE ESPACO					R\$ 73,40
209		PLACAS DE CONTENCAO					R\$ 97,80
210		PLACA DE BRUXISMO					R\$ 97,80
211		PLACA PARA RONCO E APNEIA					R\$ 228,30
212	0204040108	RAIO X MAOS E PUNHOS P/ IDADE OSSEA	RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO (P DETERMINAÇÃO DE IDADE ÓSSEA)				R\$ 19,00
213	0211070106	AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DIFERENCIAL				R\$ 30,00

		DE DEFICIENCIA AUDITIVA	DE DEFICIENCIA AUDITIVA				
214	0204010012	DACRISISTOGRAFIA					R\$ 97,80
215	0204060036	ESCANOMETRIA	ESCANOMETRIA				R\$ 45,65
216	204020131	RAIO X COLUNA TOTAL OU ESCOLIOSE PANORAMICO	RADIOGRAFIA PANORAMICO DE COLUNA TOTAL-TELESPONDILOGRAFIA(P/ESCOLIOSE)				R\$ 59,90
217	0301010072	CONSULTA ESPECIALIZADA-GINECOLOGIA	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA				R\$ 100,00
218		OXIMETRIA NAO INVASIVA					R\$ 21,20
219	0301010072	CONSULTA ESPECIALIZADA-DERMATOLOGIA	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA				R\$ 100,00
220		CRIOTERAPIA DE NEOPLASIA CUTANEA C/ NITROGENIO LIQUIDO					R\$ 172,50
221		BIOPSIA EXCISIONAL					R\$ 126,50
222	0209020016	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA				R\$ 348,35
223	0201010410	BIOPSIA DE PROSTATA	BIOPSIA DE PROSTATA				R\$ 1.150,00
224		BIOPSIA COLO DE UTERO- INCLUINDO HONORARIOS PROF					R\$ 88,50
225	0301010072	CONSULTA PEDIATRICA	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA				R\$ 100,00
226	0201010380	BIOPSIA DE PENIS	BIOPSIA DE PENIS				R\$ 164,50
227	0201010275	BIOPSIA DE MEDULA OSSEA	BIOPSIA DE MEDULA OSSEA				R\$ 600,00
228		BIOPSIA DE PULMAO- INCLUINDO HONORARIOS- CT A PARTE					R\$ 920,00
229	0201010437	BIOPSIA DE RIM POR PUNCAO	BIOPSIA DE RIM POR PUNCAO				R\$ 600,00
230		BIOPSIA DE RIM C/IMUNOFLORESCENCIA - INCLUI COL.+MAT+HON.					R\$ 545,20
231	0201010470	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE				R\$ 575,00
232	0201010216	BIOPSIA HEPATICA - FIGADO POR PUNCAO	BIOPSIA DE FÍGADO POR PUNÇÃO				R\$ 600,00
233		ANATOMIA PATOLOGICA DE RIM- REALIZ. LAB. EDELWAYS DE POA-					R\$ 200,00
234		ANATOMIA PATOLOGICA DE RIM C/IMUNOFLORESCENCIA					R\$ 500,00
235	401010066	EXCISAO. EXCISAO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESO					R\$ 328,90
236	401020053	EXCISAO EXT. LESOES DE PELE C/ROTAC. RETALHO-MAT/MED/TX/HON.					R\$ 377,00
237		DIARIA NUCLEO R. AT. ASSIST. MULHERES EM SITUACAO DE VIOLEN					R\$ 150,00
238		ANESTESIA EM EXAMES E/OU PROCEDIMENTOS EM CASOS EXCEPCIONAIS					R\$ 200,00
239	0201010062	BIOPSIA DE BEXIGA	BIOPSIA DE BEXIGA				R\$ 227,70
240		TAXA DE SALA EM PROC.BLOCO CIR. - INCLUI MAT/MED/EQUIPAMENTO					R\$ 185,30
241							
242		BIOPSIA INCISIONAL					R\$ 92,00
243	02.05.02.008-9	ECO OCULAR	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR) CONSISTE NA AVALIAÇÃO DAS ESTRUTURAS INTRA E EXTRA-OCULARES POR ULTRASSOM MODO "B" COM REGISTRO GRÁFICO.				R\$ 46,00
244	0201010569	BIOPSIA/EXERESE DE NODULO DE MAMA	BIOPSIA/EXERESE DE NODULO DE MAMA				R\$ 278,30
