



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA
AERONÁUTICA BASE AÉREA
DE NATAL GRUPO DE SAÚDE
DE NATAL

ÍNDICE

1. CONVOCAÇÃO
2. DEFINIÇÕES
3. OBJETO
4. DA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO
5. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO, DA HABILITAÇÃO E DA PROPOSTA
6. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA
7. DO TERMO DE ADESÃO E SUA VIGÊNCIA
8. DO REGIME DE EXECUÇÃO
9. DOS ITENS E DOS PREÇOS DOS SERVIÇOS
10. DA ATUALIZAÇÃO DOS PREÇOS
11. DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIANTE
12. DAS OBRIGAÇÕES DOS CREDENCIADOS
13. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS
14. DO DESCREDENCIAMENTO
15. DOS RECURSOS
16. DA IMPUGNAÇÃO DO EDITAL E PEDIDOS DE INFORMAÇÕES
17. DA REVOGAÇÃO
18. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
19. DO FORO



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA
AERONÁUTICA
BASE AÉREA
DE NATAL **GRUPO DE SAÚDE**
DE NATAL

EDITAL DE CREDENCIAMENTO

CONVOCAÇÃO DE PESSOAS FÍSICAS E JURÍDICAS, NA ÁREA DE SAÚDE, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES E DE REABILITAÇÃO.

1. DA CONVOCAÇÃO

1.1. A União, representada pelo BASE AÉREA DE NATAL – Grupo de Saúde de Natal, mediante a Comissão Permanente de Credenciamento Hospitalar do Grupo de Saúde de Natal (GSAU-NT), designada por meio da PORTARIA BANT Nº 350/GSAU-NT_SECCMT, DE 17 DE MAIO DE 2023, publicada no Boletim Interno Ostensivo da BANT nº 100, de 31/05/2023, torna público para conhecimento dos interessados que, na data, horário e local indicados, fará realizar a seleção e o credenciamento de Organizações Civas de Saúde (OCS) e de Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) para prestação de serviços complementares de assistência médico- hospitalar ambulatorial; atendimento de emergência/ urgência em regime de 24 (vinte e quatro) horas diárias; atenção domiciliar; remoção entre hospitais; reabilitação fonoaudiológica, fisioterápica, de nutrição, de psicologia, de terapia ocupacional; de apoio ao diagnóstico e tratamento aos beneficiários do Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU) e, eventualmente, aos beneficiários do Sistema de Saúde de outras Forças Singulares, conforme Orientação Normativa Conjunta nº 1, de 19 de agosto de 2016.

1.2. O procedimento de credenciamento observará integralmente as disposições da seguinte legislação infraconstitucional:

1.2.1. Decreto nº 92.512, de 02 de abril de 1986, que estabelece normas, condições de atendimento e indenizações para a assistência médico-hospitalar ao militar e seus dependentes;

1.2.2. Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, que regula a Lei de Licitações e Contratos Administrativos e demais dispositivos aplicados;

1.2.3. Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, que regula o Processo Administrativo no âmbito da Administração Pública Federal;

1.2.4. Decisão nº 656/1995 Plenário TCU;

1.2.5. Decreto nº 93.872, de 23 de dezembro de 1986, que dispõe sobre a unificação dos recursos de caixa do Tesouro Nacional;

1.2.6. Instrução Normativa SLTI/MPOG nº 03, de 26 de abril de 2018, que estabelece regras para o funcionamento do Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores (SICAF), no âmbito do Poder Executivo Federal;

1.2.7. Instrução Normativa SLTI/MPOG nº 05, de 26 de maio de 2017, que dispõe sobre as regras e diretrizes do procedimento de contratação de serviços sob o regime de execução indireta no âmbito da Administração Pública federal direta, autárquica e fundacional;

1.2.8. Portaria no 25/GC3, de 21 de janeiro de 2021 (RADA-e RCA 12-1/2021);

1.2.9. Instrução Normativa RFB nº 1.234, de 11 de janeiro de 2012, que dispõe sobre a retenção de

tributos nos pagamentos efetuados pelos órgãos da administração pública federal direta;

1.2.10. Parecer nº 003/2017/CNU/CGU/AGU, de 11 de janeiro de 2017, que dispõe sobre Licitações, Contratos e Patrimônio;

1.2.11. Instrução Normativa SEGES nº 65, 07 de Julho de 2021, que dispõe sobre as regras e diretrizes do procedimento de contratação de serviços sob o regime de execução indireta no âmbito da Administração Pública federal direta, autárquica e fundacional;

1.2.12. Instrução Normativa SEGES nº 73, 05 de agosto de 2020, de que dispõe sobre o procedimento administrativo para a realização de pesquisa de preços para a aquisição de bens e contratação de serviços em geral, no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional;

1.2.13. Normas para Prestação da Assistência Médico-Hospitalar no Sistema de Saúde da Aeronáutica – NSCA 160-5;

1.2.14. Normas para Assistência Complementar do Sistema de Saúde da Aeronáutica – NSCA 160-7;

1.2.15. Ordem Técnica nº 13/DIRSA/2017, de 19 de Setembro de 2017, que dispõe sobre a emissão de Guia de Apresentação de Beneficiário e de Autorização de Ressarcimento.

1.3. Integram este Edital, independentemente de transcrição, os anexos abaixo:

Anexo A	Minuta de Solicitação de Credenciamento
Anexo B	Minuta de Termo de Adesão Hospitais e Clínicas Médicas
Anexo C	Minuta de Termo de Adesão de Clínicas de Reabilitação
Anexo D	Minuta de Termo de Adesão de Laboratórios de Análises Clínicas e Citopatologia
Anexo E	Minuta de Termo de Adesão para Pessoa Física na Área de Saúde
Anexo F	Minuta de Termo de Adesão para Atendimento Pré-hospitalar e Inter-hospitalar Móvel
Anexo G	Minuta de Termo de Adesão para Atenção Domiciliar à Saúde
Anexo H	Minuta de Termo de Adesão para Cooperativas
Anexo I	Modelo de Carta-Proposta para Organização Civil de Saúde - OCS (Pessoa Jurídica)
Anexo J	Modelo de Requerimento para Profissional de Saúde Autônomo – PSA (Pessoa Física)
Anexo K	Modelo de Declaração do art. 7º, XXXIII da CR/1988
Anexo L	Tabela de Preços - Diárias e Taxas
Anexo M	Tabela de Preços – Materiais hospitalares, OPME, contrastes e dietas; Lista de Referência de medicamentos para o credenciamento
Anexo N	Tabela de Preços - Pacotes de Prestação de Serviços

Anexo O	Tabela de Preços - Assistência Domiciliar à Saúde (Home Care)
Anexo P	Tabela de Preços - Especialidades Não-Médicas
Anexo Q	Tabela de Preços - Medicina Laboratorial, Citopatologia e Serviços de Imagem
Anexo R	Áreas da Prestação de Serviços de Assistência Médico-Hospitalar
Anexo S	Lista Referencial de Procedimentos de Assistência Domiciliar à Saúde
Anexo T	Termo de Conciliação Judicial – MPT e União
Anexo U	Procedimentos sujeitos a parecer da Seção do Fundo de Saúde e/ou Junta de Saúde do Grupo de Saúde de Natal e Procedimentos médico-hospitalares não indenizados pelo Fundo de Saúde da Aeronáutica

1.4 A documentação mencionada no item acima poderá ser recebida por mensagem eletrônica, sendo que para a solicitação desta e de outras informações deverá ser utilizado o contato pelo telefone: (84) 3644-9144.

2. DEFINIÇÕES

2.1. ALTA HOSPITALAR

2.1.1. É o encerramento da assistência prestada ao paciente internado em organização de saúde militar ou civil. Pode ser definitiva ou provisória, por decisão médica, a pedido, administrativa, por remoção ou evacuação, por abandono ou por óbito.

2.2. AMBULATÓRIO

2.2.1. É a unidade médico-assistencial integrante de uma organização de saúde ou isolada, com funcionamento autônomo que se destina ao diagnóstico e ao tratamento do paciente externo.

2.3. ASSISTÊNCIA COMPLEMENTAR À SAÚDE

2.3.1. É a assistência à saúde prestada por organizações de saúde contratadas, conveniadas ou credenciadas por órgão do Comando da Aeronáutica, com a finalidade de complementar os serviços existentes nas Organizações de Saúde da Aeronáutica.

2.4. ASSISTÊNCIA À SAÚDE OU MÉDICO-HOSPITALAR (AMH)

2.4.1. É o conjunto de atividades relacionadas com o diagnóstico e a prevenção de doenças, com a conservação ou recuperação da saúde e com a reabilitação dos pacientes, abrangendo todos os serviços

prestados por profissionais de saúde em hospitais, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, ou na assistência domiciliar, incluindo o fornecimento e a aplicação dos meios.

2.5. ATENDIMENTO

2.5.1. É a atenção dispensada pela organização de saúde ao paciente ou seu responsável, no sentido da prestação da assistência à saúde, encaminhamento ou notificação de ocorrência médica.

2.6. BENEFICIÁRIOS DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE OU ASSISTÊNCIA MÉDICOHOSPITALAR COMPLEMENTAR(AMHC)

2.6.1. São todos os militares e seus dependentes cadastrados, de acordo com o previsto no Estatuto dos Militares, bem como os pensionistas contribuintes do FUNSA e seus dependentes, instituídos em vida pelo militar gerador do direito, nos limites estabelecidos nesta norma.

2.7. BENEFICIÁRIOS DO FUNDO DE SAÚDE DA AERONÁUTICA (FUNSA)

2.7.1. São os militares da Aeronáutica e seus respectivos dependentes que se diferenciam dos demais beneficiários da assistência à saúde pela condição de contribuição para o FUNSA, através do titular.

2.8. BENEFICIÁRIOS EXCLUSIVOS DA ASSISTÊNCIA MÉDICO HOSPITALAR (AMH)

2.8.1. São os beneficiários que se diferenciam dos demais beneficiários da assistência à saúde pela condição de não-contribuição para o FUNSA, através do titular.

2.9. CENTRO GERIÁTRICO

2.9.1. É o serviço ou clínica especializada destinada a prestar assistência à saúde e assistência social às pessoas idosas.

2.10. CLÍNICA ESPECIALIZADA

2.10.1. É a unidade médico-assistencial integrante de outra Organização de Saúde ou Isolada, com funcionamento autônomo, destinada ao atendimento específico de pacientes de uma especialidade, em regime de internação ou ambulatorial.

2.11. CONSULTA

2.11.1. É a entrevista do profissional de saúde com o paciente para fins de exame, diagnóstico e tratamento.

2.12. CONTRIBUINTES DO FUNSA OU TITULARES

2.12.1. São os militares, da ativa e na inatividade, e os beneficiários da pensão militar de primeira e segunda ordem de prioridade, previstos nos itens I e II, do Art. 7º da Lei nº 3.765, de 4 de maio de 1960 (lei da Pensão Militar) que contribuem na condição de titulares, com percentuais sobre as parcelas que compõem a remuneração, os proventos na inatividade ou a pensão, nas condições definidas por Portaria do Comando da Aeronáutica.

2.13. DEPENDENTES DE MILITAR

2.13.1. São os assim definidos no Estatuto dos Militares, sendo obedecido, para fins de inclusão no cadastro de beneficiários da assistência à saúde, o que preceitua o item 7.1 da NSCA 160-5.

2.14. DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

2.14.1. É a importância a ser indenizada para cobrir as despesas inerentes ao alojamento e à alimentação do acompanhante, por dia de internação do paciente.

2.15. EMERGÊNCIA

2.15.1. Constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

2.16. EVACUAÇÃO

2.16.1. É a transferência do paciente por razões de ordem médica, para uma organização de saúde, ou desta para outra, localizada em outro município, estado ou país.

2.17. EXAMES COMPLEMENTARES

2.17.1. São os procedimentos necessários ao esclarecimento do diagnóstico e ao acompanhamento do tratamento, tais como: exames radiológicos, laboratoriais, histopatológicos, eletrocardiográficos, eletroencefalográficos, endoscópicos, funcionais e outros.

2.18. FUNDO DE SAÚDE DA AERONÁUTICA (FUNSA)

2.18.1. É o fundo constituído de recursos financeiros oriundos de contribuições mensais obrigatórias e indenizações por atendimentos prestados à saúde dos militares, pensionistas contribuintes do FUNSA e respectivos dependentes, destinado a complementar o custeio da assistência à saúde dos beneficiários.

2.19. GUIA DE APRESENTAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS (GAB)

2.19.1. É o documento hábil para o encaminhamento de beneficiários do FUNSA às entidades de saúde conveniadas, contratadas ou credenciadas pelo Comando da Aeronáutica para atendimento à saúde,

sendo sua emissão exclusiva para os militares, os pensionistas contribuintes dos militares e os beneficiários relacionados no item 5.1 da NSCA 160-5.

2.20. GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR (GEAM)

2.20.1. É o documento hábil para o encaminhamento de beneficiários da AMH que não são beneficiários do FUNSA, relacionados no item 6.1 desta Instrução, às entidades de saúde credenciadas, conveniadas ou contratadas pelo Comando da Aeronáutica, para fins de assistência à saúde.

2.21. HOSPITAL DIA

2.21.1. É o regime de assistência intermediário entre a internação e a assistência ambulatorial, para a realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos.

2.22. INTERNAÇÃO HOSPITALAR

2.22.1. É a admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar por período igual ou superior a vinte e quatro horas.

2.23. ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

2.23.1. É a Organização de Saúde aparelhada de pessoal e material com a finalidade de receber pacientes para diagnóstico e/ou tratamento, seja em regime de internação ou ambulatorial.

2.24. ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE

2.24.1. É a denominação genérica, dada aos órgãos de direção ou de execução do serviço de saúde militar ou civil, incluindo hospitais, divisões e seções de saúde, ambulatórios, enfermarias e formações sanitárias de corpo de tropa, de estabelecimento de navio, de base, de arsenal ou de qualquer outra unidade administrativa, tática ou operativa das Forças Armadas.

2.25. ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE DA AERONÁUTICA (OSA)

2.25.1. É a Organização da Aeronáutica apropriada e com a finalidade de prestar assistência à saúde aos usuários do SISAU.

2.26. ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE ESPECIALIZADA

2.26.1. É o serviço capacitado a assistir, predominantemente, o paciente de uma especialidade.

2.27. PENSIONISTA

2.27.1. É o beneficiário do militar das Forças Armadas falecido ou extraviado quando na ativa ou na

inatividade que, em conformidade com os dispositivos da legislação específica e do Estatuto dos Militares, torna-se habilitado à pensão militar. Poderá ser pensionista contribuinte ou pensionista não contribuinte do Fundo de Saúde.

2.28. PENSIONISTA CONTRIBUINTE DO FUNSA

2.28.1. É o pensionista que, após o falecimento ou extravio do militar, torna-se habilitado à pensão militar e passa contribuir como titular para o Fundo de Saúde enquanto mantiver as condições de dependência em relação ao militar, previstos nos itens I e II, do Art. 7º da Lei nº 3.765, de 4 de maio de 1960 (lei da Pensão Militar).

2.29. PENSIONISTA NÃO CONTRIBUINTE DO FUNSA

2.29.1. É o pensionista que, após o falecimento ou extravio do militar, torna-se habilitado à pensão militar, mas não contribui para o Fundo de Saúde por ter perdido as condições de dependência em relação ao militar, previstas nesta norma. Não faz jus ao atendimento médico-hospitalar em qualquer modalidade de prestação de assistência à saúde.

2.30. PERÍCIA MÉDICO-LEGAL

2.30.1. É o exame técnico-especializado por meio do qual são prestados esclarecimentos à administração ou à justiça.

2.31. REMOÇÃO

2.31.1. É a transferência do paciente, por razão de ordem médica, para uma organização de saúde, ou desta para outra, localizada dentro do perímetro urbano ou suburbano.

2.32. SISTEMA DE SAÚDE DA AERONÁUTICA (SISAU)

2.32.1. É o sistema constituído por um conjunto de organizações, órgãos e elementos que têm por finalidade realizar as atividades necessárias à consecução dos objetivos de Apoio Técnico e Logístico à Força Aérea, nas áreas da Medicina Aeroespacial, Preventiva, Assistencial, Pericial, Operacional, Farmácia e atividades complementares.

2.33. SUBDIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE E REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR (SARAM).

2.33.1. É a Subdiretoria da DIRSA, responsável por elaborar e atualizar as normas para aplicação dos recursos destinados ao custeio das despesas com a assistência à saúde do pessoal do COMAER e seus dependentes, além de realizar as atividades de auditoria analítica orientando as organizações

credenciadoras quanto à prestação dos serviços de saúde complementar.

2.34. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

2.34.1. É o conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta, que garante a todo cidadão brasileiro o acesso integral, universal e gratuito aos serviços de saúde.

2.35. TAXA DE REMOÇÃO

2.35.1. É a importância a ser indenizada para cobrir as despesas decorrentes da remoção do paciente em viatura apropriada.

2.36. TAXA DE SALA DE CIRURGIA

2.36.1. É a importância a ser indenizada para cobrir as despesas decorrentes do uso da sala de cirurgia, excluídos o material e os medicamentos aplicados no paciente.

2.37. TRATAMENTO

2.37.1. É o conjunto de meios terapêuticos utilizados pelos profissionais habilitados para a cura ou alívio do paciente.

2.38. URGÊNCIA

2.38.1. Ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

2.39. USUÁRIOS DO SISAU

2.39.1. São aqueles que recebem a assistência à saúde prestada pelo Sistema de Saúde da Aeronáutica, tanto os beneficiários exclusivos da AMH, como os beneficiários do FUNSA.

3. DO OBJETO

3.1. O objeto deste Edital é o credenciamento, em Natal e Região Metropolitana de Natal, de Organizações Cívicas de Saúde (OCS) e de Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) interessados na prestação de serviços complementares de assistência médico-hospitalar; ambulatorial; atendimento de emergência/urgência, em regime de 24 (vinte e quatro) horas diárias; atenção domiciliar; remoção entre hospitais; reabilitação fonoaudiológica, fisioterápica, de nutrição, de psicologia, de terapia

ocupacional; de apoio ao diagnóstico e tratamento, dentre os disponíveis, aos beneficiários do Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU) e, eventualmente, aos beneficiários do Sistema de Saúde de outras Forças Singulares, conforme Orientação Normativa Conjunta nº 1, de 19 de agosto de 2016.

3.2. A prestação de serviços complementares acima citados abará as áreas descritas no Anexo “S” deste Edital.

3.3. É permitido ao CREDENCIADO subcontratar os honorários médicos, serviços de diálise e aluguel de equipamentos, desde que não ultrapasse 20% do valor do serviço credenciado.

3.3.1. O CREDENCIADO deverá indicar os eventuais subcontratados.

3.3.2. O subcontratado deverá comprovar os requisitos de habilitação, pertinentes a sua empresa, postos neste Edital.

3.3.3. A subcontratação não liberará o CREDENCIADO de suas responsabilidades contratuais e legais, quanto ao objeto transferido de forma parcial.

4. DA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO

4.1. O prazo para credenciamento iniciar-se-á a partir da data de publicação deste instrumento no Diário Oficial da União, em Jornal de Circulação no Estado do Rio Grande do Norte e também, se houver, em Jornal de Circulação no Município ou Região em que serão prestados os serviços.

4.1.1. O prazo de vigência do Edital será indeterminado, sem prejuízo deste submeter-se a alterações no curso do credenciamento, inclusive no rol dos serviços, preços e demais termos que vincularão os credenciados mediante cláusula no edital. Salvo pedido de descredenciamento, a adesão ao mesmo implicará o aceite de suas eventuais alterações supervenientes, conforme previsto no item 5.1.3.2 da NSCA 160-7/2019;

4.1.1.1. Caso não tenha mais interesse em prestar algum serviço em razão de eventual alteração superveniente, o CREDENCIADO deve comunicar o fato à CREDENCIANTE e solicitar uma alteração de Termo de Adesão para que sejam adotadas as providências cabíveis.

4.2. Poderão habilitar-se, para credenciamento, pessoas físicas e/ou jurídicas, de acordo com as necessidades listadas neste Edital, e que apresentarem Carta-Proposta que esteja de acordo com os valores especificados neste instrumento.

4.3. Não poderão participar deste credenciamento:

- 4.3.1.** Empresas ou associações envolvidas em consórcio;
- 4.3.2.** Operadoras privadas de planos de saúde;
- 4.3.3.** Pessoas jurídicas cujo objeto social não seja pertinente e compatível com o objeto deste credenciamento;
- 4.3.3.1.** Excepciona-se o disposto acima nos casos de pessoas jurídicas com fins lucrativos que apresentem autorização específica dos sócios para contratar com a Administração objeto diverso do previsto no contrato social ou estatuto;
- 4.3.3.2.** A autorização assemblear deverá observar as regras de convocação e de quórum para instauração e deliberação previstas em lei para cada tipo de sociedade;
- 4.3.3.3.** Para fins de comprovação, o interessado deverá apresentar a ata da assembleia ou o documento equivalente;
- 4.3.4.** Pessoas jurídicas ou sociedades estrangeiras que não funcionem no país;
- 4.3.5.** Pessoas jurídicas ou físicas impedidas de licitar e contratar com a União ou suspensas temporariamente de participar de licitação, credenciamento ou impedidas de contratar com o BASE AÉREA DE NATAL – Grupo de Saúde de Natal (art. 156, da Lei nº 14.133/2021);
- 4.3.6.** Pessoas jurídicas ou físicas declaradas inidôneas para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante própria autoridade que aplicou a penalidade;
- 4.3.7.** Pessoas jurídicas ou físicas proibidas de contratar com o Poder Público, nos termos do art. 72, § 8º, V da Lei nº 9.605/1998;
- 4.3.8.** Pessoas jurídicas em processo alimentar, em processo concordatário, em recuperação judicial ou extrajudicial;
- 4.3.9.** Pessoas jurídicas em dissolução ou em liquidação;
- 4.3.10.** Pessoas físicas em processo de insolvência civil;
- 4.3.11.** Pessoas jurídicas de que sejam proprietários, controladores ou diretores Deputados ou Senadores (art. 54, II da Constituição);
- 4.3.12.** Pessoas jurídicas ou físicas proibidas de contratar com o Poder Público, nos termos do art. 12 da Lei nº 8.429/1992 (Lei de Improbidade Administrativa);
- 4.3.13.** Quaisquer interessados que se enquadrarem nas vedações previstas no artigo 14º da Lei nº 14.133/2021;
- 4.3.14.** Cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade até o terceiro grau, inclusive, de servidor integrante da Comissão de Credenciamento responsável por este edital, da Seção de Auditoria de Contas Médicas, do Setor de Lisura e dos que exerçam funções de Ordenador de Despesas, gestor do FUNSA, bem como do Comandante do BASE AÉREA DE NATAL - Grupo de Saúde de Natal;

4.3.15. Sociedades que tenham em seu quadro societário quaisquer das pessoas indicadas nos subitens anteriores;

4.3.15.1. No caso do subitem anterior, a restrição poderá ser afastada caso comprovada, no caso concreto, a ausência de ofensa aos princípios da isonomia, da impessoalidade e da moralidade.

4.4. O recebimento da documentação ocorrerá mediante pré agendamento via e-mail credenciamento.esnt@gmail.com, no FUNSA do Grupo de Saúde de Natal, localizado na Rua do Especialista, s/nº, Parnamirim/RN CEP 59.148-900. Dúvidas serão dirimidas pelo telefone (84) 3644-7574.

4.4.1. As Cartas Propostas para Credenciamento deverão ser entregues à Comissão Permanente de Credenciamento Hospitalar do Grupo de Saúde de Natal (GSAU-NT) , no FUNSA (Setor de Credenciamento) do Grupo de Saúde de Natal, localizado na Rua do Especialista, s/nº, Parnamirim/RN CEP 59.148-900.

4.4.1.1. O envelope deverá conter na parte externa os seguintes dizeres: Ao Grupo de Saúde de Natal-RN Rua do Especialista S/N – Emaús Parnamirim RN - CEP: 59.148-900.

4.5. A documentação apresentada será objeto de análise pela CREDENCIANTE. Considerar-se-á habilitado apenas o interessado que apresentar os documentos exigidos no prazo de validade neles previstos.

4.6. A documentação apresentada de forma incompleta, rasurada ou em desacordo com o estabelecido neste Edital será considerada inepta, podendo o interessado apresentar novo documento livre das causas que ensejaram sua inépcia.

4.7. Para se habilitar ao credenciamento, a Organização Civil de Saúde (OCS) interessada deverá apresentar “Carta Proposta”, conforme modelo do Anexo “I”, acompanhada dos documentos necessários, atendendo às seguintes exigências:

4.7.1. Ser datilografada ou impressa, em papel timbrado da pessoa jurídica ou que a identifiquem, sem emendas, rasuras e de maneira completa, expressa e inteligível;

4.7.2. Declarar concordância com as condições estabelecidas neste Edital e nos seus anexos;

4.7.3. Constar dias e horários de atendimento;

4.7.4. Conter a relação de serviços impressa e em meio eletrônico;

4.7.5. Conter a relação do Corpo Clínico - impressa e em meio eletrônico -, constando o(s) número(s) do(s) registro(s) do profissional no Conselho de Classe Regional respectivo e na especialidade, se for o caso;

4.7.5.1. No caso específico do atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar móvel, apresentar a relação de ambulâncias correspondentes aos tipos credenciados - impressa e em meio eletrônico.

4.7.6. Indicar o nome do Banco, número da Agência e da Conta Corrente para creditar os pagamentos; e

4.7.7. Ser datada e assinada pelo representante legal.

4.8. Para habilitar-se ao credenciamento, o Profissional de Saúde Autônomo (PSA) deverá apresentar “Requerimento para Credenciamento”, conforme modelo do Anexo “J”, acompanhado dos documentos necessários, com atendimento das seguintes exigências e observações:

4.8.1. Ser datilografado ou impresso, em papel timbrado que o identifique, sem emendas, rasuras e de maneira completa, expressa e inteligível;

4.8.2. Declarar concordância com as condições estabelecidas neste Edital e seus anexos;

4.8.3. Constar dias e horários de atendimento;

4.8.4. Conter a relação de serviços;

4.8.5. Indicar o nome do Banco, número da Agência e da Conta Corrente para creditar os pagamentos; e

4.8.6. Ser datado e assinado por si ou por seu representante;

4.9. A “Carta Proposta” e o “Requerimento para Credenciamento” terão validade de 60 (sessenta) dias, contados da data da entrega, o qual admitirá prorrogação;

4.9.1. Decorrido o prazo de validade das propostas, sem convocação para credenciamento, ficam os interessados liberados dos compromissos assumidos;

4.10. Cada Profissional de Saúde Autônomo ou Organização Civil de Saúde interessada apresentar-se-á com apenas um representante que, devidamente munido de credenciais, será admitido a intervir nas fases do procedimento de habilitação, que responderá, assim, para todos os efeitos, por sua representada, devendo ainda, no ato de suas eventuais manifestações, identificar-se exibindo a carteira de identidade ou outro documento equivalente.

4.10.1. Por credenciais entende-se:

4.10.1.1. Habilitação do representante mediante procuração outorgada com poderes expressos para a prática do ato, acompanhada de cópia atualizada do ato de investidura do outorgante, do qual constem poderes para a outorga respectiva;

4.10.1.2. Caso seja administrador de pessoa jurídica, este deverá apresentar o estatuto ou contrato social registrado, bem como as alterações averbadas, que comprovem os poderes necessários para o uso da firma ou denominação social;

4.10.2. A não apresentação ou incorreção destes documentos não determinará a inabilitação, mas impedirá o representante de se manifestar e responder pela interessada.

4.10.3. A ausência ou inabilitação do representante para um ato não impede o suprimento da deficiência que lhe deu causa.

5. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO, DA HABILITAÇÃO E DA PROPOSTA

5.1. Somente serão admitidas a participar do processo de credenciamento os estabelecimentos de saúde e profissionais de saúde com sede em Natal e região metropolitana de Natal, que comprovem regularidade jurídica, fiscal, qualificação econômico-financeira e técnico-operacional, apresentando todos os documentos exigidos.

5.2. É permitido o credenciamento a qualquer tempo, de qualquer interessado, pessoa física ou jurídica que preencha as condições mínimas deste processo.

5.3. Poderão participar profissionais médicos e estabelecimentos de saúde que disponibilizem tratamentos clínicos e cirúrgicos nas especialidades admitidas ou que venham a ser admitidas pelo Conselho Federal de Medicina, de acordo com a resolução CFM nº 1.763/2005 ou outra que a venha substituir, observada a Lei 12.842/2013, bem como profissionais de saúde não médicos com atividades regulamentadas nos respectivos conselhos de fiscalização das atividades profissionais.

5.4. Poderão participar microempresas e empresas de pequeno porte, bem como as cooperativas de especialidades, desde que os serviços prestados sejam em caráter coletivo e com absoluta autonomia dos cooperados, juntando, na fase de credenciamento, listagem com o nome de todos os associados.

5.5. A Comissão Permanente de Credenciamento Hospitalar do Grupo de Saúde de Natal (GSAU-NT) consultará o Sistema de Cadastro Unificado de Fornecedores - SICAF, em relação à habilitação jurídica, à regularidade fiscal e trabalhista, bem como em relação à habilitação técnica, conforme disposto nos arts. 21, III, art. 10 a 14; e art. 23 da Instrução Normativa SLTI/MPOG nº 3, de 2018, respeitada a documentação complementar prevista no item 5.10 desta Seção.

5.5.1. Também poderão ser consultados os sítios oficiais emissores de certidões, especialmente quando o interessado esteja com alguma documentação vencida junto ao SICAF.

5.5.2. Os interessados cadastrados no SICAF deverão apresentar a documentação listada neste Capítulo, quando ausente do cadastro.

5.6. Caso a Comissão não logre êxito em obter a certidão correspondente através do sítio oficial, ou na hipótese de se encontrar vencida no referido sistema, o interessado será convocado a encaminhar documento válido que comprove o atendimento das exigências deste Edital, sob pena de inabilitação.

5.7. Os interessados que não estiverem cadastrados no SICAF deverão apresentar a seguinte documentação.

5.8. Habilitação jurídica:

5.8.1. Organização Civil de Saúde – OCS (Pessoa jurídica):

5.8.1.1. Cédula de identidade ou outro documento equivalente do(s) representante(s) legal(is);

5.8.1.2. Registro Público de Empresas Mercantis, no caso de empresário individual;

5.8.1.3. Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, com sua última alteração, devidamente registrado, e no caso de sociedades empresárias, acompanhado de documento de eleição de seus administradores ou, se for o caso, procurações que outorguem poderes para terceiros;

5.8.1.4. Inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis onde opera, com averbação no Registro onde tem sede a matriz, no caso de ser o participante sucursal, filial ou agência;

5.8.1.5. Inscrição do ato constitutivo no Registro Civil das Pessoas Jurídicas, no caso de sociedades simples, acompanhada de prova de diretoria em exercício;

5.8.1.6. em caso de cooperativas, conforme o item 7.7, do Anexo VII-A, da IN SLTI/MPOG nº 5/2017:

5.8.1.6.1. Ata de Fundação;

5.8.1.6.2. Estatuto Social com a Ata da Assembleia que o aprovou;

5.8.1.6.3. Regimento dos fundos instituídos pelos cooperados, com a ata da Assembleia que os aprovou;

5.8.1.6.4. Editais de convocação das três últimas Assembleias Gerais extraordinárias;

5.8.1.6.5. Ata da sessão que os cooperados autorizaram a cooperativa a contratar o objeto do credenciamento.

5.8.1.6.6. Inscrição do ato constitutivo deve estar acompanhada de prova dos responsáveis legais.

5.8.1.6.7. O registro na Organização das Cooperativas Brasileiras ou na entidade estadual, se houver.

5.8.2. Profissional de Saúde Autônomo – PSA (Pessoa Física):

5.8.2.1. Carteira de Identidade; e,

5.8.2.2. Regularidade com o respectivo conselho de classe.

5.9. Regularidade Fiscal e Trabalhista:

5.9.1. Organização Civil de Saúde – OCS (Pessoa jurídica):

5.9.1.1. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de pessoa jurídica (CNPJ);

5.9.1.2. Prova de regularidade fiscal perante a Fazenda Nacional efetuada mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados (Portaria Conjunta PGFN/RFB nº 1.751, de 02 de outubro de 2014);

5.9.1.3. Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), por meio de apresentação do Certificado de Regularidade do FGTS – CRF, emitido pela Caixa Econômica Federal;

5.9.1.4. Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de 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; e,

5.9.1.5. Quando o Termo de Adesão for executado por filial da empresa, o interessado deverá comprovar a regularidade fiscal da matriz e da filial.

5.9.2. Profissional de Saúde Autônomo – PSA (Pessoa Física):

5.9.2.1. Prova de inscrição do interessado no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF);

5.9.2.2. Prova de regularidade fiscal perante a Fazenda Nacional efetuada mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados;

5.9.2.3. Prova de regularidade de inscrição e de recolhimento das contribuições do Contribuinte Individual para com a Previdência Social, efetuada mediante a apresentação da Declaração de Regularidade de Situação do Contribuinte Individual (DRS-CI), fornecida pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS);

5.9.2.4. Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), por meio de apresentação do Certificado de Regularidade do FGTS – CRF, emitido pela Caixa Econômica Federal. Caso o interessado pessoa física não seja empregador, deverá, em substituição ao CRF, declarar tal fato;

5.9.2.5. Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de 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;

5.9.3. As certidões de comprovação da regularidade fiscal dos interessados deverão ser apresentadas dentro do prazo de validade estabelecido em lei ou pelo órgão expedidor, ou, na hipótese de ausência

de prazo estabelecido, deverão estar datadas dos últimos 180 (cento e oitenta) dias contados da data da abertura da sessão pública.

5.10. Qualificação técnica:

5.10.1. Organização Civil de Saúde – OCS (Pessoa jurídica):

5.10.1.1. Prova de registro ou inscrição no Conselho de Classe respectivo;

5.10.1.2. Documentação do responsável técnico da pessoa jurídica:

5.10.1.2.1. RG e CPF;

5.10.1.2.2. Certificado de especialidade;

5.10.1.2.3. Registro no Conselho de Classe.

5.10.1.3. Relação de membros do corpo clínico datada e assinada pelo responsável técnico contendo os seguintes dados:

5.10.1.3.1. Nome completo;

5.10.1.3.2. Especialidade clínica;

5.10.1.3.3. Número no registro de classe.

5.10.1.4. Alvará de localização e funcionamento válido;

5.10.1.5. Alvará de autorização sanitária válido;

5.10.1.6. O credenciamento da pessoa jurídica poderá observar as seguintes situações quanto ao alvará de autorização sanitária:

5.10.1.6.1. Situação: Alvará de autorização sanitária vencido:

5.10.1.6.1.1. Documento a ser apresentado: alvará vencido, acompanhado de requerimento em tempo hábil (prazo estabelecido na legislação municipal específica, ou, em caso de omissão na legislação do Município, 120 dias antes do término de sua vigência) e comprovante da omissão por parte da autoridade de vigilância sanitária

5.10.1.6.2. Situação: requerimento de renovação a destempo (para além dos 120 dias):

5.10.1.6.2.1. Documento a ser apresentado: alvará de autorização sanitária válido ou requerimento a destempo, acompanhado de comprovante da omissão por

parte da autoridade de vigilância sanitária.

5.10.1.6.3. Situação: requerimento superveniente à instituição da empresa:

5.10.1.6.3.1. Documento a ser apresentado: alvará válido ou requerimento inicial, acompanhado de comprovante da omissão por parte da autoridade de vigilância sanitária;

5.10.1.6.4. Situação: funcionamento decorrente de decreto judicial:

5.10.1.6.4.1. Documento a ser apresentado: decreto judicial válido.

5.10.1.6.5. Em caso de cooperativas, conforme o item 10.5, letras 'a' a 'f', do Anexo VII-A, da IN SEGES/MPDG nº 65/2021:

5.10.1.6.5.1. A relação dos cooperados que atendem aos requisitos técnicos exigidos para o credenciamento e que executarão o Termo de Adesão, com as respectivas atas de inscrição e a comprovação de que estão domiciliados na localidade da sede da cooperativa, respeitado o disposto no inciso XI, do art. 4º, inciso I, do art. 21 e §§ 2º a 6º do art. 42 da Lei nº 5.764/1971.

5.10.2. Profissional de Saúde Autônomo – PSA (Pessoa Física):

5.10.2.1. Prova de registro ou inscrição no Conselho de Classe respectivo;

5.10.2.2. A comprovação da Especialidade será feita mediante a apresentação de título de especialidade registrado no respectivo Conselho Regional;

5.10.2.3. Alvará de localização e funcionamento válido expedido em seu nome no endereço onde se propõe a prestar o serviço, salvo se o estabelecimento já o tiver, quando este deverá ser apresentado;

5.10.2.4. Alvará de autorização sanitária válido expedido em seu nome no endereço onde se propõe a prestar o serviço, salvo se o estabelecimento já o tiver, quando este deverá ser apresentado;

5.10.2.5. O credenciamento da pessoa física poderá observar as seguintes situações quanto ao alvará de autorização sanitária:

5.10.2.5.1. Situação: Alvará de autorização sanitária vencido:

5.10.2.5.1.1. Documento a ser apresentado: alvará vencido, acompanhado de requerimento em tempo hábil (prazo estabelecido na legislação municipal específica, ou, em caso de omissão na legislação do Município, 120 dias antes do término de sua vigência) e comprovante da omissão por parte da autoridade de vigilância sanitária

5.10.2.5.2. Situação: requerimento de renovação a destempo (para além dos 120 dias):

5.10.2.5.2.1. Documento a ser apresentado: alvará de autorização sanitária válido ou requerimento a destempo, acompanhado de comprovante da omissão por

parte da autoridade de vigilância sanitária.

5.10.2.5.3. Situação: requerimento superveniente à instituição da empresa:

5.10.2.5.3.1. Documento a ser apresentado: alvará válido ou requerimento inicial, acompanhado de comprovante da omissão por parte da autoridade de vigilância sanitária;

5.10.2.5.4. Situação: funcionamento decorrente de decreto judicial: 5.10.2.5.4.1.

Documento a ser apresentado: decreto judicial válido.

5.11. Os Profissionais de Saúde Autônomos serão credenciados nas respectivas especialidades comprovadas.

5.12. Declaração do interessado de que não possui em seu quadro de pessoal empregado com menos de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e de 16 (dezesseis) anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos, nos termos do inciso XXXIII

do art. 7º da Constituição Federal – Anexo “K”.

5.13. Verificação, como condição prévia ao exame da documentação de habilitação, quanto ao eventual descumprimento das condições de participação, especialmente quanto à existência de sanção que impeça a participação no certame ou no futuro credenciamento, mediante a consulta aos seguintes cadastros:

5.13.1. SICAF;

5.13.2. Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas - CEIS, mantido pela Controladoria-Geral da União (www.portaldatransparencia.gov.br/ceis);

5.13.3. Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Atos de Improbidade Administrativa, mantido pelo Conselho Nacional de Justiça (www.cnj.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php);

5.14. A consulta aos cadastros será realizada em nome da pessoa jurídica/pessoa física e de seu sócio majoritário, por força do artigo 12, da Lei nº 8.429/1992, que prevê, dentre as sanções impostas ao responsável pela prática de ato de improbidade administrativa, a proibição de contratar com o Poder Público, inclusive por intermédio de pessoa jurídica da qual seja sócio majoritário;

5.15. Constatada a existência de sanção, a Comissão reputará o interessado inabilitado, por falta de condição de participação.

5.16. Os interessados que preencherem os requisitos acima, no que lhes for aplicável, serão considerados aptos para o credenciamento.

5.17. A qualquer tempo, a CREDENCIANTE poderá verificar a manutenção dos requisitos habilitatórios exigidos no Edital.

5.18. Anualmente, a CREDENCIANTE deverá verificar a continuidade dos cumprimentos dos requisitos de habilitação exigidos no Edital.

5.19. Após a habilitação, a CREDENCIANTE condicionará o credenciamento à possibilidade de realização de inspeção prévia das instalações, equipamentos, condições de atendimento, higiene e capacidade técnico operativa.

5.20. O CREDENCIANTE poderá, até a assinatura do Termo de Adesão, inabilitar a Organização

Civil de Saúde e/ou o Profissional de Saúde Autônomo, por despacho fundamentado, se tiver informação abalizada de qualquer fato ou circunstância, anterior ou posterior à fase de habilitação, que desabone a qualificação técnica, a habilitação jurídica ou a regularidade fiscal daquela entidade ou prestador de serviço.

6. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

6.1. O valor total estimado do credenciamento é de R\$ 10.000.000,00 (dez milhões de reais) por ano. Os recursos para pagamento dos serviços realizados com base nos credenciamentos oriundos desse processo serão suportados no programa 0001 (Programa de Gestão e Manutenção do Ministério da Defesa), Ação Orçamentária 2004 (Assistência Médica e Odontológica aos Servidores Civis, Empregados Públicos, Militares e seus Dependentes), Fonte 1005000140, natureza de despesa 3.3.90.39.50 (Pessoa Jurídica) e 3.3.90.36.00 (Pessoa Física).

7. DO TERMO DE ADESÃO E SUA VIGÊNCIA

7.1. Conforme Parecer nº 003/2017/CNU/CGU/AGU, de 11 de abril de 2017, aprovado pelo Despacho nº 102, de 22 de março de 2019, do Advogado Geral da União, o ato formal de credenciamento se dará por meio da assinatura de Termo de Adesão, cuja minuta constitui o Anexo A, B, C, D, E, F, G, H do presente Edital.

7.2. A Organização Credenciante reunirá os Termos de Adesão assinados e, quinzenalmente, publicará Portaria de Credenciamento no Diário Oficial da União, contendo extrato dos Termos de Adesão firmados naquela quinzena.

7.3. A vigência das adesões firmadas pelo credenciado inicia-se com a publicação da Portaria de que trata o item 7.2 e também será fixada por prazo indeterminado, sem sujeição aos limites de prorrogação do artigo 107, da Lei 14.133/21.

7.4. As emissões de GABs e suas respectivas notas de empenhos ocorrerão autonomamente a cada demanda pela prestação do serviço.

8. DO REGIME DE EXECUÇÃO

8.1. A prestação do serviço será realizada mediante apresentação de GAB (Guia de Apresentação do Beneficiário) ou GEAM (Guia de Encaminhamento para a Assistência Médico-Hospitalar), que deverão conter os dados necessários para identificação do beneficiário do SISAU, do procedimento em saúde a ser realizado e do prestador de serviço credenciado. A GAB ou GEAM apresentada deve conter a assinatura da autoridade competente (Chefe, Diretor ou Comandante da Organização Credenciante emitente ou por Oficial a quem seja delegada competência) e do paciente ou seu responsável.