245	0205020062	ECOGRAFIA OMBRO	ULTRA-SONOGRAFIA ARTICULAÇÃO				R\$ 70,00
246	0205020062	ECOGRAFIA DE PUNHO	ULTRA-SONOGRAFIA ARTICULAÇÃO				R\$ 70,00
247	0205020062	ECOGRAFIA DE MAO	ULTRA-SONOGRAFIA ARTICULAÇÃO				R\$ 70,00
248	0205020062	ECOGRAFIA DE COTOVELO	ULTRA-SONOGRAFIA ARTICULAÇÃO				R\$ 70,00
249	0205020062	ECOGRAFIA DE JOELHO	ULTRA-SONOGRAFIA ARTICULAÇÃO				R\$ 70,00
250	0205020062	ECOGRAFIA DE TORNOZELO	ULTRA-SONOGRAFIA ARTICULAÇÃO				R\$ 70,00
251	0205020062	ECOGRAFIA DE PE	ULTRA-SONOGRAFIA ARTICULAÇÃO				R\$ 70,00
252	0205020062	ECOGRAFIA DE COXA FEMURAL	ULTRA-SONOGRAFIA ARTICULAÇÃO				R\$ 70,00
253		BIOPSIA DE PELE OU C/PUNCH (INCLUIDO HONOR PROFISSIONAIS)					R\$ 74,80
254		PUNCAO DE TIREOIDE (MAT + HONOR)					R\$ 88,90
255	0303080027	CALOSIDADE E/OU MAL PERFURANTE (DESBASTAMENTO)	DESBASTAMENTO DE CALOSIDADE E/OU MAL PERFURANTE (DESBASTAMENTO)				R\$ 90,00
256		CAUTERIZACAO QUIMICA DE PEQUENAS LESOES					R\$ 100,00
257		CIRURGIA DO ACNE (INCISAO E ESVAZIAMENTO DE LESOES ACNEICAS)					R\$ 81,50
258		CRIOTERAPIA (NITROGENIO LIQUIDO) POR SESSAO					R\$ 90,00
259		CRIOTERAPIA DE NEOPLASIA CUTANEA COM NITROGENIO LIQUIDO					R\$ 172,50
260		CURETAGEM DO MOLUSCO CONTAGIOSO					R\$ 92,00
261	0401010015	DEBRIDAMENTO E CURATIVO DE ESCARA OU ULCERACAO	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO (POR PACIENTE)				R\$ 109,30
262	0401010040	ELETROCOAGULACAO DE LESOES CUTANEA	ELETROCOAGULACAO DE LESAO CUTANEA				R\$ 207,50
263	0303080035	ESFOLIACAO QUIMICA PROFUNDA	ESFOLIACAO QUIMICA				R\$ 166,75
264	0303080035	ESFOLIACAO QUIMICA SUPERFICIAL POR SESSAO	ESFOLIACAO QUIMICA				R\$ 103,50
265		EXCISAO DE TUMOR E SUTURA					R\$ 287,50
266	0406020132	EXCISAO E SUTURA DE HEMANGIOMA/LINF.NEVUS	EXCISAO E SUTURA DE HEMANGIOMA				R\$ 132,30
267		EXCISAO E SUTURA DE TUMORES DA ORELHA					R\$ 126,50
268		EXCISAO E SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESOES NA PELE					R\$ 126,50

269		EXCISAO EM CUNHA DO LABIO					R\$ 126,50
270		EXERESE DE CALO CUTANEO					R\$ 126,50
271	0401010074	EXERESE DE CISTO SEBACEO E DERMOIDE	EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA				R\$ 115,00
272	0401010074	EXERESE DE LIPOMA	EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA				R\$ 103,50
273		FULGURACAO DE TELANGIECTASIAS OU DERMATOSE PAPULOSA					R\$ 80,50
274		INFILTRACAO INTRA-LESIONAL POR SESSAO					R\$ 57,50
275	0401010112	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTANEO (TU COURO CABELUDO)	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTANEO				R\$ 163,00
276	0401010120	RETIRADA DE LESAO POR SHAVING	RETIRADA DE LESAO POR SHAVING				R\$ 86,25
277		TESTES DE CONTATOS (PATCH TESTS)					R\$ 296,40
278		TRATAMENTO DE MIIASE FURUNCULOIDE					R\$ 103,70
279	0202090191	MIELOGRAFIA	MIELOGRAFIA				R\$ 81,50
280		BIOPSIA DE MAMA CORY (INCLUIDO ULTRASSON E HONOR)					R\$ 690,00
281		MAMOGRAFIA DE MAMA C/AGULHAMENTO (INCL. MATERIAL E HONOR)					R\$ 407,60
282	0201010585	PUNCAO DE MAMA S/AGULHAMENTO	PUNCAO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA				R\$ 209,00
283	0201010631	PUNCAO LOMBAR	PUNCAO LOMBAR				R\$ 146,70
284	0201010216	BIOPSIA HEPATICA SOB CONT DE US	BIOPSIA DE FIGADO POR PUNCAO				R\$ 600,00
285		MODULO DE ASSISTENTE SOCIAL DE 04 (QUATRO) HORAS DE SERVICO					R\$ 160,00
286	0301010072	CONSULTA ESPECIALIZADA- CIRURGIA CARDIACA (PRE E POS CIRURGIA CARDIACA)	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA				R\$ 70,00
287	0301010072	CONSULTA ESPECIALIZADA-MEDICA E ONCOLOGIA CLÍNICA	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA				R\$ 100,00
288	0301010072	CONSULTA ESPECIALIZADA- GERAL E PLÁSTICA	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA				R\$ 70,00
289	0301010072	CONSULTA ESPECIALIZADA-CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA				R\$ 100,00
290	0301010072	CONSULTA ESPECIALIZADA-CIRURGIA BUCO MAXILAR	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA				R\$ 70,00
291							
292	0301010072	CONSULTA ESPECIALIZADA- CIRURGIA BARIATRICA	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA				R\$ 70,00
293		ECOCARDIOGRAMA C/ DOPLER 2 X 82.50					R\$ 360,00
294	0207010013	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	ANGIORRESSONANCIA CEREBRAL				R\$ 1.000,00
295							
296		ECOGRAFIA DO PENIS SEM DOPLER					R\$ 70,00
297		ECOGRAFIA DO PENIS COM DOPLER COLORIDO					R\$ 318,70
298	0204060133	RAIO X JOELHO + AXIAL (AP+LAT+ AXIAL)	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)				R\$ 21,50
299	0204020034	RAIO X COLUNA CERVICAL COM OBLIQUAS(AP+P+OD+OE)R	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)				R\$ 21,50
300	0204020077	RAIO X COLUNA LOMBO-SACRA OU LOMBAR(AP+P+OD+OE)	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)				R\$ 21,50
301	0205020062	ECOGRAFIA DE ARTICULACOES	ULTRA-SONOGRAFIA ARTICULAÇÃO				R\$ 70,00
302		ECOGRAFIA MORFOLOGICA					R\$ 220,00
303	0206010036	TM COLUNA DORSAL	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE				R\$ 164,50
304	0206010028	TM COLUNA LOMBO-SACRA	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA LOMBO-SACRA C/OU S/ CONTRASTE				R\$ 164,50
305	0201010011	AMNIOCENTESE DIRIGIDA POR ULTRA SONOGRAFIA	AMNIOCENTESE				R\$ 1.000,00
306		AUDIOMETRIA VOCAL-PESQUISA LIMINARC/ INTELEGIBILIDADE					R\$ 32,00
307	0202070166	CARBOXIHEMOGLOBINA MAIS MONOXIDO DE CARBONO	DOSAGEM DE CARBÓXI-HEMOGLOBINA				R\$ 60,00
308	0301010072	CONSULTA ESPECIALIZADA GERIATRIA	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA				R\$ 100,00
309	0301010072	CONSULTA ESPECIALIZADA HEMATOLOGIA	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA				R\$ 140,00
310	0301010072	CONSULTA ESPECIALIZADA- INFECTOLOGISTA	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA				R\$ 100,00