8.1.1. Nos casos excepcionais, em que for necessário o encaminhamento para a rede credenciada de pacientes não cadastrados no sistema informatizado da saúde complementar – SISAUC, a exemplo de beneficiário da assistência do SISAU, ainda não cadastrado, ou assistência por ordem judicial, ou após licenciamento por término de tempo de serviço amparado por Junta de Saúde, ou ainda, beneficiário do Sistema de Saúde de outra Força Singular, a autorização prévia será formalizada por meio de Ofício assinado por autoridade competente (Chefe, Diretor ou Comandante da Ordem Credenciante emitente ou por Oficial a quem seja delegada a competência) e paciente ou responsável. Deverá constar neste ofício:

- a) a identificação do beneficiário a receber a assistência à saúde;
- b) a identificação do prestador credenciado a realizar o serviço;
- c) a especificação dos procedimentos a serem realizados;
- d) a informação de que o ofício será utilizado em substituição à GAB e, ainda, que o mesmo, em sua versão original, deverá retornar à Ordem Credenciante, anexo à Produção dos serviços prestados, por ocasião da apresentação da conta; e

8.1.2. Para certificação do procedimento autorizado, o paciente ou seu responsável deverá, obrigatoriamente, declarar, na guia/documento próprio de encaminhamento, que o(s) procedimento(s) nele(s) discriminado(s) foi(foram) realizados, com aposição de sua assinatura.

8.1.3. O encaminhamento de beneficiários do SISAU exclusivos AMH (não contribuintes do FUNSA) será realizado por meio de GEAM, na qual constará a observação de que o responsável deverá pagar integralmente (100% - cem por cento) as despesas, diretamente à CREDENCIADA, no ato da execução do procedimento, devendo passar por auditoria. Essa cobrança levará em conta os valores cobrados de acordo com o Edital, sendo de responsabilidade exclusiva da credenciada, inclusive em caso de urgência e/ou emergência, cobrar a(s) despesa do(s) procedimento(s).

8.1.4. Militares da Aeronáutica da ativa, da reserva ou reformado, deverão apresentar identidade militar (ou identidade civil) e GAB, assinada, acompanhada do pedido médico.

8.1.5. Pensionista e seus dependentes, além dos dependentes de militares da ativa ou da reserva,

deverão apresentar carteira de identidade militar (ou civil) e GAB ou GEAM, assinada e acompanhada do pedido médico.

8.2. Para atendimento pela CREDENCIADA, os beneficiários do SISAU e os beneficiários do Sistema de Saúde de outras Forças Singulares serão encaminhados por organização militar da aeronáutica e deverão identificar-se com apresentação de documento oficial de identificação com foto e guia/documento próprio de encaminhamento.

8.3. Em casos de urgência e/ou emergência, quando não houver a possibilidade de emissão de solicitação e/ou emissão de autorização prévia (GAB), o atendimento poderá ser realizado pelo prestador de serviço com a apresentação de guia provisória (GAB ou GEAM provisória), emitida e assinada manualmente pelo médico do Grupo de Saúde de Natal, encaminhando o paciente para o CREDENCIADO.

8.4. Em casos de urgência e/ou emergência, quando não houver a possibilidade de emissão de solicitação e/ou emissão de autorização prévia (GAB) ou guia provisória (GAB ou GEAM provisória), o atendimento poderá ser realizado pelo prestador de serviço. Nestes casos, o Credenciado deverá identificar adequadamente o beneficiário do SISAU, notificando imediatamente o médico de dia do Grupo de Saúde de Natal, através do telefone (84) 3644- 7672, para que seja realizado o procedimento administrativo necessário.

8.4.1. Nos casos previstos nos itens 8.3 e 8.4, caberá ao prestador de serviços credenciado:

- a) identificar adequadamente o beneficiário do SISAU, devendo a prestadora fazer contato imediato com a CREDENCIANTE para confirmar a dependência entre o beneficiário e a FAB;
- b) orientar o beneficiário e/ou seu representante legal a comunicar o atendimento à OC responsável, no prazo máximo de 48h (quarenta e oito horas), a contar da data do atendimento. Caso o prazo ultrapasse as 48h (quarenta e oito horas), os gastos contraídos pelo beneficiário serão inteiramente de responsabilidade do mesmo e devem ser acertados diretamente com a CREDENCIADA, sem nenhum ônus ao FUNSA;
- c) providenciar a certificação, pelo beneficiário/representante legal, dos procedimentos realizados, mediante assinatura na produção (ou documento equivalente); e
- d) comunicar imediatamente o atendimento à CREDENCIANTE (independentemente da comunicação do beneficiário), fornecendo todos os elementos necessários para que seja comprovada a urgência e/ou emergência do atendimento.

8.5. No caso de instituições hospitalares, a CREDENCIADA obriga-se a permitir a auditoria técnica no local, nos seguintes termos:

- a) identificação do beneficiário junto ao setor de admissão da CREDENCIADA onde estiver sendo assistido;
- b) análise do Prontuário Médico e demais registros clínicos;
- c) visita ao paciente com observação crítica de seu estado, correlacionando-o com o Prontuário Médico e com os demais registros clínicos;
- d) discussão dos casos com a(s) equipe(s) médica(s) assistente(s), sempre que necessário para o satisfatório desempenho das funções de auditoria;
- e) preenchimento do Relatório de Auditoria Hospitalar; e
- f) auditoria das faturas médico-hospitalares, correlacionando Prontuário Médico e Relatório de Auditoria Hospitalar.

8.5.1. Para o encargo previsto no item 8.5 a CREDENCIANTE poderá se valer de profissionais de saúde da própria Organização Credenciadora, de uma outra organização de saúde da aeronáutica (OSA) ou de profissionais ou empresa credenciada para tal fim.

8.6. Caso uma OSA ou Organização Militar de Saúde de outra Força Singular reúna as condições necessárias para prestar a adequada assistência ao beneficiário em regime de internação hospitalar, a CREDENCIANTE providenciará a sua transferência, do CREDENCIADO para a Organização Militar.

8.7. No caso de haver necessidade de prorrogação do tempo de internação, além do período inicialmente autorizado por guia/documento próprio de encaminhamento, caberá à CREDENCIADA encaminhar a solicitação de prorrogação, emitida pelo médico assistente, à CREDENCIANTE, preferencialmente com antecedência de 48h (quarenta e oito horas) ao vencimento das diárias já autorizadas. A CREDENCIANTE dará retorno à CREDENCIADA, especificando a quantidade de diárias autorizadas na prorrogação.

8.8. Nos casos de internação clínica, os honorários médicos serão pagos por dia de internação, equivalentes a uma visita hospitalar diária. Havendo necessidade de mais de uma visita por dia, deverá ser confeccionado relatório detalhado contendo justificativa e encaminhado à CREDENCIANTE, para fins de autorização. Havendo necessidade do parecer de profissional de outra especialidade, o médico assistente deve solicitar e justificar, no prontuário, a avaliação e parecer, e/ou acompanhamento do especialista, o qual será autorizado com código próprio para parecer médico.

8.9. Para comprovação do total de diárias autorizadas, todas as guias/documentos próprios de autorização deverão estar anexos à produção/fatura hospitalar, por ocasião de sua apresentação.

8.10. No caso de inexistência de vagas na acomodação autorizada, o Beneficiário será internado em acomodação disponível e compatível com seu quadro clínico, até que seja transferido para acomodação compatível com a autorização. Nestes casos, não caberão quaisquer ônus de diferença de preços daquele período para a CREDENCIANTE.

8.11. Em princípio, os serviços credenciados serão prestados diretamente por profissional da própria CREDENCIADA. Equipara-se a esse profissional, a empresa, o grupo, a sociedade ou conglomerado de profissionais que prestem serviço em caráter regular à CREDENCIADA, desde que não tenham credenciamento próprio.

8.12. A CREDENCIANTE poderá fornecer medicamentos, materiais de penso, órteses, próteses, materiais cirúrgicos especiais (reutilizáveis), dietas e outros produtos nutricionais e materiais de alto custo, assim como outros que julgar necessários para a execução do Termo de Adesão, respeitando o protocolo de tratamento da CREDENCIADA.

8.13. A execução e controle dos serviços será avaliada pela CREDENCIANTE, mediante supervisão direta ou indireta dos procedimentos realizados.

8.14. O CREDENCIADO deverá considerar o prazo de 30 (trinta) dias para os casos de RETORNO DE CONSULTAS ambulatoriais.

8.15. Nos pronto-atendimentos será considerado retorno, sem direito à cobrança, o atendimento ao mesmo paciente, beneficiário da CONTRATANTE, feito dentro de 24 (vinte e quatro) horas.

8.16. As Sessões de fonoaudiologia, de psicologia, de aplicações fisioterápicas e de terapia ocupacional não deverão ter duração inferior ao determinado na legislação do seu Conselho de Classe.

8.17. O CREDENCIADO é responsável pelos encargos trabalhista, fiscal, previdenciário e comercial resultantes da execução do Termo de Adesão.

8.18. Os procedimentos sujeitos a parecer especial da Seção do Fundo de Saúde e/ou Junta de Saúde do Grupo de Saúde de Natal, bem como os procedimentos médico-hospitalares não indenizados pelo Fundo de Saúde da Aeronáutica foram enumerados no Anexo "U", deste edital.

8.19. Nos casos de tratamentos prolongados, as contas deverão ser encerradas e apresentadas a cada

30 (trinta) dias à Subseção de Auditoria. Nesses casos, deve ser emitida nova GAB, com as devidas comprovações para a necessidade de prorrogação de internações.

8.20. É vedado ao CREDENCIADO exigir que o usuário assine fatura ou guia de atendimento ou quaisquer papéis em branco.

9. DO PREÇO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

9.1. A CREDENCIANTE obriga-se ao pagamento dos serviços prestados, adotando as tabelas de preços contidas nos anexos, cujos descritores e valores foram referenciados nas tabelas usuais do mercado de saúde suplementar, e os valores definidos a partir de pesquisa de preço de mercado. Não haverá distinção de valores para um mesmo serviço prestado por CREDENCIADOS diferentes.

9.1.1. Para CONSULTAS MÉDICAS em consultório, em domicílio e em Pronto Socorro, serão adotados os valores relacionados no ANEXO “N” TABELA DE PREÇOS - PACOTES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS.

9.1.1. Em caso de retorno de consulta ambulatorial, inclusive para entrega e avaliação de exames complementares solicitados pelo próprio médico, não será cobrada nova consulta, desde que o beneficiário procure o prestador de serviço para agendar a consulta de retorno em até 30 (trinta) dias, a contar da data da última consulta.

9.1.2. Para HONORÁRIOS PROFISSIONAIS (excetuando-se as consultas médicas) e SADT (Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento), será adotado, como referencial para codificação e descrição dos procedimentos o previsto no padrão do sistema de Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS), Tabela 22 - Representação de Conceitos em saúde, da Terminologia de Procedimentos e Eventos em Saúde (ANS).

9.1.2.1. Para a base de cálculo dos honorários médicos serão adotados os valores constante no Anexo “N” TABELA DE PREÇOS - PACOTES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS. Àqueles que não estejam valorados neste anexo, classificados nos capítulos 1, 2, 3 da tabela CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos), será adotada, como valor, a tabela CBHPM referenciada no Anexo “N”. Caso o honorário seja incluído na composição do pacote o mesmo não poderá ser cobrado separadamente. A qualquer momento, desde que acordado pelas partes, poderão ser estabelecidos novos pacotes de prestação de serviços (honorários médicos), com a condição de que os valores individuais dos itens inclusos em cada pacote correspondam aos valores estabelecidos neste Edital e seus anexos. Caso seja estabelecido um novo pacote, este deverá ser estendido aos demais credenciados. A qualquer momento, desde que acordado entre as partes, pode ser adicionado um novo

procedimento. Sua valoração será feita com base em ampla pesquisa de mercado. Tanto na inclusão de pacotes quanto na inclusão de procedimentos, o Anexo modificado deverá ser republicado.

9.1.2.2. Para a base de cálculo dos serviços de Medicina Laboratorial, Citopatologia e Serviços de Imagem, os valores constam nas tabelas do Anexo “Q” TABELA DE PREÇOS - MEDICINA LABORATORIAL, CITOPATOLOGIA E SERVIÇOS DE IMAGEM. Àqueles que não estejam valorados neste anexo e os serviços de Apoio ao diagnóstico e tratamento (SADT) classificados no capítulo 4 da tabela CBHPM, será adotada a tabela CBHPM referenciada no Anexo “Q”. Caso o honorário seja incluído na composição do pacote, o mesmo não poderá ser cobrado separadamente.

a) Quanto aos Procedimentos em duas ou mais Regiões: - Os procedimentos de Tomografia Computadorizada quando realizados em duas ou mais regiões diferentes, remunera-se o exame principal ou de maior valor em 100%, o segundo de maior valor em 70%, e o terceiro e demais procedimentos serão remunerados em 50%. Os procedimentos de Ressonância Magnética quando realizados em duas ou mais regiões diferentes, remunera-se o exame principal ou de maior valor em 100%, o segundo de maior valor em 80% e o terceiro e demais procedimentos serão remunerados em 50%;

b) No caso dos procedimentos solicitados em duas ou mais regiões serem realizados no mesmo dia, os honorários dos procedimentos serão cobrados conforme item acima e o pacote de material e medicamento será inserido apenas uma vez conforme valores expostos na tabela de procedimentos do Anexo Q;

c) Somente nos casos em que o Paciente não esteja em condições de realizar os dois ou mais procedimentos no mesmo dia, haverá cobrança do pacote de material para cada procedimento realizado em dias distintos, devidamente justificada a impossibilidade; e

d) Para exames de Medicina Nuclear realizados em um mesmo ato, dinâmicos ou em duas ou mais regiões, o pacote de material e medicamento será inserido apenas uma vez, conforme valores expostos na tabela de procedimentos do Anexo Q.

9.1.2.3. Quando o procedimento não constar na tabela referenciada, conforme descrito no item 9.1.2.1 ou 9.1.2.2, poderá ser adotada a próxima edição em que o procedimento esteja contemplado, com seu respectivo valor do UCO/PORTE, que constará no anexo.

9.1.2.4. Para cobrança dos honorários de profissionais de saúde não médicos, serão observados os valores no Anexo “P” TABELA DE PREÇOS - ESPECIALIDADES NÃO-MÉDICAS.

a) Psicologia para pacientes internados: limitada a uma sessão de psicologia por dia para pacientes internados, mediante solicitação contendo a indicação do Serviço de Psicologia do BANT\GSAU-NT;

b) Quando não existir na composição do pacote o serviço de Fisioterapia (pacientes internados), este deverá ser prestado mediante autorização prévia (GAB). Serviço limitado a uma sessão de

fisioterapia motora e uma sessão de fisioterapia respiratória por dia para pacientes internados em enfermaria/apartamento e duas sessões diárias de fisioterapia respiratória e uma motora, para os pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), em oxigenioterapia ou com indicação médica;

c) Não será autorizado pelo CREDENCIANTE: RPG, Pilates, hidroterapia e terapias alternativas, conforme Ordem Técnica nº 07/DIRSA/2017, DE 27 DE ABRIL DE 2017; e

d) Quando não existir na composição do pacote o serviço de fonoaudiologia em pacientes internados, este serviço deverá ser prestado mediante autorização prévia (GAB). Serviço limitado a uma sessão por dia, mediante apresentação de indicação médica. Nos casos em que houver indicação de maior número de sessões, a solicitação deverá ser encaminhada à Subseção de Fonoaudiologia do BANT\GSAU-NT, acompanhada do laudo do especialista, para análise e posterior autorização.

9.1.2.5. Para os SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico) em que seja necessário o uso de filme radiológico, adotar-se-á, para o cálculo o valor estipulado no Anexo “Q”, conforme tabela do Colégio Brasileiro de Radiologia.

9.1.3. Paras DIÁRIAS, TAXAS HOSPITALARES E GASES MEDICINAIS, serão aplicados os valores de referência do Anexo “L” TABELA DE PREÇOS - DIÁRIAS E TAXAS, cujos códigos e descritores obedecem ao previsto no Padrão TISS (Troca de Informações em Saúde Suplementar), Tabela 18 - Representação de Conceitos em Saúde (ANS).

9.1.4. Para MEDICAMENTOS, será usado como referência a Lista de Medicamentos para compras públicas, emitida por parte da CMED (Câmara de Regulação do Mercado de medicamentos)/ANVISA (<http://portal.anvisa.gov.br/cmed>) PF (Preço de Fábrica), respeitando o percentual do ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços) do estado do Rio Grande do Norte. A cobrança se dará conforme a data em que os medicamentos forem efetivamente usados no paciente. Não havendo registro do medicamento utilizado na tabela CMED/ANVISA, a sua utilização deverá ser justificada no prontuário do paciente. O pagamento será realizado através da apresentação de 3 (três) orçamentos de fornecedores diferentes. Estes orçamentos devem ser emitidos pelo fornecedor do produto devendo conter as seguintes informações: folha timbrada, CNPJ do fornecedor, assinatura, carimbo do responsável e data. O pagamento será realizado de acordo com o menor valor do orçamento apresentado, respeitando o valor médio praticado no mercado local. Caso o medicamento esteja incluído na composição do pacote, o mesmo não poderá ser cobrado separadamente.

9.1.4.1. Para os medicamentos (valor unitário ou dose unitária) cujo somatório apresente valor máximo de até R\$ 300,00 (trezentos reais) não será necessária a autorização prévia pela CREDENCIANTE. Contudo, caso o medicamento utilizado ultrapasse o valor de R\$ 300,00 (trezentos reais) se fará necessária a autorização prévia pela CREDENCIANTE;

9.1.4.2 Os medicamentos utilizados serão pagos por miligramagem utilizada, nas situações que

tecnicamente permitirem o seu fracionamento. O faturamento dos medicamentos será proporcional “a quantidade fracionada” e utilizada.

9.1.4.3. Os medicamentos serão pagos conforme prescrição médica, mas, em caso de existência de medicações similares ou genéricas no mercado, será pago o valor da medicação genérica, mediante especificação na produção/fatura do paciente;

9.1.4.4. É obrigatória a apresentação de lacres e invólucros com registros do produto na ANVISA, apenso à produção/fatura individual acima de R\$ 500,00 (quinhentos reais) da dose unitária;

9.1.4.5. Para os itens constantes da Lista de Referência de Medicamentos antineoplásicos do Anexo “M”, exceto os da Tabela Convênios ICMS 162/94, 118/11, 32/14 - Isenção de ICMS para Medicamento Oncológicos, serão utilizados os valores estabelecidos na CMED (Câmara de Regulação do Mercado de medicamentos)/ANVISA (<http://portal.anvisa.gov.br/cmmed>) PF (Preço de Fábrica), vigente na data em que estes produtos forem efetivamente utilizados. Caso o item não conste, será necessária autorização prévia, através de apresentação de três orçamentos. Caso o medicamento esteja incluído na composição de taxas ou pacotes o mesmo não poderá ser cobrado separadamente;

9.1.4.6. Para antineoplásicos fica definido, conforme ANVISA, o fracionamento de medicamentos, deverá ser fornecido segundo as necessidades do paciente, mesmo que em quantidade distinta da embalagem original. O faturamento dos medicamentos será proporcional à quantidade fracionada utilizada;

9.1.4.7. Ressalte-se exceção para medicamentos que são livres de imposto, conforme CMED ou Tabela Convênios ICMS 162/94, 118/11, 32/14 – Isenção de ICMS para Medicamentos Oncológicos. O valor correspondente à isenção do ICMS que deverá ser deduzido do preço do respectivo produto, devendo a CREDENCIADA demonstrar a dedução, expressamente, no documento fiscal; e

9.1.4.8. No momento de entrega da produção/fatura, a CREDENCIADA deverá apresentar documento assinado pelo paciente comprovando o recebimento da medicação oncológica. Neste documento deverá constar a data da entrega, o tipo de droga e quantidade fornecida, acompanhado da assinatura do paciente ou responsável que a recebeu, além da cópia da prescrição médica.

9.1.5. Para produtos de ALIMENTAÇÃO ENTERAL, serão considerados os valores estabelecidos com base na pesquisa de Banco de Dados constante no Anexo “M”. Não haverá a incidência de margem de comercialização sobre os valores dos produtos do Anexo “M”.

9.5.1.1. Para a utilização da ALIMENTAÇÃO ENTERAL, constante no Anexo “M”, a partir de R\$500,00 (quinhentos reais), é requerida a apresentação de lacres e invólucros originais com registros do produto na ANVISA dos INSUMOS utilizados, apenso à produção/fatura individual, apresentada ao serviço de auditoria do Grupo de Saúde de Natal;

9.1.5.2. Caso a ALIMENTAÇÃO ENTERAL esteja incluída no Anexo “M” e custar igual ou superior a R\$ 500,00 (quinhentos Reais) a dose unitária, a CREDENCIANTE deverá solicitar

autorização prévia. Requer a apresentação de lacres e invólucros originais com registros do produto na ANVISA dos INSUMOS utilizados, apenso à produção/fatura individual, apresentada ao serviço de auditoria do Grupo de Saúde de Natal;

9.1.5.3. Não havendo a ALIMENTAÇÃO ENTERAL OU PARENTERAL no Anexo “M”, se faz necessário apresentação de 3 (três) orçamentos de fornecedores diferentes. Estes orçamentos devem ser emitidos pelo fornecedor do produto devendo conter as seguintes informações: folha timbrada, CNPJ do fornecedor, assinatura, carimbo do responsável e data. O pagamento será realizado com base no menor valor dos orçamentos comprovados, respeitando o valor praticado no mercado local. Não haverá a incidência de margem de comercialização. É necessário a apresentação de lacres e invólucros originais com registros do produto na ANVISA da ALIMENTAÇÃO ENTERAL utilizada, apenso à produção/fatura individual, apresentada ao serviço de auditoria do Grupo de Saúde de Natal;

9.1.5.4. Nos casos das INTERNAÇÃO DOMICILIAR(ID) - ASSISTÊNCIA DOMICILIAR À SAÚDE (ANEXO “O”, as Dietas Enterais/Parenterais e TODOS os materiais/equipamentos/insumos necessários para sua administração estão incluídos na composição dos PACOTES DE DIÁRIA GLOBAL, item 14 (Anexo “O”). Por este motivo, não poderá ser cobrado separadamente.