311	0301010072	CONSULTA ESPECIALIZADA- ALERGISTA	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA				R\$ 100,00
312	0301010072	CONSULTA ESPECIALIZADA- REUMATOLOGISTA	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA				R\$ 140,00
313	0301010072	CONSULTA ESPECIALIZADA- MORFOGENÉTICA	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA				R\$ 100,00
314	0203020030	EXAME ANATOMO-PAT. PECAS CIR. E/OU BIOPSIAS (P/PECA DESCRITA)	EXAM.ANATOMOPOL. P/ CONGELAMENTO/PARAFINA EXCETO COLO UTERINO) PEÇA CIRURGICA				R\$ 50,00
315	0203010035	EXAME ANATOMO-PAT. ESPECIAL DE LIQUIDOS (POR PUNCAO ASPIRATIVA)	EXAME DE CITOLOGIA ONCÔTICA (EXCETO CÉRVICO -VAGINAL)				R\$ 80,00
316		EXAME MORF.1ºTRIM.C/TRASLUC. NUCAL (RASTR.P/CROMOSSOMOPATIAS)					R\$ 148,00
317		EXAME MORFOLOGICO DE 2º TRIMESTRE					R\$ 326,00
318		OXIDO NITRICO EXALADO					R\$ 148,30
319		MODULO EDUCADOR FISICO- PALESTRAS E ORIENTACOES DE GRUPOS					R\$ 160,00
320		MODULOS DE FARMACIA - (4 HORAS)					R\$ 160,00
321	0302010017	FISIOTERAPIA PACIENTE PRE/POS CIRURG.	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM				R\$ 22,00

		UROGINECOLÓGICAS	PACIENTE NO PRE/POS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS				
322	0302010025	FISIOTERAPIA EM PACIENTES C/ DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS				R\$ 22,00
323	0302020012	FISIOTERAPIA DE PACIE. COM CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIAR	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIAR				R\$ 30,00
324	0302020020	FISIOTERAPIA EM PACIENTE ONCOLÓGICO CLÍNICO	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO CLÍNICO				R\$ 22,00
325	0302020039	FISIOTERAPIA EM PACIENTE NO PRE E POS CIRURGIA ONCOLÓGICA	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE NO PRE E POS CIRURGIA ONCOLÓGICA				R\$ 22,00
326	0302030018	FISIOTERAPIA PACIENTE C/ALT.OCULOMOTORAS CENTRAIS C/COMPROM.SI	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/COMPROMETIMENTO CI				R\$ 22,00
327	0302030026	FISIOTERAPIA PACIENTE C/ALT. OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS				R\$ 22,00
328	0302040013	FISIOTERAPIA PAC.C/TRANSTORNO RESPIR.C/COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE C/ TRANSTORNO RESPIRATORIO C/COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS				R\$ 22,00
329	0302040021	FISIOTERAPIA PAC.C/TRANSTORNO RESPIR.S/COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE C/ TRANSTORNO RESPIRATORIO S/COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS				R\$ 22,00
330	0302040030	FISIOTERAPIA PACIENTE C/TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR				R\$ 22,00
331	0302040048	FISIOTERAPIA EM PACIENTE PRE/POS CIRURGIA CARDIOVASCULAR	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE PRE / POS CIRURGIA CARDIOVASCULAR				R\$ 22,00
332	0302040056	FISIOTERAPIA NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS				R\$ 22,00
333	0302050019	FISIOTERAPIA PAC. PRE/POS-OPERATORIO NAS DISFUNÇÕES MUSC.ESQ.	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES NO PRE E POS-OPERATORIO NAS DISFUNÇÕES MUSCULO ESQUELETICA				R\$ 22,00
334	0302050027	FISIOTERAPIA NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS				R\$ 22,00
335	0302060014	FISIOTERAPIA PAC.C/DISTÚRBIOS NEURO-CINETICO-FUNC.S/COMPL.SIS	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE C/ DISTÚRBIOS NEURO-CINETICOFUNCIONAIS S/COMPLICAÇÕES SI				R\$ 22,00
336	0302060022	FISIOTERAPIA PAC. C/DISTÚRBIOS NEURO-CINETICO-FUNC.C/COMPL.SIS	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES C/ DISTÚRBIOS NEURO-CINETICOFUNCIONAIS C/COMPLICAÇÕES				R\$ 22,00
337	0302060030	FISIOTERAPIA NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR				R\$ 22,00
338	0302060049	FISIOTERAPIA EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO				R\$ 22,00
339	0302060057	FISIOTERAPIA PAC. NO PRE/POS-OPERATORIO DE NEUROCIRURGIA	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE NO PRE / POS-OPERATORIO EM PACIENTE DE NEUROCIRURGIA				R\$ 22,00
340	0302070010	FISIOTERAPIA EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO				R\$ 22,00
341	0302070036	FISIOTERAPIA PAC.C/SEQ. P/QUEIMADURAS (MÉDIO/GRANDE QUEIM)	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM SEQUELAS POR QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADO)				R\$ 22,00
342	0211070068	AValiação DE LINGUAGEM ESCRITA / LEITURA	AValiação DE LINGUAGEM ESCRITA / LEITUR				R\$ 30,00
343	0211070076	AValiação DE LINGUAGEM ORAL	AValiação DE LINGUAGEM ORAL				R\$ 30,00
344	0211070084	AValiação MIOFUNCIONAL DE SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO	AValiação MIOFUNCIONAL DE SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO				R\$ 30,00
345	0211070114	AValiação VOCAL	AValiação VOCAL				R\$ 30,00
346	02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO (BINOCULAR) EXAME PARA AVALIAÇÃO DO CAMPO VISUAL. INDICADO PRINCIPALMENTE NO DIAGNÓSTICO E ACOMPANHAMENTO DE GLAUCOMA, DOENÇAS NEURO-OFTALMOLÓGICAS				R\$ 92,00
347	02.11.06.014-3	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA-MONOCULAR	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA MONOCULAR AVALIAÇÃO DAS CÉLULAS ENDOTELIAIS CORNEANAS (INCLUI REGISTRO GRÁFICO MORFOLÓGICO CELULAR)				R\$ 71,90
348	02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA-MONOCULAR	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR) EXAME PARA MENSURAÇÃO DO DIÂMETRO ANTERO-POSTERIOR DO GLOBO OCULAR COM OU SEM CÁLCULO DO VALOR DIÓPTRICO DE LENTE INTRA-OCULAR (INCLUI MÚLTIPLOS CÁLCULOS POR OLHO - FÓRMULAS E CONSTANTES DE MATERIAIS).				R\$ 57,50
349	02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA- MONOCULAR	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA MEDIDA DA ESPESSURA CORNEANA ATRAVÉS DE ULTRASSOM (MONOCULAR).				R\$ 57,50
350	02.11.06.026-	TOPOGRAFIA DE CORNEA-BINOCULAR	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE				R\$ 115,00