9.1.6. Para INSUMOS de consumo hospitalar, serão utilizados os valores estabelecidos no Anexo “M”. Não haverá a incidência de margem de comercialização sobre os valores dos produtos do Anexo “M”.

9.1.6.1. Para a utilização de INSUMOS, constantes no Anexo “M”, a partir de R\$500,00 (quinhentos reais), é requerida a apresentação de lacres e invólucros originais com registros do produto na ANVISA dos INSUMOS utilizados, apenso à produção/fatura individual, apresentada ao serviço de auditoria do Grupo de Saúde de Natal;

9.1.6.2. Caso o INSUMO esteja incluído no Anexo “M” e custe igual ou superior a R\$ 500,00 (quinhentos Reais), a CREDENCIANTE deverá solicitar autorização prévia, sendo enquadrado na categoria de ALTO CUSTO;

9.1.6.3. Não havendo o INSUMO no Anexo “M”, se faz necessário apresentação de 3 (três) orçamentos de fornecedores diferentes. Estes orçamentos devem ser emitidos pelo fornecedor do produto devendo conter as seguintes informações: folha timbrada, CNPJ do fornecedor, assinatura, carimbo do responsável e data. O pagamento será realizado com base no menor valor dos orçamentos comprovados, respeitando o valor praticado no mercado local. Não haverá a incidência de margem de comercialização. É necessário a apresentação de lacres e invólucros originais com registros do produto na ANVISA do INSUMO utilizado, apenso à produção/fatura individual, apresentada ao serviço de auditoria do Grupo de Saúde de Natal.

9.1.7. Para os OPME (órteses, próteses e materiais especiais), serão utilizados os valores estabelecidos com base na pesquisa de Banco de Dados constante no Anexo “M”. Não haverá a

incidência de margem de comercialização sobre os valores dos produtos do Anexo "M".

9.1.7.1. Caso os OPME não constem no Anexo "M", a CREDENCIADA deverá solicitar autorização prévia, por meio de apresentação de três orçamentos de fornecedores diferentes próprios da CREDENCIADA, que serão submetidos à auditoria prévia. Estes orçamentos devem seguir as seguintes normas: folha timbrada, CNPJ do fornecedor, assinatura, carimbo do responsável e data. O pagamento será realizado com base no menor valor dos orçamentos comprovados, devendo haver também a apresentação da Nota Fiscal. Os orçamentos deverão ser enviados pela CREDENCIADA para o e-mail: internados.convenio.aer@gmail.com e minhagab@gmail.com, com pelo menos 7 dias de antecedência acompanhado das devidas solicitações médicas e justificativas técnicas, a fim de viabilizar os processos de auditoria e análise concorrente pelo FUNSA. A aprovação do orçamento que atenda as necessidades da situação está condicionada à adequabilidade do preço praticado no mercado local. Caso o material esteja incluído na composição de taxas ou pacotes, o mesmo não poderá ser cobrado separadamente. No faturamento do(s) OPME(s), não incidirá taxa de comercialização.

9.1.7.2. Nos casos de procedimentos com uso de OPME, em caráter de urgência ou emergência, quando não houver a possibilidade de solicitação de autorização prévia, deverá ser utilizado material disponível. Caso o item não conste na Tabela própria do Anexo "M", no procedimento realizado de urgência/emergência, o pagamento será realizado mediante confirmação de valores através da nota fiscal. Não incidirá taxa de comercialização. O procedimento em caráter de urgência deverá ser comunicado em até 48h ao FUNSA pelos endereços de e-mail internados.convenio.aer@gmail.com e minhagab@gmail.com, com boletim cirúrgico, parecer médico, descrição do procedimento e justificativa médica de uso do(s) OPME(s) para sua realização. Após o procedimento se faz necessário a comunicação ao FUNSA, pelo e-mail: internados.convenio.aer@gmail.com e minhagab@gmail.com, em até 2 dias úteis após a realização do procedimento anexando o boletim cirúrgico e boletim anestésico, com a descrição do procedimento e justificativa médica para o uso do(s) OPME(s).

9.1.7.3. A partir de um valor igual ou superior de soma de itens de OPME em um mesmo procedimento equivalente a R\$1.000,00 (um mil reais), o(s) item(s) de OPME será(ão) objeto de autorização prévia pela CREDENCIANTE;

9.1.7.4. Para comprovação do valor do(s) OPME(s), a Nota Fiscal emitida em nome do paciente pelo fornecedor do OPME deverá estar anexa à produção/fatura hospitalar, por ocasião de sua apresentação.

9.1.8. Para serviços de Assistência Multidisciplinar em Domicílio (*Home Care*) será adotada a tabela constante no Anexo "O" - TABELA DE PREÇOS: ASSISTÊNCIA DOMICILIAR À SAÚDE, como referência de valores a serem cobrados.

9.1.8.1. A elegibilidade e a classificação do grau de complexidade do paciente será definida por meio do preenchimento da Solicitação de Internação Domiciliar e Tabela de Avaliação para Internação

Domiciliar (NEAD – Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar), pela equipe multidisciplinar ou Oficial Médico ou Enfermeiro do efetivo da Ordem Credenciante, que visitará o beneficiário e analisará os critérios de elegibilidade. Ficará a cargo da família escolher qual CREDENCIADA prestará o serviço de Assistência Multidisciplinar em Domicílio (*Home Care*).

9.1.8.2. Para fim de prorrogação de assistência domiciliar será necessário o envio de relatórios da equipe multidisciplinar e prescrição médica para o período, devendo os mesmos serem emitidos na última semana do mês anterior ao mês do orçamento enviado.

9.1.9. Nos casos de internações eletivas, será necessária a apresentação da GAB/GEAM/OFÍCIO, e o beneficiário deverá se identificar. Nos casos de internações de urgência ou emergência, quando não houver a possibilidade de solicitação de autorização prévia, a CREDENCIADA deverá comunicar ao FUNSA em até 48 (quarenta e oito) horas após a internação pelos endereços de e-mail internados.convenio.aer@gmail.com e minhagab@gmail.com com os documentos parecer médico e justificativa médica para sua internação.

9.1.10. As internações eletivas ou em caráter de urgência/emergência serão acompanhadas pela auditoria do GSAU-NT. Caso o GSAU-NT tenha condições de acomodar o beneficiário, será realizada a transferência, intermediada pela Seção Médica do GSAU-NT, para a BANT ou outra Organização Militar.

9.1.11. A CREDENCIADA é responsável por enviar, pelos endereços de e-mail internados.convenio.aer@gmail.com e minhagab@gmail.com a Lista Diária dos pacientes internados, constando nome completo do paciente, especialidade do atendimento, leito/acomodação.

9.1.12. Caso haja a necessidade de prorrogação do tempo de internação do Beneficiário da CREDENCIANTE, além do período inicialmente autorizado e dentro do limite máximo de 10 diárias, por guia de encaminhamento, caberá à CREDENCIADA enviar a solicitação de prorrogação, emitida pelo médico assistente, digitalizada, em até 48 (quarenta e oito) horas de antecedência do vencimento das diárias previamente autorizadas, pelos endereços de e-mail internados.convenio.aer@gmail.com e minhagab@gmail.com. A solicitação supracitada será analisada pelo FUNSA da CREDENCIANTE, que responderá à CREDENCIADA, via e-mail, a quantidade de diárias autorizadas na prorrogação. O e-mail deverá ser impresso e anexado à produção/fatura final, para fins de comprovação das diárias autorizadas.

9.1.13. No caso de inexistência de vagas na acomodação autorizada pela CREDENCIANTE, será o Beneficiário internado em acomodação disponível até que seja disponibilizada acomodação na vaga autorizada, quando então será transferido sem quaisquer ônus para a CREDENCIANTE.

9.1.14. A aceitação do atendimento ao Beneficiário pela CREDENCIADA dependerá sempre de autorização prévia da CREDENCIANTE, e uma vez concedida tal autorização, que será fornecida sempre por escrito, será irrevogável.

9.1.15. Para melhor entendimento deste Edital, considerar-se-á que “produção/fatura” equivale ao lote mensal de demonstrativo de despesas (produção referente ao mês em que foi realizado o serviço prestado).

9.1.16. A entrega da produção será realizada no Grupo de Saúde de Natal entre os dias 25 de um mês e o dia 05 do mês subsequente. Deverá ser enviada por meio físico, em duas vias, com capa demonstrativa dos serviços, em formato de planilha, em papel timbrado, com a identificação do CREDENCIADO, CNPJ, endereço, telefone, e-mail e assinatura do responsável pelo Faturamento do CREDENCIADO, em nome do BASE AÉREA DE NATAL - Grupo de Saúde de Natal. Em anexo devem constar todos os comprovantes de despesas necessários para comprovação na auditoria, laudos de exames, Relatório Cirúrgico, Boletim de Anestesia e relação de materiais e medicamentos utilizados em sala ou fora dela, organizados individualmente por paciente atendido, relativos aos atendimentos prestados até o último dia do mês considerado. Deve ainda constar discriminado número de ordem (SARAM) do responsável, data da realização do procedimento, número da guia de encaminhamento (GAB ou Ofício), nome do usuário, código da tabela CBHPM constante no Anexo correspondente deste Edital, assim como descrição do procedimento, código da ANVISA (caso se aplique), quantitativo, valores unitários e valores totais de cada procedimento, valor total de toda a produção e relatório de conferência. Se possível e necessário, dividir a produção por modalidades de assistência. **9.1.17.** Caso o procedimento tenha sido realizado com solicitação por meio de ofício (item 8.1.1), ou outro meio diferente da GAB ou Guia provisória - GAB provisória (item 8.4), estas produções deverão seguir deverão ser entregues em lotes diferentes dos procedimentos realizados através de emissão de GABs ou Guia provisória (GAB provisória).

9.1.18. Somente serão aceitas produções com as GAB, ofício ou outro meio diferente dos anteriormente citados originais, devidamente assinados pelo paciente ou responsável.

9.1.19. A CREDENCIADA terá prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da alta do usuário ou execução do serviço, para a apresentação da GAB, acompanhada da produção e dos demais documentos comprobatórios.

9.1.20. As produções/faturas que tiverem os seus valores glosados serão informadas à CREDENCIADA no prazo de 30 (trinta) dias a contar da entrega, com as razões das glosas efetuadas, discriminando o item e o valor dessas, através de Relatório de glosa.

9.1.21. A CREDENCIADA receberá o relatório de glosas através do email fornecido pela Equipe de Auditoria Técnica do GSAU-NT (Subseção de Auditoria e-mail auditoria.esnt@gmail.com ((84) 36447574);

9.1.22 A CREDENCIADA deverá notificar o recebimento do Relatório de glosa, por meio do correio eletrônico, utilizando o e-mail citado no item acima.

9.1.23. O recurso de glosa terá um prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis para ser apresentado pela

CREDENCIADA, contados da data de recebimento do relatório de não conformidade. O Recurso deverá ser entregue por escrito e protocolado junto à Subseção de Auditoria, constando a descrição dos serviços contestados, número de guia, itens e valores glosados.

9.1.24. O recurso será julgado em até 15 (quinze) dias úteis, contados a partir da assinatura do recebedor em protocolo. Caso seja julgado procedente o recurso de glosa, a CREDENCIANTE efetuará o pagamento. Caso contrário, a CREDENCIANTE informará o resultado à CREDENCIADA e arquivará a documentação.

9.1.25. Se a prestadora credenciada não apresentar recurso, prevalecerão as glosas efetuadas pelo setor.

9.1.26. Após o procedimento de auditoria e eventual recurso de glosa, o Presidente da Comissão de Fiscalização do Órgão Credenciador de cada Termo de Adesão autorizará a emissão da nota fiscal no valor final estabelecido pelo setor competente.

9.1.27. As Notas Fiscais deverão ser entregues acompanhadas da documentação comprobatória da regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária, prevista em Edital, documentação que será examinada pela Comissão de Fiscalização.

9.1.28. Os pagamentos serão efetuados mediante Ordem Bancária, em favor do CREDENCIADO, na conta-corrente, agência e banco informados, após a apresentação de Nota Fiscal dos serviços e lisura das faturas devidamente discriminadas. Deverá constar no corpo das respectivas faturas o período de competência do faturamento.

9.1.29. A Nota Fiscal deverá ser emitida com os seguintes dados:

Tomador do Serviço:

BASE AÉREA DE NATAL

Estrada para CATRE, s/n, Bairro Emaús Parnamirim-RN

CEP: 59148-900

CNPJ: 00.394.429/0185-81

Valor:

Documento de referência da auditoria:

Período: mês do faturamento/mês de auditoria Tipo de serviço:

Dados bancários:

Número da Nota de Empenho correspondente:

Valor dos tributos ou se for isenta deve citar o motivo.

9.1.30. Após 90 (noventa) dias, a CREDENCIANTE não aceitará despesas decorrentes de GAB não apresentadas, não cabendo recurso.

9.1.31. A GAB/GEAM tem validade de 60 (trinta) dias, contados da data de sua emissão. Os serviços

prestados após este prazo são passíveis de glosa.

9.1.32. Nos casos de tratamentos prolongados, as contas deverão ser encerradas e apresentadas, no máximo, a cada 30 (trinta) dias.

9.1.33. Se necessitar da prestação de serviço de algum médico (ou outro profissional de saúde) que não for CREDENCIADO, a CREDENCIADA deverá consultar primeiramente a CREDENCIANTE. Caso exista o profissional no quadro de profissionais da CREDENCIANTE, este profissional deverá realizar o atendimento na instituição CREDENCIADA. Se não houver o profissional adequado, a instituição CREDENCIADA poderá contratar o profissional. A conta deverá ser faturada por essa Instituição a qual repassará os honorários ao profissional que prestou o serviço.

9.1.34. É vedado o pagamento de qualquer valor acima daqueles estabelecidos no Termo de Adesão.

9.1.35. É vedado ao CREDENCIADO cobrar diretamente do beneficiário do FUNSA qualquer importância a título de taxas, honorários ou serviços prestados, inclusive depósitos prévios, além dos constantes das tabelas acima pactuadas, salvo o direito do beneficiário do FUNSA de optar por melhoria de padrão de acomodação hospitalar para si, ou para seus dependentes, quando internados em pessoa jurídica.

9.1.36. Neste caso, a diferença de honorários médicos e de despesas hospitalares referentes a esta opção será paga, integralmente, pelo titular ao prestador;

9.1.37. Ao fazer esta opção, o beneficiário deverá assinar, em conjunto com o responsável pela pessoa jurídica, o Termo de Ajuste Prévio, tanto referente à melhoria do padrão de acomodação, quanto ao médico assistente, que também assinará o termo.

9.1.38. O CREDENCIANTE efetuará o pagamento, no prazo máximo de até 30 (trinta) dias corridos, contados da data de recebimento da Nota Fiscal.

9.1.39. Os pagamentos decorrentes de despesas cujos valores não ultrapassem o limite de que trata o inciso II do artigo 75 da Lei 14.133/21, deverão ser efetuados no prazo previsto na legislação citada, contados da data da apresentação da nota fiscal, nos termos do artigo 4º da mesma lei.

9.1.40. Havendo erro ou omissão na apresentação dos documentos pelo credenciado, ou outra circunstância que impeça a liquidação da despesa, o pagamento ficará sobrestado, até que o credenciado providencie as medidas sanadoras. Nesta hipótese, o prazo para pagamento iniciar-se-á após a comprovação da regularização da situação, não acarretando qualquer ônus para o órgão CREDENCIANTE.

9.1.41. O pagamento considerará os valores das TABELAS REFERENCIAIS na data de realização do atendimento.

9.1.42. Antes de cada pagamento ao credenciado, será realizada consulta ao SICAF ou aos sítios eletrônicos oficiais, para verificar a manutenção das condições de habilitação exigidas no Edital.

9.1.43. Não havendo regularização ou sendo a defesa considerada improcedente, o Órgão

Credenciador deverá comunicar aos órgãos responsáveis pela fiscalização da regularidade fiscal quanto à inadimplência do credenciado, bem como quanto à existência de pagamento a ser efetuado, para que sejam acionados os meios pertinentes e necessários para garantir o recebimento de seus créditos.

9.1.44. Persistindo a irregularidade, o Órgão Credenciador deverá adotar as medidas necessárias à rescisão do Termo de Adesão, nos autos do processo administrativo correspondente, assegurado ao credenciado o contraditório e ampla defesa.

9.1.45. Havendo a efetiva execução do objeto, os pagamentos serão realizados normalmente, até que se decida pela rescisão do Termo de Adesão, caso o credenciado não regularize sua situação junto ao SICAF.

9.1.46. Somente por motivo de economicidade, segurança nacional ou outro interesse público de alta relevância, devidamente justificado, em qualquer caso, pela máxima autoridade do Órgão, não será rescindido o Termo de Adesão em execução com o credenciado inadimplente no SICAF.

9.1.47. Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável, nos termos do item 6, do Anexo XI, da IN SEGES/MPDG nº 65, de 2021, quando couber.

9.1.48. O CREDENCIADO regularmente optante pelo Simples Nacional não sofrerá a retenção tributária quanto aos impostos e contribuições abrangidos por aquele regime, observando-se as exceções nele previstas. No entanto, o pagamento ficará condicionado à apresentação de comprovação, por meio de documento oficial, de que faz jus ao tratamento tributário favorecido previsto na Lei Complementar nº 123, de 2006.

9.1.49. Será considerada data do pagamento o dia em que constar como emitida a ordem bancária para pagamento.

10. DA ATUALIZAÇÃO DOS PREÇOS

10.1. A fim de se assegurar que os valores praticados continuem compatíveis com a realidade do mercado, será realizada atualização anual dos preços pela Administração por meio de nova pesquisa demercado local, que justificará a manutenção, majoração ou redução dos valores dos serviços propostos.

10.1.1. Os valores dos itens relacionados às taxas, diárias, materiais hospitalares, contrastes, e dietas, OPME, SADT, pacotes de prestação de serviços, assistência domiciliar, especialidades não médicas e consultas serão atualizados mediante publicação de nova tabela própria da Administração, no mês de republicação do Edital, tendo como parâmetro pesquisa de preços, nos termos da Instrução Normativa SEGES no 65/2021.

10.1.2. Os preços dos medicamentos serão pagos pela CMED (Câmara de Regulação do Mercado de medicamentos)/ANVISA (<http://portal.anvisa.gov.br/cmed>) PF (Preço de Fábrica) vigente, com a

atualização publicada.

10.1.3. O SADT e os procedimentos médicos serão pagos pela tabela CBHPM, publicada pela Associação Médica Brasileira, de acordo com portes e UCO's que reflitam a realidade do mercado.

10.1.4. O Filme Radiológico será pago pela tabela do Colégio Brasileiro de Radiologia vigente à época da republicação do edital, conforme condições e critérios da referida instituição.

11. DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIANTE

11.1. O CREDENCIANTE obriga-se a:

11.1.1 Efetuar o pagamento no tempo, lugar e forma estabelecidos no Termo de Adesão;

11.1.2. As fases do processamento das despesas médicas deverão ser acompanhadas por parte do órgão executor do FUNSA, por intermédio de auditorias prévias, concorrentes e a *posteriori*, além da verificação da lisura e inspeções administrativas.

12. DAS OBRIGAÇÕES DOS CREDENCIADOS

12.1. O CREDENCIADO obriga-se a:

12.1.1. Indicar formalmente à Administração Pública Federal os prepostos e/ou responsáveis pela prestação dos serviços objeto deste Edital;

12.1.2. Manter disponibilidade de mão de obra dentro dos padrões quantitativo e qualitativo suficientes para atender a demanda ordinária, bem como eventuais acréscimos solicitados pela Administração Pública Federal, respeitado as disposições da legislação trabalhista vigente;

12.1.3. Arcar com o custo do fornecimento de uniformes e de equipamentos de proteção individual (EPI) para a mão de obra envolvida, sendo vedado o repasse de tal custo ao CREDENCIANTE;

12.1.4. Efetuar a reposição da mão de obra nos serviços, em caráter imediato, em eventual ausência;

12.1.5. Atender de imediato as solicitações relativas à substituição de mão de obra desqualificada ou entendida por parte da Administração Pública Federal como inadequada para a prestação dos serviços;

12.1.6. Instruir o seu preposto quanto à necessidade de acatar as orientações da Administração Pública Federal, inclusive quanto ao cumprimento das Normas Internas, de Segurança e de Saúde Ocupacional;

12.1.7. Relatar à Administração Pública Federal toda e qualquer irregularidade nos serviços prestados;

12.1.8. Responsabilizar-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários e fiscais resultantes da execução do Termo de Adesão, nos termos da legislação aplicável; e

12.1.9. Manter, durante a execução do Termo de Adesão, todas as condições exigidas para habilitação e qualificação no presente edital.

12.1.9.1. Nesse caso, é vedada a retenção de pagamento se o credenciado não incorrer em qualquer inexecução do serviço;

12.1.9.2. A Administração Pública Federal poderá conceder um prazo para que o CREDENCIADO regularize suas condições de habilitação, sob pena de rescisão do Termo de Adesão, quando não identificar má-fé ou a incapacidade da empresa de corrigir a situação.

13. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

13.1. Conforme Instrução do Comando da Aeronáutica 12-23/2019, no caso de atraso em relação ao prazo de execução das etapas previstas no cronograma físico-financeiro por parte do CREDENCIADO, poderá(ão) ser aplicada(s) multa(s) calculada(s) com base na seguinte fórmula:

a) $M = (C/T) \times N \times F$, sendo,

- **M** = valor da multa;

- **C** = valor correspondente à fase, etapa ou parcela do serviço em atraso;

- **T** = prazo constante no cronograma físico-financeiro, para a execução da fase, etapa ou parcelado serviço, em dias úteis;

- **N** = período de atraso em dias corridos;

- **F** = fator progressivo (fator de correção por dia de atraso);

b) o Fator Progressivo de Correção (**F**) é obtido conforme a **Tabela abaixo**:

PERÍODO DE ATRAS (DIAS CORRIDOS)	F
Até 10 dias	0,03
De 11 a 20 dias	0,06
De 21 a 30 dias	0,09
De 31 a 40 dias	0,12

Acima de 40 dias	0,15
------------------	------

13.2. Poderá ser aplicada multa de 0,2% (dois décimos por cento) do valor do Termo de Adesão, caso o credenciado descumpra qualquer outra condição ajustada e, em especial, quando:

- a) não se aparelhar convenientemente para a execução dos serviços; e,
- b) impedir ou dificultar os trabalhos da Fiscalização.

13.3. A multa por inexecução total ou parcial do serviço credenciado terá o tratamento a seguir:

- a) em qualquer fase ou etapa estará o credenciado sujeita à multa correspondente à diferença de preço resultante do novo empenho realizado para complementação ou realização da obrigação não cumprida;
- b) em se tratando de qualquer serviço contínuo, será considerado como inexecução total do empenho, atraso superior a 60 (sessenta) dias corridos; e
- c) poderá ser aplicada multa de 10% (dez por cento) do valor do Termo de Adesão quando a contratada der causa à sua rescisão.

13.4. O impedimento de contratar com a Administração, nos termos do inciso III, do artigo 156, da Lei nº 14.133/21, será aplicados, com a seguinte gradação:

- a) por até 30 (trinta) dias,
 - no descumprimento do prazo fixado para adoção de medidas corretivas, quando da aplicação dasanção de advertência,
 - na perturbação de qualquer ato da sessão pública da licitação;
- b) por até 3 (três) meses,
 - na desistência de proposta, sem que haja justo motivo decorrente de fato superveniente,
 - na arguição da inexequibilidade dos próprios preços ofertados,
 - na falta de apresentação de amostra no prazo determinado, quando houver previsão no edital da licitação;
- c) por até 6 (seis) meses,
 - na recusa do licitante vencedor, convocado dentro do prazo de validade de sua proposta, a assinar ou aceitar o contrato, ou retirar o instrumento equivalente,
 - na falta de apresentação de garantia contratual, nos termos do edital da licitação,
 - na reincidência da prática de ilícito sancionável na forma das alíneas “a” e “b” deste item, em prazo inferior a 24 (vinte e quatro) meses,
 - na aplicação da segunda sanção administrativa de multa no mesmo PAG,

- na aplicação de duas sanções administrativas de advertência e uma de multa, no âmbito do COMAER, no prazo de doze meses, sem que o fornecedor tenha adotado as medidas corretivas no prazo determinado pela Administração,
 - na aplicação de duas sanções administrativas de multa no âmbito do COMAER, no prazo de doze meses, sem que o fornecedor tenha adotado as medidas corretivas no prazo determinado pela Administração;
- d)** por até 12 (doze) meses,
- quando a contratada retardar imotivadamente o fornecimento dos bens ou a execução do serviço ou obra, que implique em rescisão contratual,
 - quando a contratada não quitar/saldar a multa no prazo estabelecido, nas situações em que não for possível descontar o seu valor da garantia ou dos créditos decorrentes de parcelas executadas,
 - na reincidência de prática de inadimplemento sancionável na forma da alínea “c”, em prazo inferior a trinta e seis meses; e
- e)** por até 24 (vinte e quatro) meses:
- na paralisação do serviço, da obra ou do fornecimento de bens sem justo motivo e sem prévia comunicação à Administração,
 - na inexecução contratual da qual resultem graves prejuízos à Administração,
 - na reincidência da prática de inadimplemento sancionável na forma da alínea “d”, em prazo inferior a 48 (quarenta e oito) meses.

14. DO DESCREDENCIAMENTO

14.1. É facultativo ao CREDENCIADO, a qualquer tempo, solicitar unilateralmente seu descredenciamento.

14.2. O descredenciamento previsto no item 14.1 deverá ser precedido de comunicação formal.

14.3. A Administração Pública Federal poderá promover o descredenciamento unilateral. São hipóteses que podem ensejar o descredenciamento:

14.3.1. Não cumprimento ou cumprimento irregular dos prazos, cláusulas e serviços contratados;

14.3.2. Interrupção dos trabalhos por parte do CREDENCIADO, sem justa causa e prévia comunicação à Administração Pública Federal;

14.3.3. Atraso injustificado no início dos serviços;

14.3.4. A subcontratação total ou parcial do seu objeto, a associação do CREDENCIADO com outrem,

a cessão ou transferência, total ou parcial, bem como a fusão, cisão ou incorporação, não admitidas neste edital e no Termo de Adesão;

14.3.5. Não atendimento das determinações regulares emanadas da autoridade designada para acompanhar e fiscalizar a execução deste instrumento, assim como das de seus superiores;

14.3.6. Cometimento reiterado de faltas na execução dos serviços, anotadas na forma do § 1º do art. 117, da Lei nº 14.133/2021;

14.3.7. A decretação de falência ou a instauração de insolvência civil, bem como a dissolução da sociedade ou o falecimento do CREDENCIADO;

14.3.8. A alteração social ou a modificação da finalidade ou da estrutura da pessoa jurídica, que prejudique a execução do Termo de Adesão;

14.3.9. Razões de interesse público, de alta relevância e amplo conhecimento, justificadas e determinadas pela máxima autoridade da esfera administrativa a que está subordinado o contratante e exaradas no processo administrativo a que se refere o Termo de Adesão;

14.3.10. Ocorrência de caso fortuito ou de força maior, regularmente comprovado, impeditivo da execução do Termo de Adesão;

14.3.11. Descumprimento do disposto no inciso IV do art. 62 da Lei nº 14.133/2021, sem prejuízo das sanções penais cabíveis; e

14.3.12. Descontinuidade de cumprimento dos requisitos de habilitação previstos no instrumento convocatório.

14.4. Em caso de descredenciamento, os tratamentos em curso deverão ser concluídos por parte do CREDENCIADO, salvo nos casos de expressa manifestação técnica ou administrativa do CREDENCIANTE.

14.5. O descredenciamento não eximirá o CREDENCIADO das garantias assumidas em relação aos serviços executados e de outras responsabilidades que legalmente lhe possam ser imputadas.

15. DOS RECURSOS

15.1. Dos atos da Administração Pública Federal referentes ao indeferimento dos pedidos de credenciamento e demais procedimentos previstos neste Edital caberão recursos administrativos na forma e nos prazos previstos no art. 165 da Lei nº 14.133/21.

15.1.1 O recurso será formalizado em processo administrativo, observado o devido processo legal.

15.2. Os recursos deverão ser protocolados na seção do FUNSA do Grupo de Saúde de Natal, Rua do Especialista, s/nº, Parnamirim/RN, no horário de 8:30 às 11:30 e de 13:00 às 14:30 horas.

16. DA IMPUGNAÇÃO DO EDITAL E PEDIDOS DE INFORMAÇÕES

16.1. Qualquer cidadão é parte legítima para impugnar o presente edital até 5 (cinco) dias úteis após a data da publicação do Aviso de Credenciamento no Diário Oficial da União, Jornal de Circulação no Estado do Rio Grande do Norte ou Jornal de Circulação no Município ou Região da prestação do serviço.

16.2. Os pedidos de impugnação deverão ser protocolados na Seção FUNSA do Grupo de Saúde de Natal.

16.3. Caberá à Comissão de Credenciamento do Grupo de Saúde de Natal julgar e responder à impugnação em até 3 (três) dias úteis.

16.4. Os pedidos de informações poderão ser encaminhados à Seção FUNSA do Grupo de Saúde de Natal.

17. DA REVOGAÇÃO

17.1. A Administração Pública Federal poderá revogar o credenciamento por razões de interesse público decorrente de fato superveniente devidamente comprovado, pertinente e suficiente para justificar tal conduta.

17.1.1. A revogação será precedida de procedimento administrativo, assegurado o contraditório e a ampla defesa, e formalizada mediante parecer escrito e devidamente fundamentado.

18. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1. Os beneficiários do FUSEX (Exército Brasileiro) e do FUSMA (Marinha Brasileira) poderão ser atendidos pelos CREDENCIADOS pelo FUNSA.

18.1.1. O encaminhamento será realizado por meio de ofício assinado pelo Comandante do GSAU-NT.

18.2. A qualquer tempo o CREDENCIANTE, assistido por terceiros contratados para tal fim, poderá realizar inspeção nas instalações dos CREDENCIADOS para verificação das condições de atendimento, higiene, equipamentos e capacidade técnico-operativa.

18.3. No caso de instituições hospitalares, o CREDENCIADO obriga-se a permitir a auditoria técnica no local, nos seguintes termos:

18.3.1. Identificação do usuário junto ao setor de admissão do CREDENCIADO onde estiver sendo assistido;

18.3.2. Análise do Prontuário Médico e demais registros clínicos;

18.3.3. Visita ao paciente com observação crítica de seu estado, correlacionando-o com o Prontuário Médico e com os demais registros clínicos;

18.3.4. Discussão dos casos com a(s) equipe(s) médica(s) assistente(s), sempre que necessário para o satisfatório desempenho das funções de auditoria;

18.3.5. Preenchimento do Relatório de Auditoria Hospitalar; e,

18.3.6. Auditoria das faturas médico-hospitalares, correlacionando Prontuário Médico e Relatório de Auditoria Hospitalar.

18.4. O desatendimento de exigências formais não essenciais não importará no afastamento do interessado, desde que seja possível a aferição da sua qualificação e a exata compreensão da sua proposta.

18.5. É facultada à autoridade competente, em qualquer fase do procedimento, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo, inclusive com a fixação de prazo de resposta.

18.6. O Grupo de Saúde de Natal, por meio da sua ouvidoria, será o setor responsável por mediar problemas relatados pelos usuários relativamente aos serviços prestados pelos CREDENCIADOS. As reclamações poderão ser realizadas diretamente na Seção FUNSA do Grupo de Saúde de Natal.

18.7. Na contagem dos prazos estabelecidos neste Edital e seus anexos, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento.

18.8. Os prazos somente se iniciam e vencem em dias de expediente no Grupo de Saúde de Natal.

18.9. Em caso de revogação do Edital, extinção, resolução ou rescisão do Termo de Adesão, havendo

internação ou necessidade de continuidade de tratamento ambulatorial imprescindível ao usuário (terapia dialítica ou oncológica) o tratamento será mantido até o seu término, até que o paciente tenha alta médica ou até que seja possível a transferência para outra pessoa jurídica.

18.9.1. Havendo Termo de Adesão com outra pessoa jurídica, ligado a novo edital de credenciamento, que pratique o mesmo objeto, o paciente deverá ser transferido, desde que tecnicamente possível.

18.9.2. Se a pessoa jurídica, na qual o paciente está internado ou em tratamento continuado, firmar novo Termo de Adesão conectado a novo credenciamento, este passará a regular a internação/tratamento.

18.10. Os casos omissos serão resolvidos pelo Ordenador de Despesas do BASE AÉREA DE NATAL – Grupo de Saúde de Natal, com base nas disposições constantes da Lei nº 14 . 133 / 21 e nas demais Leis, Decretos, Portarias e Instruções.

18.11. Normativas a que este instrumento de convocação se encontra subordinado.

18.12. As dúvidas referentes ao Edital poderão ser formuladas ao Grupo de Saúde de Natal no FUNSA encaminhadas para endereço eletrônico credenciamento.esnt@fab.mil.br.

19. DO FORO

19.1. O foro para dirimir questões relativas ao presente Edital será o da Justiça Federal em Parnamirim/RN, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Data conforme assinatura digital.

(assinado eletronicamente)

JULIANA GARCIA GOMES NETO DANTAS Maj QODENT

CPF: 030.797.544-41

Presidente da Comissão Permanente de Credenciamento Hospitalar do GSAU-NT

(assinado eletronicamente)

NELSON RUBENS COUTINHO FILHO Cap QOEA

SVMCPF: 683.506.867-15

Agente de Controle Interno Delegado do GSAU-NT

(assinado eletronicamente)
FRANCISCO **IRAN** DE VASCONCELOS MURAYAMA Cel Int
CPF sob o nº621.820.723-49
Ordenador de Despesa da BANT



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA

CONTROLE DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS DO DOCUMENTO

Documento:	Parte 1 - 1ª Atualização EDITAL 2024
Data/Hora de Criação:	18/10/2024 13:46:52
Páginas do Documento:	45
Páginas Totais (Doc. + Ass.)	46
Hash MD5:	fda1e5e44921480bcfafdcca87531e13
Verificação de Autenticidade:	https://autenticidade-documento.sti.fab.mil.br/assinatura

Este documento foi assinado e conferido eletronicamente com fundamento no artigo 6º, do Decreto nº 8.539 de 08/10/2015 da Presidência da República pelos assinantes abaixo:

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Major JULIANA GARCIA GOMES NETO DANTAS no dia 18/10/2024 às 10:52:33 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Segundo Sargento BRUNO RIBEIRO DA SILVA no dia 04/11/2024 às 14:44:42 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Cap NELSON RUBENS COUTINHO FILHO no dia 12/11/2024 às 12:37:10 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Cel FRANCISCO IRAN DE VASCONCELOS MURAYAMA no dia 12/11/2024 às 18:11:21 no horário oficial de Brasília.

CONTROLE DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS DO DOCUMENTO

Estudo Técnico Preliminar 42/2024

1. Informações Básicas

Número do processo: 67222.018477/2023-11

2. Descrição da necessidade

Diante do cenário atual de elevada demanda por serviços de saúde e das limitações técnicas e de pessoal enfrentadas pela Organização Militar de Saúde, torna-se imperativo o credenciamento de novas Organizações Civis de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) junto ao Grupo de Saúde de Natal (GSAU-NT). Este credenciamento visa ampliar a capacidade de atendimento e oferecer uma assistência médico-hospitalar mais eficaz e abrangente aos beneficiários do Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU), bem como aos beneficiários de outras Forças Singulares.

A medida é justificada pela necessidade de fortalecer a rede de atendimento em diversas áreas, incluindo assistência ambulatorial, atendimento de emergência/urgência, atenção domiciliar, remoção entre hospitais e reabilitação em múltiplas especialidades. Portanto, a convocação para seleção e credenciamento, conforme estabelecido pela Portaria BANT nº 591/GSAU-NT de 17 de novembro de 2022, representa um passo crucial para melhorar a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde prestados, alinhando-se à Orientação Normativa Conjunta nº 1, de 19 de agosto de 2016.

3. Área requisitante

Área Requisitante	Responsável
Grupo de Saúde de Natal	Paulo de Tarso de Almeida Cel Med

4. Descrição dos Requisitos da Contratação

O Grupo de Saúde de Natal (GSAU-NT), objetivando a contratação de Organizações Civis de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA), decidiu, de acordo com a Lei nº 14.133 e suas alterações posteriores, abrir o processo de credenciamento para a prestação de serviços complementares de assistência médico-hospitalar, ambulatorial, atendimento de emergência/urgência em regime de 24 horas diárias, atenção domiciliar, remoção entre hospitais, e reabilitação em diversas especialidades. Esses serviços serão destinados aos beneficiários do Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU) e, eventualmente, aos beneficiários do sistema de saúde de outras Forças Singulares, conforme a Orientação Normativa Conjunta nº 1, de 19 de agosto de 2016.

A crescente demanda em decorrência do aumento do número de usuários do GSAU-NT tem promovido desafios significativos, tanto em termos de capacidade técnica quanto de recursos humanos, para atender de forma adequada e eficiente às necessidades dos usuários de assistência à saúde. Essa demanda é amplificada pela diversidade de beneficiários, que inclui não apenas militares da ativa e seus dependentes, mas também militares da reserva, pensionistas e funcionários civis do Ministério da Defesa vinculados à Aeronáutica. A complexidade e a amplitude dos serviços necessários para essa gama variada de usuários tornam imperativo o credenciamento de novas OCS e PSA.

O credenciamento dessas entidades e profissionais permitirá uma maior flexibilidade no atendimento, uma distribuição mais eficaz dos recursos e uma melhoria geral na qualidade dos serviços de saúde prestados. Isso é especialmente crítico em situações de emergência/urgência, onde a rapidez e a eficiência no atendimento podem ser vitais. Portanto, o credenciamento de novas OCS e PSA é uma medida estratégica e necessária para otimizar o sistema de saúde e melhor atender aos seus beneficiários.

5. Levantamento de Mercado

SOBRE A ELEGIBILIDADE PARA O CREDENCIAMENTO

Conforme estabelecido no edital, são elegíveis para o processo de credenciamento tanto pessoas físicas quanto jurídicas, desde que satisfaçam os requisitos ali especificados e apresentem uma Carta-Proposta que esteja em conformidade com os valores e condições previamente estipulados.

SOBRE AS RESTRIÇÕES À PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO

É imperativo esclarecer que determinadas entidades e indivíduos estão inelegíveis para participar do processo de credenciamento, conforme segue:

- Sociedades empresárias ou simples que estejam em consórcio;
- Operadoras de planos de saúde de natureza privada;
- Pessoas jurídicas cujo objeto social não seja pertinente ao escopo deste credenciamento;
- Entidades de direito estrangeiro que não possuam representação legal no território brasileiro com poderes expressos para atuar em seu nome;
- Pessoas físicas ou jurídicas que estejam sob qualquer impedimento legal para licitar ou contratar com a Administração Pública;
- Entidades ou indivíduos em estado de insolvência civil, em recuperação judicial ou extrajudicial, ou em processo de dissolução;
- Pessoas físicas ou jurídicas que possuam conflitos de interesse, tais como grau de parentesco com membros da comissão responsável pelo credenciamento.

SOBRE O PAGAMENTO

A CREDENCIANTE obriga-se ao pagamento dos serviços prestados, adotando as tabelas de preços contidas nos anexos do Edital de Credenciamento, cujos descritores e valores foram referenciados nas tabelas usuais do mercado de saúde suplementar, e os valores definidos a partir de pesquisa de preço de mercado. Não haverá distinção de valores para um mesmo serviço prestado por CREDENCIADOS diferentes.

6. Descrição da solução como um todo

CONDIÇÕES DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

A prestação do serviço será realizada mediante apresentação de GAB (Guia de Apresentação do Beneficiário) ou GEAM (Guia de Encaminhamento para a Assistência Médico-Hospitalar), que deverão conter os dados necessários para identificação do beneficiário do SISAU, do procedimento em saúde a ser realizado e do prestador de serviço credenciado. A GAB ou GEAM apresentada deve conter a assinatura da autoridade competente (Chefe, Diretor ou Comandante da Organização Credenciante emitente ou por Oficial a quem seja delegada competência) e do paciente ou seu responsável.

Nos casos excepcionais, em que for necessário o encaminhamento para a rede credenciada de pacientes não cadastrados no sistema informatizado da saúde complementar – SISAUC, a exemplo de beneficiário da assistência do SISAU, ainda não cadastrado, ou assistência por ordem judicial, ou após licenciamento por término de tempo de serviço amparado por Junta de Saúde, ou ainda, beneficiário do Sistema de Saúde de outra Força Singular, a autorização prévia será formalizada por meio de Ofício assinado por autoridade competente (Chefe, Diretor ou Comandante da Ordem Credenciante emitente ou por Oficial a quem seja delegada a competência) e paciente ou responsável. Deverá constar neste ofício:

1. a identificação do beneficiário a receber a assistência à saúde;
2. a identificação do prestador credenciado a realizar o serviço;
3. a especificação dos procedimentos a serem realizados;
4. a informação de que o ofício será utilizado em substituição à GAB e, ainda, que o mesmo, em sua versão original, deverá retornar à Ordem Credenciante, anexo à Produção dos serviços prestados, por ocasião da apresentação da conta; e

Para certificação do procedimento autorizado, o paciente ou seu responsável deverá, obrigatoriamente, declarar, na guia/documento próprio de encaminhamento, que o(s) procedimento(s) nele(s) discriminado(s) foi(foram) realizados, com aposição de sua assinatura.

O encaminhamento de beneficiários do SISAU exclusivos AMH (não contribuintes do FUNSA) será realizado por meio de GEAM, na qual constará a observação de que o responsável deverá pagar integralmente (100% - cem por cento) as despesas, diretamente à CREDENCIADA, no ato

da execução do procedimento, devendo passar por auditoria. Essa cobrança levará em conta os valores cobrados de acordo com o Edital, sendo de responsabilidade exclusiva da credenciada, inclusive em caso de urgência e/ou emergência, cobrar a(s) despesa(s) do(s) procedimento(s).

Militares da Aeronáutica da ativa, da reserva ou reformado, deverão apresentar identidade militar (ou identidade civil) e GAB, assinada, acompanhada do pedido médico.

Pensionista e seus dependentes, além dos dependentes de militares da ativa ou da reserva, deverão apresentar carteira de identidade militar (ou civil) e GAB ou GEAM, assinada e acompanhada do pedido médico.

Para atendimento pela CREDENCIADA, os beneficiários do SISAU e os beneficiários do Sistema de Saúde de outras Forças Singulares serão encaminhados por organização militar da aeronáutica e deverão identificar-se com apresentação de documento oficial de identificação com foto e guia/documento próprio de encaminhamento.

Em casos de urgência e/ou emergência, quando não houver a possibilidade de emissão de solicitação e/ou emissão de autorização prévia (GAB), o atendimento poderá ser realizado pelo prestador de serviço com a apresentação de guia provisória (GAB ou GEAM provisória), emitida e assinada manualmente pelo médico do Grupo de Saúde, encaminhando o paciente para o CREDENCIADO.