	7		CÓRNEA AVALIAÇÃO DA TOPOGRAFIA CORNEANA COM GRÁFICOS (BINOCULAR) .				
351	02.11.06.006-2	CURVA TENSIONAL DIARIA-BINOCULAR	CURVA DIARIA DE PRESSAO OCULAR CDPO (MINIMO 3 MEDIDAS) EXAME PARA DIAGNÓSTICO E ACOMPANHAMENTO DE GLAUCOMA, DEVENDO SER REALIZADO NO MESMO DIA, COM MÚLTIPLAS MEDIDAS DA PRESSÃO INTRA-OCULAR (MÍNIMO DE 3 MEDIDAS).				R\$ 115,00
352	02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA (PAPILOGRAFIA)-BINOCULAR	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR REGISTRO FOTOGRÁFICO COLORIDO DA RETINA E/OU NERVO ÓPTICO (ANALÓGICO OU DIGITAL), BINOCULAR. NÃO PODERÁ SER COBRADO SIMULTANEAMENTE AO CÓDIGO DE RETINOGRAFIA FLUORESCENTE.				R\$ 143,75
353	02.11.06.018-6	RETINOGRAFIA BINOCULAR FLUORESCENTE-	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR REGISTRO FOTOGRÁFICO DA RETINA REALIZADO APÓS INJEÇÃO DE CONTRASTE (FLUORESCÉINA). BILATERAL, ANALÓGICO OU DIGITAL. INCLUI IMPRESSÃO DAS IMAGENS E LAUDO.				R\$ 230,00
354	04.05.03.019-3	FOTOCOAGULACAO A LASER (P/SESSAO) - TRAT.P/RET.DIAB.QDO.ISQUEM	PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER - POR SESSÃO - Consiste de procedimento ambulatorial ou hospitalar a laser, com finalidade terapêutica, sob anestesia local, para realização de fotocoagulação a laser em toda a periferia retiniana (quatro quadrantes), de pacientes com retinopatia diabética avançada e retinopatia da prematuridade. Procedimento realizado apenas uma vez na vida, por olho. Incluídas quantas sessões de laser quanto necessárias para complementar a pan-fotocoagulação. Procedimento também em caráter hospitalar, pois na maioria dos casos são realizados em pacientes prematuros internados.				R\$ 287,50
355	0405050020	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	Capsulotomia a yag laser - CONSISTE NO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL COM FINALIDADE TERAPEUTICA, SOB ANESTESIA LOCAL, PARA TRATAMENTO A LASER DA CAPACIDADE DE OPACIDADES CAPSULARES RETRO LENTICULARES,				R\$ 270,30
356	Módulo de PSICOPEDAGOGIA de 04 (quatro) horas de serviço	MODULO DE PSICOPEDAGOGIA DE 04 (QUATRO) HORAS DE SERVICO					R\$ 160,00
357	0309030102	LITOTRIPSIA (SESSOES)	LITOTREPSIA (POR SESSÃO)				R\$ 349,80
358	0211090018	URODINAMICA	URODINAMICA				R\$ 652,25
359	0409010170	INSTALACAO ENDOSCOPICA DE CATETER DUPLO J	INSTALAÇÃO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J				R\$ 609,25
360	0211090026	CATETERISMO DE URETRA	CATETEROISMO DE URETRA				R\$ 422,50
361	02070330030	RESSONANCIA MAGNETICA MEMBROS INFERIORES (COXA OU FEMUR, PERNA)	RM COXA, FEMUR OU PERNA				R\$ 437,00
362	0301010072		CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA				
363		MODULO DE TERAPIA OCUPACIONAL DE 04 (QUATRO) HORAS DE SERVIC	Empresa legalmente constituída com Responsabilidade técnica, de profissional de nível superior, habilitado em Terapia Ocupacional, para exercício de atividades legais de acordo com a autorização de seu respectivo Conselho de Classe e/ou MEC e de acordo com a necessidade dos associados do COFRON, sem pessoalidade ou subordinação, devendo ser executado na sede do(s) Município(s) associado(s), com formalização de dados e alimentação destes em sistemas informatizados de acordo com a conveniência e cronograma de trabalho e prazos legais de cada ente federativo, constante de quatro horas de serviço, devendo a empresa e seus responsáveis técnicos, conforme solicitado, emitir relatórios e boletins visando dar transparência das suas atividades e continuidade dos serviços públicos sob sua responsabilidade.				R\$ 160,00
364	0404020518	OSTEOSSINTESE DE FRATURA COMPLETA DA MAXILA	BUCOMAXILO - incluso acolhimento, tratamento e anestesia, com retorno(s), exames, reconsultas e todos os profissionais necessários ao ato cirúrgico, com resolutividade, sem fornecimento de AIH. Um único paciente.				R\$ 1.482,40
365	0414020413	TRATAMENTO ODONTOLOGICO P/PAC. / NECESSIDADES ESPECIAIS	BUCOMAXILO – incluso acolhimento, tratamento e anestesia, com retorno(s), exa-				R\$ 1.482,40

			me(s), consultas e todos os profissionais necessários ao ato cirúrgico, com resolutividade, sem fornecimento de AIH. Um único paciente.				