Em casos de urgência e/ou emergência, quando não houver a possibilidade de emissão de solicitação e/ou emissão de autorização prévia (GAB) ou guia provisória (GAB ou GEAM provisória), o atendimento poderá ser realizado pelo prestador de serviço. Nestes casos, o Credenciado deverá identificar adequadamente o beneficiário do SISAU, notificando imediatamente o Médico de Dia do Grupo de Saúde de Natal, através do telefone (84) 3644-7672, para que seja realizado o procedimento administrativo necessário.

Nos casos de urgência e/ou emergência, caberá ao prestador de serviços credenciado:

1. identificar adequadamente o beneficiário do SISAU, devendo a prestadora fazer contato imediato com a CREDENCIANTE para confirmar a dependência entre o beneficiário e a FAB;
2. orientar o beneficiário e/ou seu representante legal a comunicar o atendimento à OC responsável, no prazo máximo de 48h (quarenta e oito horas), a contar da data do atendimento. Caso o prazo ultrapasse as 48h (quarenta e oito horas), os gastos contraídos pelo beneficiário serão inteiramente de responsabilidade do mesmo e devem ser acertados diretamente com a CREDENCIADA, sem nenhum ônus ao FUNSA;
3. providenciar a certificação, pelo beneficiário/representante legal, dos procedimentos realizados, mediante assinatura na produção (ou documento equivalente); e
4. comunicar imediatamente o atendimento à CREDENCIANTE (independentemente da comunicação do beneficiário), fornecendo todos os elementos necessários para que seja comprovada a urgência e/ou emergência do atendimento.

No caso de instituições hospitalares, a CREDENCIADA obriga-se a permitir a auditoria técnica no local, nos seguintes termos:

1. Identificação do beneficiário junto ao setor de admissão da CREDENCIADA onde estiver sendo assistido;

2. análise do Prontuário Médico e demais registros clínicos;
3. visita ao paciente com observação crítica de seu estado, correlacionando-o com o Prontuário Médico e com os demais registros clínicos;
4. discussão dos casos com a(s) equipe(s) médica(s) assistente(s), sempre que necessário para o satisfatório desempenho das funções de auditoria;
5. preenchimento do Relatório de Auditoria Hospitalar; e
6. auditoria das faturas médico-hospitalares, correlacionando Prontuário Médico e Relatório de Auditoria Hospitalar.

Para o encargo previsto nos itens acima a CREDENCIANTE poderá se valer de profissionais de saúde da própria Organização Credenciadora, de uma outra organização de saúde da aeronáutica (OSA) ou de profissionais ou empresa credenciada para tal fim.

Caso uma OSA ou Organização Militar de Saúde de outra Força Singular reúna as condições necessárias para prestar a adequada assistência ao beneficiário em regime de internação hospitalar, a CREDENCIANTE providenciará a sua transferência, do CREDENCIADO para a Organização Militar.

No caso de haver necessidade de prorrogação do tempo de internação, além do período inicialmente autorizado por guia/documento próprio de encaminhamento, caberá à CREDENCIADA encaminhar a solicitação de prorrogação, emitida pelo médico assistente, à CREDENCIANTE, preferencialmente com antecedência de 48h (quarenta e oito horas) ao vencimento das diárias já autorizadas. A CREDENCIANTE dará retorno à CREDENCIADA, especificando a quantidade de diárias autorizadas na prorrogação.

Nos casos de internação clínica, os honorários médicos serão pagos por dia de internação, equivalentes a uma visita hospitalar diária. Havendo necessidade de mais de uma visita por dia, deverá ser confeccionado relatório detalhado contendo justificativa e encaminhado à CREDENCIANTE, para fins de autorização. Havendo necessidade do parecer de profissional de outra especialidade, o médico assistente deve solicitar e justificar, no prontuário, a avaliação e parecer, e/ou acompanhamento do especialista, o qual será autorizado com código próprio para parecer médico.

Para comprovação do total de diárias autorizadas, todas as guias/documentos próprios de autorização deverão estar anexos à produção/fatura hospitalar, por ocasião de sua apresentação.

No caso de inexistência de vagas na acomodação autorizada, o Beneficiário será internado em acomodação disponível e compatível com seu quadro clínico, até que seja transferido para acomodação compatível com a autorização. Nestes casos, não caberão quaisquer ônus de diferença de preços daquele período para a CREDENCIANTE.

Em princípio, os serviços credenciados serão prestados diretamente por profissional da própria CREDENCIADA. Equipara-se a esse profissional, a empresa, o grupo, a sociedade ou conglomerado de profissionais que prestem serviço em caráter regular à CREDENCIADA, desde que não tenham credenciamento próprio.

A CREDENCIANTE poderá fornecer medicamentos, materiais de penso, órteses, próteses, materiais cirúrgicos especiais (reutilizáveis), dietas e outros produtos nutricionais e materiais de alto custo, assim como outros que julgar necessários para a execução do Termo de Adesão, respeitando o protocolo de tratamento da CREDENCIADA.

A execução e controle dos serviços será avaliada pela CREDENCIANTE, mediante supervisão direta ou indireta dos procedimentos realizados.

O CREDENCIADO deverá considerar o prazo de 30 (trinta) dias para os casos de RETORNO DE CONSULTAS ambulatoriais.

Nos prontos atendimentos será considerado retorno, sem direito à cobrança, o atendimento ao mesmo paciente, beneficiário da CONTRATANTE, feito dentro de 24 (vinte e quatro) horas.

As sessões de fonoaudiologia, de psicologia, de aplicações fisioterápicas e de terapia ocupacional não deverão ter duração inferior ao determinado na legislação do seu Conselho de Classe.

O CREDENCIADO é responsável pelos encargos trabalhista, fiscal, previdenciário e comercial resultantes da execução do Termo de Adesão.

Os procedimentos sujeitos a parecer especial da Seção do Fundo de Saúde e/ou Junta de Saúde do Grupo de Saúde de Natal, bem como os procedimentos médico-hospitalares não indenizados pelo Fundo de Saúde da Aeronáutica foram listados no Anexo “U”, deste edital.

Nos casos de tratamentos prolongados, as contas deverão ser encerradas e apresentadas a cada 30 (trinta) dias à Subseção de Auditoria. Nesses casos, deve ser emitida nova GAB, com as devidas comprovações para a necessidade de prorrogação de internações.

É vedado ao CREDENCIADO exigir que o usuário assine fatura ou guia de atendimento ou quaisquer papéis em branco.

Os credenciados deverão prestar os serviços, no mínimo, em horário comercial, no município de Natal. Aqueles que dispuserem de atendimento a urgências e emergências deverão atender 24 horas.

Os procedimentos a serem realizados devem guardar estreita observação das recomendações dos Conselhos de Classe dos respectivos prestadores de serviço.

7. Estimativa das Quantidades a serem Contratadas

A partir da data de publicação do Edital no Diário Oficial da União, o mesmo permanecerá continuamente aberto, podendo qualquer interessado requerer o credenciamento a qualquer tempo, independente da quantidade de credenciados, não havendo estimativa de quantidade de interessados.

8. Estimativa do Valor da Contratação

Valor (R\$): 10.000.000,00

O valor total estimado do credenciamento é de R\$ 10.000.000,00 (dez milhões de reais) por ano. A dotação relativa aos exercícios financeiros subsequentes será indicada após aprovação da Lei Orçamentária respectiva e liberação dos créditos correspondentes, mediante apostilamento.

9. Justificativa para o Parcelamento ou não da Solução

Por tratar-se de um processo de credenciamento de Organizações Civas de Saúde e Profissionais de Saúde Autônomo, não há parcelamento de serviços.

10. Contratações Correlatas e/ou Interdependentes

Por tratar-se de um processo de credenciamento de Organizações Civas de Saúde e Profissionais de Saúde Autônomo, há possibilidade de contratações correlatas, uma vez que Organizações ou Profissionais autônomos que prestem serviços já credenciados, possam demonstrar interesse em credenciar-se e prestar os mesmos serviços

11. Alinhamento entre a Contratação e o Planejamento

A contratação tem previsão no Plano de Contratação Anual.

OBRIGAÇÕES DO ÓRGÃO CREDENCIANTE

Efetuar o pagamento no tempo, lugar e forma estabelecidos no Termo de Adesão;
As fases do processamento das despesas médicas deverão ser acompanhadas por parte do órgão executor do FUNSA, por intermédio de auditorias prévias, concorrentes e a posteriori, além da verificação da lisura e inspeções administrativas.

OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO

1. Indicar formalmente à Administração Pública Federal os prepostos e/ou responsáveis pela prestação dos serviços objeto deste Edital;
2. Manter disponibilidade de mão de obra dentro dos padrões quantitativo e qualitativo suficientes para atender a demanda ordinária, bem como eventuais acréscimos solicitados pela Administração Pública Federal, respeitado as disposições da legislação trabalhista vigente;

3. Arcar com o custo do fornecimento de uniformes e de equipamentos de proteção individual (EPI) para a mão de obra envolvida, sendo vedado o repasse de tal custo ao CREDENCIANTE; Efetuar a reposição da mão de obra nos serviços, em caráter imediato, em eventual ausência;
4. Atender de imediato as solicitações relativas à substituição de mão de obra desqualificada ou entendida por parte da Administração Pública Federal como inadequada para a prestação dos serviços;
5. Instruir o seu preposto quanto à necessidade de acatar as orientações da Administração Pública Federal, inclusive quanto ao cumprimento das Normas Internas, de Segurança e de Saúde Ocupacional;
6. Relatar à Administração Pública Federal toda e qualquer irregularidade nos serviços prestados;
7. Responsabilizar-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários e fiscais resultantes da execução do Termo de Adesão, nos termos da legislação aplicável; e
8. Manter, durante a execução do Termo de Adesão, todas as condições exigidas para habilitação e qualificação no presente edital.
9. Nesse caso, é vedada a retenção de pagamento se o credenciado não incorrer em qualquer inexecução do serviço;
10. A Administração Pública Federal poderá conceder um prazo para que o CREDENCIADO regularize suas condições de habilitação, sob pena de rescisão do Termo de Adesão, quando não identificar má-fé ou a incapacidade da empresa de corrigir a situação.

12. Benefícios a serem alcançados com a contratação

A contratação de Organizações Civis de Saúde (OCS) e de Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) mediante o processo de credenciamento configura uma estratégia robusta que visa aprimorar tanto a eficiência quanto a eficácia do Grupo de Saúde de Natal (GSAU-NT) e do Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU). Esta abordagem multifacetada traz consigo uma série de benefícios estratégicos e operacionais, que se manifestam em diversas dimensões do sistema de saúde.

Inicialmente, a expansão da rede de atendimento emerge como um dos pilares dessa estratégia, preenchendo lacunas significativas em termos de especialidades médicas e cobertura geográfica. Tal expansão é imperativa para atender a uma demanda crescente por serviços de saúde de qualidade. Paralelamente, a diversificação dos prestadores de serviço não apenas enriquece o ecossistema de saúde como também instiga uma saudável competitividade, catalisando a adoção de melhores práticas médicas e gerenciais.

Além disso, a flexibilidade inerente ao processo de credenciamento permite uma alocação mais eficiente e estratégica dos recursos. Isso não apenas reduz os custos operacionais, mas também libera o GSAU-NT para concentrar-se em suas atividades-fim, otimizando a gestão de recursos humanos e financeiros. Complementarmente, a ampliação da rede credenciada tem o efeito direto de minimizar o tempo de espera para consultas, exames e outros procedimentos, o que não apenas melhora a experiência do usuário, mas também favorece diagnósticos mais precoces e, conseqüentemente, tratamentos mais eficazes.

É imperativo ressaltar que todo o processo de credenciamento está rigorosamente alinhado com as normativas legais e diretrizes governamentais, conferindo lisura e transparência a todo o processo de contratação. Ademais, a inclusão de diferentes tipos de prestadores de serviço permite uma abordagem mais holística e integrada à saúde, facilitando o acompanhamento médico contínuo e a gestão de casos complexos.

Por fim, a diversificação dos fornecedores de serviço de saúde contribui para a resiliência do sistema, tornando-o menos susceptível a falhas operacionais, greves ou outros eventos que possam comprometer a continuidade do atendimento. Em suma, a contratação planejada e estratégica de OCS e PSA constitui um mecanismo robusto para o fortalecimento do sistema de saúde, gerando impactos positivos que reverberam em todos os usuários envolvidos.

13. Providências a serem Adotadas

O interessado cadastrado no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores – SICAF poderá utilizar o referido cadastro para comprovar sua habilitação, ficando assim dispensado de apresentar os documentos relativos à habilitação jurídica, regularidade fiscal e trabalhista, qualificação econômico-financeira e qualificação técnica, abrangidos pelo referido cadastro, conforme disposto na Instrução Normativa SEGES /MP nº 3, de 2018.

O disposto no item acima se aplica individualmente a cada nível cadastrado no SICAF, ou seja, se o interessado não possuir algum(ns) nível(is), este(s) não estará(ão) dispensado(s).

A Comissão de Credenciamento consultará o SICAF do interessado cadastrado, bem como os sítios oficiais emissores de certidões, especialmente quando o interessado esteja com alguma documentação vencida junto ao SICAF.

Caso a Comissão não logre êxito em obter a certidão correspondente através do sítio oficial, ou na hipótese de se encontrar vencida no referido sistema, o interessado será convocado a encaminhar documento válido que comprove o atendimento das exigências deste edital, sob pena de inabilitação.

É altamente recomendável o prévio cadastramento no SICAF, em todos os níveis relacionados, haja vista que o interessado não cadastrado deverá fornecer todas as documentações citadas, a cada empenho feito para o interessado. Fato este corrobora em maiores custos ao interessado devido a várias impressões e autenticações de documentos, como também na demora que ocasionará para a conclusão dos processos de empenho e pagamento.

Por ocasião da contratação será exigido inscrição no SICAF de todos os interessados.

O interessado deverá comprovar os requisitos pertinentes de habilitação jurídica, regularidade fiscal e trabalhista, qualificação econômico-financeira e qualificação técnica, a seguir indicados.

14. Possíveis Impactos Ambientais

Dado que o foco deste processo de credenciamento se concentra na inclusão de Organizações Civas de Saúde e Profissionais de Saúde Autônomos, não se antecipa a ocorrência de impactos ambientais significativos.

15. Declaração de Viabilidade

Esta equipe de planejamento declara **viável** esta contratação.

15.1. Justificativa da Viabilidade

O presente documento tem como objetivo ainda atestar a viabilidade do processo de credenciamento de Organizações Civas de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) para a prestação de serviços ao Grupo de Saúde de Natal (GSAU-NT) e aos beneficiários do Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU).

Após uma análise criteriosa das demandas de saúde, das normativas legais vigentes e dos recursos disponíveis, conclui-se que o processo de credenciamento é não apenas viável, mas estrategicamente benéfico para todas as partes envolvidas.

- **Expansão da Rede de Atendimento:** O credenciamento permitirá a ampliação da rede de serviços de saúde, abrangendo uma maior diversidade de especialidades médicas e regiões geográficas.
- **Otimização de Recursos:** A flexibilidade na contratação de serviços de saúde possibilita uma alocação mais eficiente dos recursos, contribuindo para a sustentabilidade financeira do sistema.
- **Melhoria na Qualidade dos Serviços:** A inclusão de múltiplos prestadores de serviço fomenta a competitividade e incentiva a adoção de melhores práticas, elevando o padrão de qualidade do atendimento.
- **Redução do Tempo de Espera:** A expansão da rede credenciada tem o potencial de diminuir o tempo de espera para consultas, exames e procedimentos, melhorando a experiência do usuário.
- **Conformidade Legal:** O processo está alinhado com as normativas legais e diretrizes governamentais, garantindo a integridade e a transparência na contratação de serviços de saúde.
- **Integração dos Serviços de Saúde:** A diversidade de prestadores permite uma abordagem mais holística e integrada à saúde, facilitando o acompanhamento médico contínuo.
- **Resiliência do Sistema:** A diversificação dos fornecedores de serviço de saúde aumenta a robustez do sistema, tornando-o menos vulnerável a falhas operacionais ou outros eventos imprevistos.
- **Impacto Ambiental:** Dado que o foco deste processo de credenciamento se concentra na inclusão de OCS e PSA, não se antecipa a ocorrência de impactos ambientais significativos.

Em vista dos pontos elencados, declara-se que o processo de credenciamento é viável e está alinhado com os objetivos estratégicos do GSAU-NT e do SISAU, tendo o potencial de trazer benefícios substanciais para o sistema de saúde como um todo.

16. Responsáveis

Todas as assinaturas eletrônicas seguem o horário oficial de Brasília e fundamentam-se no §3º do Art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

JULIANA GARCIA GOMES NETO DANTAS

Presidente da Comissão Permanente de Credenciamento Hospitalar do GSAU-NT

PAULO DE TARSO DE ALMEIDA

Comandante do Grupo de Saúde de Natal

FERNANDA MARTINS FEIJO PINHEIRO

Agente de Controle Interno

FRANCISCO IRAN DE VASCONCELOS MURAYAMA

Ordenador de Despesas



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA

CONTROLE DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS DO DOCUMENTO

Documento:	Parte 2 - 1ª Atualização EDITAL 2024
Data/Hora de Criação:	13/09/2024 15:44:33
Páginas do Documento:	11
Páginas Totais (Doc. + Ass.)	12
Hash MD5:	742150194e5841b75dc5f8f1a0027e40
Verificação de Autenticidade:	https://autenticidade-documento.sti.fab.mil.br/assinatura

Este documento foi assinado e conferido eletronicamente com fundamento no artigo 6º, do Decreto nº 8.539 de 08/10/2015 da Presidência da República pelos assinantes abaixo:

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Major JULIANA GARCIA GOMES NETO DANTAS no dia 13/09/2024 às 12:54:40 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Segundo Sargento BRUNO RIBEIRO DA SILVA no dia 04/11/2024 às 14:44:44 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Cap NELSON RUBENS COUTINHO FILHO no dia 12/11/2024 às 12:37:10 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Cel FRANCISCO IRAN DE VASCONCELOS MURAYAMA no dia 12/11/2024 às 18:11:21 no horário oficial de Brasília.

CONTROLE DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS DO DOCUMENTO



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
BASE AÉREA DE NATAL
Grupo de Saúde de Natal

REQUERIMENTO DE ADESÃO AO CREDENCIAMENTO

Nº _____/GSAU-NT/20_____

Tendo em vista a publicação do Edital de Credenciamento 001/GSAU-NT /20____ª versão, solicito a confecção de Termo de Adesão para este proponente Credenciado conforme prazos, itens, quantidades e valores constante da Carta Proposta

Objeto Resumido: Por exemplo: Atendimento Médico Hospitalar e nas especialidades de Ressonância, Ressonância Cardíaca, Angioressonância, Radioterapia Conformada, Radioterapia Estereotáxica, Biópsias, Endoscopia, Cirurgias Cardíacas, Hemodinâmica, Hemodiálise Ambulatorial, Oftalmologia, Quimioterapia, Tomografia Computadorizada e Ultrassonografia.

Endereço de atendimento: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Horário de atendimento: Pronto Socorro /Hospital Geral/ Maternidade : 24h - Domingo à Domingo
Ambulatório: Das 8h às 18h - Segunda à Quinta-Feira e Sexta-Feira das 8h às 17h

CRENCIADO: HOSPITAL XXXXX	CNPJ/CPF:
TIPO:	ORGANIZAÇÃO CIVIL DE SAÚDE (OCS) ou PROFISSIONAL DE SAÚDE AUTÔNOMO

_____/_____/_____.
(Local, data)

(Nome completo, CPF e assinatura do Representante Legal)

Autorizo o seguimento para formalização do instrumento descrito acima, conforme solicitado.

JULIANA GARCIA GOMES NETO DANTAS Maj QODENT
Presidente da Comissão Permanente de Credenciamento Hospitalar do GSAU-NT



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
BASE AÉREA DE NATAL
GRUPO DE SAÚDE DE NATAL

MODELO

TERMO DE ADESÃO

**TERMO DE ADESÃO AO EDITAL DE
CREDENCIAMENTO PARA PRESTAÇÃO
DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
N.º _____/BANT/GSAU-NT/20__.**

PROCESSO N.º: 67222. _____ /20__ - _____.

EDITAL DE CREDENCIAMENTO N.º: 01/20__.

1. QUALIFICAÇÃO DAS PARTES

1.1. ORGANIZAÇÃO CREDENCIANTE:

A União, entidade de direito público interno, por intermédio do BASE AÉREA DE NATAL/ Grupo de Saúde de Natal, órgão do Ministério da Defesa – COMANDO DA AERONÁUTICA, com sede na Rua do Especialista, s/n, Emaús, CEP 59.148-900, inscrita no CNPJ sob o n.º 00.394.429/0064-94, representada neste ato pelo seu Ordenador de Despesas, Sr. _____ (nome e patente do ordenador de despesas, titular ou delegado), portador da cédula de identidade n.º _____/COMAER, inscrita no CPF sob o n.º _____, designado para a função, conforme publicado no Boletim Interno n.º _____, de ____ de _____ de 20__, do(a) _____ (sigla da OG Executora onde publicou), representando o Comando da Aeronáutica, em conformidade com a Portaria COMGEP N.º _____/2GAB, de ____ de _____ de 20__, publicada no Boletim do Comando da Aeronáutica n.º _____, de ____ de _____ de 20__, doravante denominada CREDENCIANTE.

1.2. ORGANIZAÇÃO CIVIL DE SAÚDE OU PROFISSIONAL DE SAÚDE AUTÔNOMO:

() ORGANIZAÇÃO CIVIL DE SAÚDE (OCS)

() PROFISSIONAL DE SAÚDE AUTÔNOMO (PSA)

_____ (nome do credenciado), inscrita sob o CNPJ/CPF sob nº _____, estabelecido(a) à _____ (endereço completo, inclusive com CEP), neste ato representada pelo _____ (nome do Representante Legal), portador da cédula de identidade nº _____ expedida pela _____, inscrito no CPF sob o nº _____, doravante denominada CREDENCIADO.

2. OBJETO:

Deve-se limitar especificamente ao serviço a que o CREDENCIADO se propõe prestar. Esta cláusula deve definir claramente quais os serviços/procedimentos que estão sendo credenciados, para atendimento aos beneficiários do SISAU. Nela também devem constar todos os dados que caracterizam o prestador, ou seja: hospital geral, maternidade, hospital psiquiátrico, hospital dia, clínicas ou hospitais especializados, bem como as especialidades e as áreas de atuação, o local e o horário de atendimento. Caso o serviço não seja integral, deverá identificar, com clareza, os procedimentos credenciados (por exemplo: artroscopia de joelho). Para prestadores de serviços hospitalares, devem ser especificados os tipos de acomodação credenciados - se individual ou se coletivo, ou ambos. Tendo por base os ANEXOS “I”, “J” e “R”.

3. PARÂMETROS FINANCEIROS:

3.1. Os preços dos serviços e procedimentos agregados serão remunerados, conforme os termos da Seção 9 “DO PREÇO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO” do Edital de Credenciamento, e serão invariáveis para o mesmo serviço prestado por diferentes credenciados.

3.1.1. A CREDENCIANTE obriga-se ao pagamento dos serviços prestados, adotando as tabelas

de preços contidas nos Anexos ao Edital de Credenciamento, cujos descritores e valores foram referenciados nas tabelas usuais do mercado de saúde suplementar, e os valores definidos a partir de pesquisa de preço de mercado. Não haverá distinção de valores para um mesmo serviço prestado por CREDENCIADOS diferentes.

3.2. O pagamento considerará os valores das TABELAS REFERENCIAIS na data de realização do atendimento.

3.3. Após o procedimento de auditoria e eventual recurso de glosa, o Presidente da Comissão de Fiscalização da CREDENCIADA do Termo de Adesão autorizará a emissão da nota fiscal no valor final estabelecido pelo setor competente.

3.4. As Notas Fiscais deverão ser entregues acompanhadas da documentação comprobatória da regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária, prevista em Edital, documentação que será examinada pela Comissão de Fiscalização.

3.5. Os pagamentos serão efetuados mediante Ordem Bancária, em favor do CREDENCIADO, na conta-corrente, agência e banco informados. Após a apresentação de Nota Fiscal dos serviços e lisura das faturas devidamente discriminadas. Deverá constar no corpo das respectivas faturas o período de competência do faturamento.

3.6. A Nota Fiscal deverá ser emitida com os seguintes dados: Tomador do Serviço:

BASE AÉREA DE NATAL

Estrada para CATRE, s/nº, Bairro Emaús

Parnamirim-RN CEP: 59148-900

CNPJ: 00.394.429/0185-81

Valor:

Documento de referência da auditoria:

Período: mês do faturamento/mês de auditoria Tipo de serviço:

Dados bancários:

Número da Nota de Empenho correspondente:

Valor dos tributos ou se for isenta deve citar o motivo.

3.7. Após 90 (noventa) dias, a CREDENCIANTE não aceitará despesas decorrentes de GAB

não apresentadas, não cabendo recurso.

3.8. O CREDENCIANTE efetuará o pagamento, no prazo máximo de até 30 (trinta) dias corridos, contados da data de recebimento da Nota Fiscal.

3.9. Havendo erro ou omissão na apresentação dos documentos pelo CREDENCIADO, ou outra circunstância que impeça a liquidação da despesa, o pagamento ficará sobrestado, até que o CREDENCIADO providencie as medidas sanadoras. Nesta hipótese, o prazo para pagamento iniciar-se-á após a comprovação da regularização da situação, não acarretando qualquer ônus para o órgão CREDENCIANTE.

3.10. Antes de cada pagamento ao CREDENCIADO, será realizada consulta ao SICAF ou aos sítios eletrônicos oficiais, para verificar a manutenção das condições de habilitação exigidas no Edital.

3.11. Não havendo regularização ou sendo a defesa considerada improcedente, a CREDENCIANTE deverá comunicar à Comissão Fiscalizadora quanto à inadimplência junto aos órgãos fiscalizadores federais, estaduais e municipais do CREDENCIADO, bem como quanto à existência de pagamento a ser efetuado, para que sejam acionados os meios pertinentes e necessários para garantir o recebimento de seus créditos.

3.12. Persistindo a irregularidade, a CREDENCIANTE deverá adotar as medidas necessárias à rescisão do Termo de Adesão, nos autos do processo administrativo correspondente, assegurado ao CREDENCIADO o contraditório e ampla defesa.

3.13. Havendo a efetiva execução do objeto, os pagamentos serão realizados normalmente, até que se decida pela rescisão do Termo de Adesão, caso o CREDENCIADO não regularize sua situação junto ao SICAF.

3.14. Somente por motivo de economicidade, segurança nacional ou outro interesse público de alta relevância, devidamente justificado, em qualquer caso, pela máxima autoridade do Órgão, não será rescindido o Termo de Adesão em execução com o CREDENCIADO inadimplente no SICAF.

3.15. Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável, nos termos do item 6, do Anexo XI, da IN SEGES/MPDG nº 65, de 2021, quando couber.

3.16. O CREDENCIADO regularmente optante pelo Simples Nacional não sofrerá a retenção tributária quanto aos impostos e contribuições abrangidos por aquele regime, observando-se as exceções nele previstas. No entanto, o pagamento ficará condicionado à apresentação de comprovação, por meio de documento oficial, de que faz jus ao tratamento tributário favorecido previsto na Lei Complementar nº 123, de 2006.

3.17. Será considerada data do pagamento o dia em que constar como emitida a ordem bancária para pagamento.

3.18. Quando da ocorrência de eventuais atrasos de pagamento provocados exclusivamente pela Administração Pública Federal, o valor devido deverá ser acrescido de compensação financeira, e sua apuração se fará desde a data de seu vencimento até a data do efetivo pagamento, em que os juros de mora serão calculados à taxa de 0,5% (meio por cento) ao mês, ou 6% (seis por cento) ao ano, mediante aplicação das seguintes fórmulas:

$$I = (TX/100)/365$$

$$EM = I \times N \times VP, \text{ onde:}$$

I = Índice de compensação financeira

TX = Percentual da taxa de juros de mora anual EM = Encargos moratórios

N = Número de dias entre a data prevista para o pagamento e a do efetivo pagamento VP = Valor da parcela em atraso.

3.19. Os valores vigentes na data de atendimento serão os considerados para a quitação das faturas.

3.20. Sobre o valor devido ao CREDENCIADO, a Administração Pública Federal efetuará a retenção do Imposto sobre a Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ), da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e da Contribuição para o PIS/Pasep, conforme disposto na Instrução Normativa da Secretaria da Receita Federal nº 1.234, de 11 de janeiro de 2012.

3.21. Quanto ao Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN), será observado o disposto na Lei Complementar nº 116/2003, e legislação municipal aplicável.

3.22. Toda situação anormal, que impossibilite ou prejudique o pagamento das despesas, será imediatamente informada ao CREDENCIADO.

3.23. A Administração deduzirá do montante a ser pago os valores correspondentes às multas, a título de sanção, e/ou indenizações devidas por parte do CREDENCIADO.

3.24. O desconto de qualquer valor no pagamento devido ao CREDENCIADO será precedido de processo administrativo em que será garantido o contraditório e a ampla defesa, com os recursos e meios que lhes são inerentes.

3.25. É vedado ao CREDENCIADO transferir a terceiros os direitos ou créditos decorrentes deste Termo de Adesão.

3.26. As Sanções Administrativas serão aplicadas conforme os termos do Capítulo 13 “DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS”, do edital de credenciamento.

3.27. O critério de atualização dos preços dos serviços credenciados consta no Capítulo 10 “DA ATUALIZAÇÃO DOS PREÇOS”, do Edital de Credenciamento nº 001/2024.

4. DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

4.1. A prestação do serviço credenciado deverá ser formalizada pela emissão de Guia de Apresentação de Beneficiário (GAB) ou GEAM (Guia de Encaminhamento para a Assistência Médico-Hospitalar), corretamente preenchida com os dados necessários para identificação do beneficiário do SISAU, do procedimento em saúde a ser realizado e do CREDENCIADO.

4.2. A GAB ou GEAM apresentada deve conter a assinatura da autoridade competente (Chefe, Diretor ou Comandante da Organização Credenciante emitente ou por Oficial a quem seja delegada competência), bem como do paciente ou seu responsável.

4.3. Nos casos de procedimentos eletivos sem GAB assinada pela autoridade competente e/ou com a apresentação de GAB não certificada pelo beneficiário (ou representante legal), a CREDENCIA NÃO AS RECONHECERÁ. Constituem exceção a essa regra, os casos de urgência/emergência comprovada.

4.4. Em casos de urgência e/ou emergência, quando não houver a possibilidade de emissão de solicitação e/ou emissão de autorização prévia (GAB), o atendimento poderá ser realizado pelo CREDENCIADO com a apresentação de guia provisória (GAB provisória ou GEAM provisória), emitida e assinada manualmente pelo médico do Grupo de Saúde de Natal, bem como pelo paciente ou seu responsável, encaminhando o paciente para o CREDENCIADO.

4.4.1. Nestes casos, o CREDENCIADO deverá:

- a) identificar adequadamente o beneficiário do SISAU;
- b) orientar o beneficiário e/ou seu representante legal a comunicar o atendimento à Credenciante, no prazo máximo de quarenta e oito horas, a contar da data do atendimento;
- c) providenciar a certificação, pelo beneficiário/representante legal, dos procedimentos realizados, mediante assinatura na fatura (ou documento equivalente); e
- d) comunicar o atendimento à CREDENCIANTE (independentemente da comunicação do beneficiário), em no máximo de 48(quarenta e oito) horas, a contar da data do mesmo, fornecendo todos os elementos necessários para que seja comprovada a urgência e/ou emergência, para que a CREDENCIANTE possa emitir a autorização formal para o procedimento e iniciar o acompanhamento de todo o processo de assistência à saúde.

4.5. Nos casos de urgência/emergência **não justificada**, o uso da rede CREDENCIADA sem autorização formal e prévia da Credenciante será caracterizado como livre escolha pelo beneficiário/responsável pelo paciente, situação em que o COMAER fica desincumbido da responsabilidade de arcar com as despesas que decorrerem deste uso.

4.6. Poderão ser encaminhados para atendimento pelo CREDENCIADO, os beneficiários do FUNSA, os beneficiários exclusivos da AMH e os beneficiários da assistência médico-hospitalar de outras Forças Singulares.

4.7. Nos casos excepcionais, em que for necessário o encaminhamento, para o CREDENCIADO, de pacientes não cadastrados no sistema informatizado da Saúde Complementar – SISAUC, a exemplo de beneficiário da assistência do SISAU, ainda não cadastrado, ou assistência por ordem judicial, ou após licenciamento por término de tempo de serviço amparado por Junta de Saúde, ou ainda, beneficiário do Sistema de Saúde de outra Força Singular, a autorização prévia será formalizada por meio de Ofício assinado por autoridade competente (Chefe, Diretor ou Comandante da Organização Credenciante emitente ou por Oficial a quem seja delegada a competência) e paciente ou responsável. Deverá constar neste ofício:

- a) a identificação do beneficiário a receber a assistência à saúde;
- b) a identificação do prestador credenciado a realizar o serviço;
- c) a especificação dos procedimentos a serem realizados;
- d) a informação de que o ofício será utilizado em substituição à GAB e, ainda, que o mesmo, em sua versão original, deverá retornar a Organização Credenciante, anexo à Produção dos serviços prestados, por ocasião da apresentação da conta;

4.8. Para certificação do procedimento autorizado, o paciente ou seu responsável deverá, obrigatoriamente, declarar, na guia/documento próprio de encaminhamento, que o(s) procedimento(s) nele(s) discriminado(s) foi(foram) realizados, com aposição de sua assinatura.

4.9. O encaminhamento de beneficiários do SISAU exclusivos AMH (não contribuintes do FUNSA) será realizado por meio de GEAM, na qual constará a observação de que o responsável deverá pagar integralmente (100% - cem por cento) as despesas, diretamente ao CREDENCIADO, no ato da execução do procedimento, devendo passar por auditoria. Essa cobrança levará em conta os valores cobrados de acordo com o Edital, sendo de responsabilidade exclusiva do CREDENCIADO, inclusive em caso de urgência e/ou emergência, cobrar a(s) despesa(s) do(s) procedimento(s).

4.10. Os Militares da Aeronáutica da ativa, da reserva ou reformado, deverão apresentar identidade militar (ou identidade civil) e GAB assinada, acompanhada do pedido médico.

4.11. O pensionista e seus dependentes, além dos dependentes de militares da ativa ou da reserva, deverão apresentar carteira de identidade militar (ou civil) e GAB ou GEAM, assinada e acompanhada do pedido médico.

4.12. Para atendimento pelo CREDENCIADO, os beneficiários do SISAU e os beneficiários do Sistema de Saúde de outras Forças Singulares serão encaminhados por organização militar da Aeronáutica e deverão identificar-se com apresentação de documento oficial de identificação com foto e guia/documento próprio de encaminhamento.

4.13. No caso os casos de **urgência/emergência comprovada**, situação onde o beneficiário não apresentar encaminhamento ou qualquer outro documento que seja previsto para o atendimento, caberá ao CREDENCIADO:

- a) identificar adequadamente o beneficiário do SISAU, devendo CREDENCIADO fazer

contato;

b) imediato com a CREDENCIANTE para confirmar a dependência entre o beneficiário e a FAB, através do telefone **(84) 3644-7672**;

c) orientar o beneficiário e/ou seu representante legal a comunicar o atendimento a CREDENCIANTE responsável, no prazo máximo de 48h (quarenta e oito horas), a contar da data do atendimento. Caso o prazo ultrapasse as 48h (quarenta e oito horas), os gastos contraídos pelo beneficiário serão inteiramente de responsabilidade do mesmo e devem ser acertados diretamente com a CREDENCIADO, sem nenhum ônus à CREDENCIANTE;

d) providenciar a certificação, pelo beneficiário/representante legal, dos procedimentos realizados, mediante assinatura na produção (ou documento equivalente);

e) comunicar imediatamente o atendimento à CREDENCIANTE (independentemente da comunicação do beneficiário), fornecendo todos os elementos necessários para que seja comprovada a urgência e/ou emergência do atendimento;

f) A CREDENCIANTE ao tomar conhecimento do atendimento em caráter de urgência/emergência comprovada, emitirá a GAB e deverá conter no campo “observação” informação de que se trata de GAB emitida pós-atendimento, em virtude de ter sido realizado em caráter de urgência/emergência , com o seguinte texto padrão: **“GAB emitida com data posterior ao atendimento , por se tratar de evento de urgência/emergência”**; e

g) No caso da GAB emitida pós-atendimento, o CREDENCIADO deverá providenciar a retirada junto a CREDENCIANTE, atentando para o texto padrão: **“GAB emitida com data posterior ao atendimento, por se tratar de evento de urgência/emergência”** no campo “observação”.

4.14. No caso de instituições hospitalares, o CREDENCIADO obriga-se a permitir a auditoria técnica no local, nos seguintes termos:

a) identificação do beneficiário junto ao setor de admissão do CREDENCIADO onde estiver sendo assistido;

b) análise do Prontuário Médico e dos demais registros clínicos;

c) visita ao paciente com observação crítica de seu estado, correlacionando-o com o Prontuário Médico e com os demais registros clínicos;

d) discussão dos casos com a(s) equipe(s) médica(s) assistente(s), sempre que necessário para o satisfatório desempenho das funções de auditoria;

e) preenchimento do Relatório de Auditoria Hospitalar; e,

f) auditoria das faturas médico-hospitalares, correlacionando o Prontuário Médico e o Relatório de Auditoria Hospitalar.

4.15. Para o encargo previsto no item 5.14, a CREDENCIANTE poderá se valer de profissionais de saúde da própria CREDENCIANTE, de uma outra organização de saúde da aeronáutica (OSA) ou de profissionais ou empresa CREDENCIADA para tal fim.

4.16. Caso uma OSA ou Organização Militar de Saúde de outra Força Singular reúna as condições necessárias para prestar a adequada assistência ao beneficiário em regime de internação hospitalar, a CREDENCIANTE providenciará a transferência do beneficiário, do CREDENCIADO para a OSA ou Organização Militar de Saúde de outra Força Singular.

4.17. No caso de haver necessidade de prorrogação do tempo de internação, além do período inicialmente autorizado por guia/documento próprio de encaminhamento, caberá ao CREDENCIADO encaminhar a solicitação de prorrogação, emitida pelo médico assistente, à CREDENCIANTE, preferencialmente com antecedência de 48h (quarenta e oito horas) ao vencimento das diárias já autorizadas. A CREDENCIANTE dará retorno ao CREDENCIADO, especificando a quantidade de diárias autorizadas na prorrogação.

4.18. Nos casos de internação clínica, os honorários médicos serão pagos por dia de internação, equivalentes a uma visita hospitalar diária. Havendo necessidade de mais de uma visita por dia, um relatório detalhado contendo justificativa deverá ser confeccionado e encaminhado à CREDENCIANTE, para fins de autorização. Havendo necessidade do parecer de profissional de outra especialidade, o médico assistente deve solicitar e justificar, no prontuário, a avaliação e parecer, e/ou acompanhamento do especialista, o qual será autorizado com código próprio para parecer médico.

4.19. Para comprovação do total de diárias autorizadas, todas as guias/documentos próprios de autorização deverão estar anexados à produção/fatura hospitalar, por ocasião de sua apresentação.

4.20. No caso de inexistência de vagas na acomodação autorizada, o Beneficiário será internado em acomodação disponível e compatível com seu quadro clínico, até que seja transferido para acomodação compatível com a autorização. Nestes casos, não caberão quaisquer ônus de diferença de preços daquele período para a CREDENCIANTE.

4.21. Em princípio, os serviços contratados serão prestados diretamente por profissional do próprio CREDENCIADO. Equipara-se a esse profissional, a empresa, o grupo, a sociedade ou o

conglomerado de profissionais que prestem serviço em caráter regular ao CREDENCIADO, desde que não tenham credenciamento próprio.

4.22. A CREDENCIANTE poderá fornecer medicamentos, materiais de penso, órteses, próteses, materiais cirúrgicos especiais (reutilizáveis), dietas e outros produtos nutricionais e materiais de alto custo, assim como outros que julgar necessários para a execução do contrato, respeitando o protocolo de tratamento do CREDENCIADO.

4.23. A execução e controle dos serviços contratados será avaliada pela CREDENCIANTE, mediante supervisão direta ou indireta dos procedimentos realizados.

4.24. CREDENCIADO deverá considerar o prazo de 30 (trinta) dias para os casos de RETORNO DE CONSULTAS ambulatoriais.

4.25. Nos prontos atendimentos, será considerado retorno, sem direito a cobrança, o atendimento ao mesmo paciente, beneficiário da CREDENCIANTE, feito dentro de 24 (vinte e quatro) horas.

4.26. As sessões de fonoaudiologia, de psicologia, de aplicações fisioterápicas e de terapia ocupacional não deverão ter duração inferior ao determinado na legislação do seu Conselho de Classe.

4.27. O CREDENCIADO deverá enviar a CREDENCIANTE uma lista impressa e por meio eletrônico, constando o(s) número(s) do(s) registro(s) do profissional no Conselho de Classe Regional respectivo e na especialidade sempre que o mesmo for atualizado;

4.28 O CREDENCIADO é responsável pelos encargos trabalhista, fiscal, previdenciário e comercial resultantes da execução do contrato.

4.29. Os procedimentos sujeitos a parecer especial da Seção do Fundo de Saúde e/ou Junta de Saúde do Grupo de Saúde de Natal, bem como os procedimentos médico-hospitalares não indenizados pelo Fundo de Saúde da Aeronáutica foram enumerados no Anexo “U”, do Edital de Credenciamento nº 001/2024.

4.30. Nos casos de tratamentos prolongados, as contas deverão ser encerradas e apresentadas a cada 30 (trinta) dias à Subseção de Auditoria. Nesses casos, deve ser emitida nova GAB, com as

devidas comprovações para a necessidade de prorrogação de internações.

4.31. É vedado ao CREDENCIADO exigir que o usuário assine fatura ou guia de atendimento ou quaisquer papéis em branco.

4.32. O CREDENCIADO se obriga a anteder o beneficiário da CREDENCIANTE em condições iguais de atendimento aos demais usuários de seus serviços, constituindo infração a discriminação de qualquer natureza.

4.33. O beneficiário poderá notificar a CREDENCIANTE qualquer irregularidade verificada na prestação dos serviços e/ou faturamento.

4.34. O CREDENCIADO se obriga a fornecer, quando solicitado pelo CREDENCIANTE, documentos médico-legais, justificativas para exames, lista de pacientes internados e quaisquer outros documentos pertinentes segundo as normas de regulação vigente.

5. PRAZOS E PROCEDIMENTOS PARA FATURAMENTO E PAGAMENTO:

5.1. Para melhor entendimento deste Edital, considerar-se-á que “produção/fatura” equivale ao lote mensal de demonstrativo de despesas (produção referente ao mês em que foi realizado o serviço prestado).