366	0404020771	RESSECCAO DE LESAO DA BOCA	BUCOMAXILO – incluso acolhimento, tratamento e anestesia, com retorno(s), exame(s), consultas e todos os profissionais necessários ao ato cirúrgico, com resolutividade, sem fornecimento de AIH. Um único paciente.				R\$ 1.482,40
367	0404020496	OSTEOSSINTESE DE FRATURA UNILATERAL DO CONDILO MANDIBULAR	BUCOMAXILO – incluso acolhimento, tratamento e anestesia, com retorno(s), exame(s), consultas e todos os profissionais necessários ao ato cirúrgico, com resolutividade, sem fornecimento de AIH. Um único paciente.				R\$ 1.482,40
368	0404030084	ALVEOLOPLASTIA C/ ENXER OSSEO EM PAC. C/ ANOMALIA CRANIOFACI	BUCOMAXILO – incluso acolhimento, tratamento e anestesia, com retorno(s), exame(s), consultas e todos os profissionais necessários ao ato cirúrgico, com resolutividade, sem fornecimento de AIH. Um único paciente.				R\$ 1.482,40
369	0404020658	TRATAMENTO CIRURGICO DE OSTEOMA, ODONTOMA/OUTROS LESOES ESPE	bucomaxilo – incluso acolhimento, tratamento e anestesia, com retorno(s), exame(s), consultas e todos os profissionais necessários ao ato cirúrgico, com resolutividade, sem fornecimento de AIH. Um único paciente.				R\$ 1.482,40
370	0404020569	ARTROPLASTIA DA ARTIC. TEMP. - MANDIBULAR (RECIDIVANTE OU NAO	BUCOMAXILO – incluso acolhimento, tratamento e anestesia, com retorno(s), exame(s), consultas e todos os profissionais necessários ao ato cirúrgico, com resolutividade, sem fornecimento de AIH. Um único paciente.				R\$ 1.482,40
371	0404020577	REDUCAO DE FRATURA ALVEOLODENTARIA SEM OSTEOSSINTESE	BUCOMAXILO – incluso acolhimento, tratamento e anestesia, com retorno(s), exame(s), consultas e todos os profissionais necessários ao ato cirúrgico, com resolutividade, sem fornecimento de AIH. Um único paciente.				R\$ 1.482,40
372	0404020380	TRATAMENTO CIRURGICO DE OSTEOSSINTESE DE OSSOS DA FACE	BUCOMAXILO – incluso acolhimento, tratamento e anestesia, com retorno(s), exame(s), consultas e todos os profissionais necessários ao ato cirúrgico, com resolutividade, sem fornecimento de AIH. Um único paciente.				R\$ 1.482,40
373	0404020470	RECONSTRUCAO DO SULCO GENGIVOLABIAL	BUCOMAXILO – incluso acolhimento, tratamento e anestesia, com retorno(s), exame(s), consultas e todos os profissionais necessários ao ato cirúrgico, com resolutividade, sem fornecimento de AIH. Um único paciente.				R\$ 1.482,40
374	0101050011	GRUPO PRATICAS CORPORAIS EM MED. TRADICIONAL CHINESA P/HORA	Procedimentos realizados em grupo relativos a Lian Gong, Tai Chi Chuan, Lein Chi, Tui-na.				R\$ 30,00
375	0101050020	GRUPO TERAPIA COMUNITARIA P/HORA	Procedimento realizado em grupo que consiste em abordagem específica para a construção de laços sociais, apoio emocional, troca de experiências e prevenção ao adoecimento.				R\$ 30,00
376	0101050038	GRUPO DANCA CIRCULAR/BIODANCA P/HORA	Práticas realizadas em grupo que utilizam abordagens específicas com movimentos corporais e música na atuação terapêutica.				R\$ 30,00
377	0101050046	GRUPO YOGA P/HORA	Práticas de origem indiana realizadas em grupo, composta por práticas corporais, meditativas e respiratórias.				R\$ 30,00
378	0101050054	GRUPO OFICINA DE MASSAGEM/AUTO MASSAGEM P/HORA	Práticas realizadas em grupo que utilizam abordagens de massagem relativo a Do-in, massoterapia, reflexologia, massagem a ayurvedica.				R\$ 30,00
379	0101050062	GRUPO SESSAO DE ARTETERAPIA P/ HORA	Práticas que utilizam a arte como base do processo terapêutico, faz uso de diversas técnicas expressivas nos cuidados à saúde. Pode ser realizado de forma individual ou em grupo.				R\$ 30,00
380	0101050070	GRUPO SESSAO DE MEDITACAO P/HORA	Prática presente em diversas culturas e tradições, que por meio de um conjunto de técnicas visa harmonizar o estado de saúde da pessoa. Pode ser realizada de forma individual ou em grupo.				R\$ 30,00
381	0101050089	GRUPO SESSAO DE MUSICOTERAPIA P/ HORA	Prática que utiliza a música e seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), num processo para facilitar e promover os objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas.				R\$ 30,00
382	0301010072	CONSULTA VASCULAR	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA				R\$ 100,00

383	0406020574	TRAT CIRURGICO VARIZES C/ ANEST LOCAL (FLEBECTOMIA) UNILATERAL					R\$ 1.065,80
384	0406020566	TRAT CIRURGICOVARIZES C/ANEST.LOCAL FLEBECTOMIA BILATERAL					R\$ 1.266,50
385	0210010096	ARTERIOGRAFIA PARA DIAGNOSTICO DE DOENCA ARTERIAL	ARTERIOGRADIA P/INVESTIGAÇÃO DE DOENÇA				R\$ 747,75
386		ESCLEROTERAPIA C MICROESPUMA (TRAT VARIZ SEM SAFENA BILATERAL					R\$ 1.065,80
387		ESCLEROTERAPIA C MICROESPUMA (TRAT VARIZ COM SAFENA BILATERAL					R\$ 1.266,50
388		CURATIVO PARA ULCERA					R\$ 29,65
389	0210010061	ARTERIOGRAFIA CERVICO-TORACICA	ARTERIOGRAFIA CERVICO-TORACICA				R\$ 298,00
390	0210010070	ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO					R\$ 266,00
391	0210010088	ARTERIOGRAFIA DIGITAL (POR VIA VENOSA)	ARTERIOGRAFIA DIGITAL (POR VIA VENOSA)				R\$ 296,50
392	0210010100	ARTERIOGRAFIA P/INVESTIGACAO DE HEMORRAGIA CEREBRAL	ARTERIOGRAFIA P/INVESTIGAÇÃO DE HEMORRAGIA				R\$ 747,75
393	0210010118	ARTERIOGRAFIA P/INVESTIGACAO DE ISQUIMIA CEREBRAL	ARTERIOGRAFIA P/INVESTIGAÇÃO DE ISQUIMIA CEREBRAL				R\$ 747,75
394	0210010126	ARTERIOGRAFIA PELVICA	ARTERIOGRAFIA PELVICA				R\$ 252,60
395	0210010134	ARTERIOGRAFIA SELETIVA DE CAROTIDA	ARTERIOGRAFIA SELETIVA DE CAROTIDA				R\$ 282,10
396	0210010142	ARTERIOGRAFIA SELETIVA POR CATETER (POR VASOS)	ARTERIOGRAFIA SELETIVA POR CATETER (POR VASO)				R\$ 298,70
397	0210010150	ARTERIOGRAFIA SELETIVA VERTEBRAL	ARTERIOGRAFIA SELETIVA VERTEBRAL				R\$ 298,00
398	0211020044	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24H (03 CANAIS)	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER				R\$ 235,75
399							
400	301010056	CONSULTA MEDICA DO TRABALHO					R\$ 70,00
401		PERICIA MEDICA					R\$ 250,00
402		DIARIA NUC. DE ABRIGO DE MUL.MENOR 18 ANOS P. DEPENDENTE					R\$ 75,00

Presidente COFRON.

Registre-se e publique-se.

Este edital e seus anexos, foi devidamente examinado e aprovado por esta Procuradoria Jurídica.

Em ____/____/2022

Procurador Jurídico