5.2. A entrega da produção será realizada no Grupo de Saúde de Natal entre os dias 25 de um mês e o dia 05 do mês subsequente. Deverá ser enviada por meio físico em duas vias, com capa demonstrativa dos serviços, em formato de planilha, em papel timbrado, com a identificação do CREDENCIADO, CNPJ, endereço, telefone, e-mail e assinatura do responsável pelo faturamento da CREDENCIADO, em nome do BASE AÉREA DE NATAL - Grupo de Saúde de Natal. Em anexo devem constar todos os comprovantes de despesas necessários para comprovação na auditoria, laudos de exames, Relatório Cirúrgico, Boletim de Anestesia e relação de materiais e medicamentos utilizados em sala ou fora dela, organizados individualmente por paciente atendido, relativos aos atendimentos prestados até o último dia do mês considerado. Deve ainda constar discriminado número de ordem (SARAM) do responsável, data da realização do procedimento, número da guia de encaminhamento (GAB ou Ofício), nome do usuário, código da tabela CBHPM constante no Anexo correspondente do Edital de Credenciamento, assim como descrição do

procedimento, código da ANVISA (caso se aplique), quantitativo, valores unitários e valores totais de cada procedimento, valor total de toda a produção e relatório de conferência. Se possível e necessário, dividir a produção por modalidades de assistência (eletivos/urgência e emergência/múltiplas seções).

5.3. Caso o procedimento tenha sido realizado com solicitação por meio de ofício, ou outro meio diferente da GAB ou Guia provisória - GAB provisória, estas produções deverão seguir deverão ser entregues em lotes diferentes dos procedimentos realizados através de emissão de GABs ou Guia provisória (GAB provisória).

5.4 Somente serão aceitas produções com as GAB(s) e os ofícios originais, devidamente assinados pela autoridade competente, bem como paciente ou responsável.

5.5. A GAB/GEAM tem validade de 30 (trinta) dias, contados da data de sua emissão. Os serviços prestados após este prazo são passíveis de glosa.

5.6. Nos casos de tratamentos prolongados, as contas deverão ser encerradas e apresentadas, no máximo, a cada 30 (trinta) dias.

5.7. Se necessitar da prestação de serviço de algum médico (ou outro profissional de saúde) que não for CREDENCIADO, a CREDENCIADA deverá consultar primeiramente a CREDENCIANTE. Caso exista o profissional no quadro de profissionais da CREDENCIANTE, este profissional deverá realizar o atendimento na instituição CREDENCIADA. Se não houver o profissional adequado, a instituição CREDENCIADA poderá contratar o profissional. A conta deverá ser faturada por essa Instituição a qual repassará os honorários ao profissional que prestou o serviço.

5.8. A CREDENCIADA terá prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da alta do usuário ou execução do serviço, para a apresentação da GAB, acompanhada da produção e dos demais documentos comprobatórios.

5.9. As produções/faturas que tiverem os seus valores glosados serão informadas à CREDENCIADA no prazo de 30 (trinta) dias a contar da entrega, com as razões das glosas efetuadas, discriminando o item e o valor dessas, através de Relatório de glosa.

5.10. A CREDENCIADA receberá o relatório de glosas através do email fornecido pela Equipe de Auditoria Técnica do GSAU-NT/BANT (Subseção de Auditoria e-mail auditoria.esnt@gmail.com ((84) 3644-7574);

5.11. A CREDENCIADA deverá notificar o recebimento do Relatório de glosa, por meio do correio eletrônico, utilizando o e-mail citado no item acima.

5.12. O recurso de glosa terá um prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis para ser apresentado pela CREDENCIADA, contados da data de recebimento do relatório de não conformidade. O Recurso deverá ser entregue por escrito e protocolado junto à Subseção de Auditoria, constando a descrição dos serviços contestados, número de guia, itens e valores glosados.

5.13. O recurso será julgado em até 15 (quinze) dias úteis, contados a partir da assinatura do recebedor em protocolo. Caso seja julgado procedente o recurso de glosa, a CREDENCIANTE efetuará o pagamento. Caso contrário, a CREDENCIANTE informará o resultado à CREDENCIADA e arquivará a documentação.

5.14. Se a prestadora CREDENCIADA não apresentar recurso, prevalecerão as glosas efetuadas pelo setor.

5.15. É vedado o pagamento de qualquer valor acima daqueles estabelecidos no Termo de Adesão.

5.16. É vedado ao CREDENCIADO cobrar diretamente do beneficiário do FUNSA qualquer importância a título de taxas, honorários ou serviços prestados, inclusive depósitos prévios, além dos constantes das tabelas acima pactuadas, salvo o direito do beneficiário do FUNSA de optar por melhoria de padrão de acomodação hospitalar para si, ou para seus dependentes, quando internados em pessoa jurídica.

5.17. Neste caso, a diferença de honorários médicos e de despesas hospitalares referentes a esta opção será paga, integralmente, pelo titular ao prestador;

5.18. Ao fazer esta opção, o beneficiário deverá assinar, em conjunto com o responsável pela pessoa jurídica, o Termo de Ajuste Prévio, tanto referente à melhoria do padrão de acomodação, quanto ao médico assistente, que também assinará o termo.

6. ROTINA DE AUDITORIA:

6.1. As fases do processamento das despesas médicas deverão ser acompanhadas por parte do órgão executor do FUNSA, por intermédio de auditorias prévias, concorrentes e a *posteriori*, além da verificação da lisura e inspeções administrativas.

6.2. Em caso de atendimento em caráter de urgência/emergência, se comprovado, a CREDENCIANTE emitirá a GAB após o atendimento. Nesse caso, deverá ser anexado relatório analítico do auditor prospectivo da CREDENCIANTE, justificando a emissão pós atendimento e, se necessário, parecer técnico de especialista para comprovação da urgência/emergência.

6.3. No caso de instituições hospitalares, a CREDENCIADA obriga-se a permitir a auditoria técnica no local, nos seguintes termos:

- a)** identificação do beneficiário junto ao setor de admissão da CREDENCIADA onde estiver sendo assistido;
- b)** análise do Prontuário Médico e demais registros clínicos;
- c)** visita ao paciente com observação crítica de seu estado, correlacionando-o com o Prontuário Médico e com os demais registros clínicos;
- d)** discussão dos casos com a(s) equipe(s) médica(s) assistente(s), sempre que necessário para o satisfatório desempenho das funções de auditoria;
- e)** preenchimento do Relatório de Auditoria Hospitalar; e,
- f)** auditoria das faturas médico-hospitalares, correlacionando Prontuário Médico e Relatório de Auditoria Hospitalar.

7. DO FORO

7.1. O foro para dirimir questões relativas ao presente Termo de Adesão será o da Justiça Federal em Parnamirim-RN, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Parnamirim-RN, ____ de _____ de 20 ____.

CREDECIANTE:

Fulano de Tal Tenente Coronel Médico
Ordenador de Despesas

CREDECIAADO:

Sicrano de Tal
Representante Legal

TESTEMUNHA 1:

Beltrano de Tal Major Médico
Presidente da Comissão Permanente de Credenciamento do GSAU-NT

TESTEMUNHA 2:

Belfulano de Tal Capitão
Agente de Controle Interno do GSAU-NT



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA

CONTROLE DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS DO DOCUMENTO

Documento:	Parte 3 - 1ª Atualização EDITAL 2024
Data/Hora de Criação:	13/09/2024 15:44:49
Páginas do Documento:	17
Páginas Totais (Doc. + Ass.)	18
Hash MD5:	430b730e6d9f348944c6b1925a772643
Verificação de Autenticidade:	https://autenticidade-documento.sti.fab.mil.br/assinatura

Este documento foi assinado e conferido eletronicamente com fundamento no artigo 6º, do Decreto nº 8.539 de 08/10/2015 da Presidência da República pelos assinantes abaixo:

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Major JULIANA GARCIA GOMES NETO DANTAS no dia 13/09/2024 às 12:54:40 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Segundo Sargento BRUNO RIBEIRO DA SILVA no dia 04/11/2024 às 14:44:44 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Cap NELSON RUBENS COUTINHO FILHO no dia 12/11/2024 às 12:37:10 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Cel FRANCISCO IRAN DE VASCONCELOS MURAYAMA no dia 12/11/2024 às 18:11:21 no horário oficial de Brasília.

CONTROLE DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS DO DOCUMENTO



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
BASE AÉREA DE NATAL
GRUPO DE SAÚDE DE NATAL

ANEXO L - DIÁRIAS E TAXAS

1.1 DIÁRIAS E TAXAS		
GRUPO	DISCRIMINAÇÃO	VALOR
DIÁRIAS	DIÁRIA DE APARTAMENTO	R\$ 632,16
DIÁRIAS	DIÁRIA DE ENFERMARIA	R\$ 391,66
DIÁRIAS	DIÁRIA BERÇÁRIO	R\$ 299,99
DIÁRIAS	UTI – ADULTO	R\$ 1.436,90
DIÁRIAS	UTI – NEONATOLOGIA	R\$ 2.684,21
DIÁRIAS	UTI - NEUROLOGIA	R\$ 1.445,31
DIÁRIAS	UTI – CORONARIANA	R\$ 1.371,01
DIÁRIA PSIQUIATRIA	VISITA HOSPITALAR PSIQUIÁTRICA	R\$ 277,89
DIÁRIA PSIQUIATRIA	TAXA DE SALA DE OBSERVAÇÃO APÓS 6H, REFERENTE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA)	R\$ 68,24
DIÁRIAS	DAY CLINIC APARTAMENTO	R\$ 384,27
DIÁRIAS	DAY CLINIC ENFERMARIA	R\$ 199,86
DIÁRIAS	ISOLAMENTO EM ACOMODAÇÃO (APTO/ENF) Todo e qualquer material/equipamento/taxas que for necessário para realizar o isolamento nesta acomodação - DIA	R\$ 459,68
DIÁRIAS	TX ISOLAMENTO UTI Todo e qualquer material/equipamento/taxas que for necessário para realizar o isolamento nesta acomodação - DIA	R\$ 659,84
DIÁRIAS	TX PREPARO DE ALIMENTAÇÃO PARENTERAL	R\$ 91,21
DIÁRIAS	TX PREPARO DE ALIMENTAÇÃO ENTERAL P/ DIA	R\$ 62,07
TAXA	TAXA DE SALA DE OBSERVAÇÃO, ATÉ 6 HORAS	R\$ 62,87
1.2 TAXAS DE EQUIPAMENTOS		
GRUPO	DISCRIMINAÇÃO	VALOR
TAXA	FIBRA ÓTICA (USO)	R\$ 150,05
TAXA	FIBRA ÓTICA TRANS INTRAC (USO)	R\$ 186,65

TAXA	FIBRA ÓTICA TRANSESCLERAL INTRAVENOSA (USO)	R\$ 220,69
TAXA	FIBRA ÓTICA AFASTADOR LUMINOSO (USO)	R\$ 248,30
TAXA	INTENSIFICADOR DE IMAGEM (USO)	R\$ 260,82
TAXA	MARCAPASSO PROVISÓRIO (USO)	R\$9,21
TAXA	MICROSCÓPIO CIRÚRGICO (USO)	R\$ 290,50
TAXA	SWAN-GANS (DIA)	R\$ 215,96
TAXA	DRILL NITROGÊNIO ELÉTRICO (USO)	R\$ 258,30
TAXA	OXÍMETRO (DIA)	R\$ 146,97
TAXA	URETERORRENOSCÓPIO (USO)	R\$ 871,96
TAXA	ASPIRADOR/IRRIGADOR(USO)	R\$ 38,43
TAXA	BERÇO AQUECIDO (HORA)	R\$ 6,16
TAXA	CAPNÓGRAFO (USO)	R\$139,52
TAXA	CRANIÓTOMO (USO)	R\$204,53
TAXA	FOTOTERAPIA (HORA)	R\$ 5,56
TAXA	INCUBADORA POR HORA	R\$ 7,91
TAXA	ENDOSCÓPICO CIRÚRGICO (USO)	R\$ 181,97
TAXA	LASER CIRÚRGICO (USO)	R\$ 341,10
TAXA	MONITOR CIRÚRGICO (USO)	R\$ 160,79
DIÁRIA	BOMBA DE INFUSÃO (DIA)	R\$ 48,73
TAXA	MONITOR CEREBRAL (POR DIA)	R\$ 138,78
TAXA	MONITOR FETAL (POR USO)	R\$ 42,40
TAXA	SERRA ELÉTRICA (USO)	R\$ 157,02
TAXA	UMIDIFICADOR (USO)	R\$ 76,80
TAXA	ALUGUEL/TAXA DE BISTURI BIPOLAR, POR USO	R\$ 71,97
TAXA	ALUGUEL/TAXA BISTURI DE ARGÔNIO, POR USO	R\$ 242,13
TAXA	ALUGUEL/TAXA DE BISTURI ULTRASSÔNICO, POR USO	R\$ 632,01
TAXA	BALÃO INTRA AÓRTICO POR DIA	R\$ 496,88
TAXA	TAXA DE MONITOR / MONITORIZAÇÃO DE PA INVASIVA, POR DIA	R\$ 121,03
TAXA	TAXA DE SALA PARA APLICAÇÃO DE MEDICAÇÃO	R\$ 33,68
TAXA	TAXA DE SALA PARA APLICAÇÃO DE MEDICAÇÃO ACIMA DE 6 HORAS	R\$ 248,30

TAXA	TAXA DE MANIPULAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM CAPELA DE FLUXO LAMINAR (POR MEDICAMENTO)	R\$ 165,52
TAXA	TAXA DE PERMEABILIZAÇÃO DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA	R\$ 859,95
TAXA	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA LAPAROSCOPIA PARA DIAGNÓSTICO, POR USO	R\$ 1.001,51
TAXA	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA LAPAROSCOPIA PARA CIRURGIA, POR USO	R\$ 1.713,73
TAXA	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA HISTEROSCOPIA COM VIDEO, POR USO	R\$ 1.035,68
TAXA	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA COM TROCATER, POR USO	R\$ 1.945,35
TAXA	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO/EQUIPAMENTO PARA ENDOSCOPIA UROLÓGICA, POR USO. COM TROCATER, POR USO	R\$ 795,76
TAXA	VÍDEO UROLOGIA – USO	R\$ 616,40
TAXA	VÍDEO BRONCOSCÓPIO – USO	R\$ 855,96
TAXA	VÍDEO COLONOSCÓPIO – USO	R\$ 338,25
TAXA	VIDEO ENDOSCOPIA	R\$ 310,55
TAXA	VIDEO ENDOSCOPIA CPRE (CIRÚRGICO)	R\$ 830,00
TAXA	TAXA POR USO APARELHO PARA CIRURGIA A LASER OTORRINOLARINGOLOGIA	R\$ 1.125,56
TAXA	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO/EQUIPAMENTO DE MARCAPASSO PROVISÓRIO/TEMPORÁRIO TRANSCUTÂNEO-USO	R\$ 38,11
TAXA	TAXA DE MONITOR / MONITORIZAÇÃO CARDÍACO / ECG, (POR DIA)	R\$ 138,05
TAXA	ALUGUEL/ TAXA DE USO DE APARELHO/ EQUIPAMENTO DE VIDEOURETEROSCOPIO RESSECTOR UROLÓGICO POR USO	R\$ 286,92
TAXA	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA CISTOURETOSCOPIA COM VIDEO, POR USO	R\$ 106,46
TAXA	TX ASPIRADOR ULTRASSÔNICO (ALUGUEL DE EQUIPAMENTO + INSUMO)	R\$ 1.075,91
TAXA	TX BISTURI ELÉTRICO P/ USO (INCLUI CANETA E PLACA)	R\$ 316,69
TAXA	TX BOMBA INJETORA P/ CONTRASTE POR DIA	R\$ 121,04
TAXA	TX COLCHÃO DE ÁGUA/AR/ P/DIA	R\$ 26,86
TAXA	TX COMPRESSÃO PNEUMÁTICA P/USO	R\$ 451,69
TAXA	TX CONTROLE DE PAI (PRESSÃO ARTERIAL INVASIVA)	R\$ 78,63
TAXA	TX DESFIBRILADOR/ CARDIOVERSOR P/USO	R\$ 80,91
TAXA	TX MARCAPASSO TEMPORÁRIO PARA/ DIA - TRANSVENOSO	R\$ 65,34
TAXA	TX MICROSCÓPIO NEUROLÓGICO DE FIBRA ÓTICA P/ USO	R\$ 482,32
TAXA	TX MONITOR DE NERVO-FACIAL (ALUGUEL DE	R\$ 14.337,12

	EQUIPAMENTO + INSUMOS)	
TAXA	TX MONITOR DE PIC P/ DIA	R\$ 135,75
TAXA	TX MONITOR MULTIPARÂMETRO POR DIA	R\$ 189,49
TAXA	TX MONITOR OXÍMETRO	R\$ 203,33
TAXA	TX NZB C/O2	R\$ 17,92
TAXA	TX NZB S/O2	R\$ 9,33
TAXA	TX PERFURADOR PNEUMÁTICO P / USO	R\$ 341,10
TAXA	TX RESPIRADOR BIPAP / CPAP P/ DIA	R\$ 81,52
TAXA	TX TRAÇÃO ESQUELÉTICA P/ DIA	R\$ 19,15
TAXA	TX TRICOTOMIZADOR P/ USO	R\$ 100,26
TAXA	TRICOTOMIZADOR (EM CIRURGIA CARDÍACA E NEUROCIRURGIAS)	R\$ 68,66
1.3 GASES MEDICINAIS		
GRUPO	DISCRIMINAÇÃO	VALOR
GASOT	AR COMPRIMIDO POR HORA	R\$ 20,52
GASOT	GÁS CARBÔNICO POR HORA	R\$ 72,88
GASOT	NEBULIZAÇÃO C/O2(C/MEDICAMENTO)-MÁSCARA COM AR COMPRIMIDO	R\$ 22,08
GASOT	C/O2(C/MEDICAMENTO)-MÁSCARA COM ÓXIDO NITROSO POR HORA	R\$ 9,00
GASOT	NEBULIZAÇÃO C/O2(C/MEDICAMENTO)-MÁSCARA COM O2 POR HORA	R\$ 13,91
GASOT	NEBULIZAÇÃO S/ O2 (C/MEDICAMENTO)	R\$ 7,59
GASOT	NITROGÊNIO POR HORA	R\$ 31,61
GASOT	OXIGÊNIO SOB CATETER / MASC VENTURI – HORA	R\$ 28,75
GASOT	OXIGÊNIO SOB RESPIRADOR - HORA	R\$ 50,53
GASOT	PROTÓXIDO DE AZOTO - HORA	R\$ 36,96
TAXA	SALA DE OBSERVAÇÃO	R\$ 43,05
TAXA	APARELHO DE HEMODIÁLISE	R\$ 326,34
DIA	RESPIRADOR DE VOLUME (DIA)	R\$ 163,37
DIA	RESPIRADOR DE PRESSÃO (DIA)	R\$ 100,84
GASOT	CAPACETE DE OXIGÊNIO, POR HORA	R\$ 30,50
GASOT	ÓXIDO NITROSO, POR HORA	R\$ 37,24

GASOT	INALAÇÃO COM AR COMPRIMIDO E OXIGÊNIO, POR HORA	R\$ 9,65
GASOT	TENDA OXIGENOTERAPIA, MATERIAL ACRÍLICO TRANSPARENTE (DIA)	R\$ 24,14
GASOT	ARGÔNIO P/ HORA	R\$ 41,02
1.4 TAXAS/SALAS		
GRUPO	DISCRIMINAÇÃO	VALOR
TX. SALA	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 0	R\$ 620,61
TX. SALA	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 1	R\$ 756,97
TX. SALA	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 2	R\$ 946,26
TX. SALA	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 3	R\$ 1.091,61
TX. SALA	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 4	R\$ 1.255,31
TX. SALA	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 5 (ATÉ 4 HORAS)	R\$ 1.255,31
TX. SALA	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 6 (ATÉ 4 HORAS)	R\$ 1.255,31
TX. SALA	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 7(ATÉ 5 HORAS)	R\$ 1.648,30
TX. SALA	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 8 (ATÉ 5 HORAS)	R\$ 1.683,44
TX. SALA	TX EXCEDENTE – PORTE 5 E 6 (P/HORA OU FRAÇÃO)	R\$ 268,52
TX. SALA	CURATIVOS(MATERIAL INCLUSO)	R\$ 58,28
TX. SALA	TX DE SALA DE GESSO (NÃO INCLUI MATERIAL)	R\$ 61,31
TX. SALA	TX DE IMOBILIZAÇÃO NÃO GESSADA (MATERIAL INCLUSO)	R\$ 66,90
TX. SALA	TAXA POR USO/SEÇÃO DE SALA DE QUIMIOTERAPIA	R\$ 197,29
TX. SALA	TX SALA AQUECEDOR DE FLUIDOS	R\$ 75,87
TX. SALA	TX DE SALA CURATIVOS - CURATIVOS GRANDES	R\$ 72,86
TX. SALA	TX DE SALA CURATIVOS-CURATIVOS MÉDIOS	R\$ 64,57
TX. SALA	TX DE SALA CURATIVOS - CURATIVOS PEQUENOS	R\$ 57,01
TX. SALA	TX EXAME HORÁRIO ESPECIAL	R\$ 109,29
TX. SALA	TX DE SALA RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA-USO	R\$ 158,19
TX. SALA	TX SALA CURATIVO AMBULATORIAL P/ USO	R\$ 54,63
TX. SALA	TX SALA EMERGÊNCIA (REANIMAÇÃO) P/ USO	R\$ 370,38

TX. SALA	TX SALA HEMODINÂMICA	R\$ 1.206,38
----------	----------------------	--------------

TAXA DE SALA DE CIRURGIA:

Visam cobrir, exclusivamente, o custo do espaço físico, móveis e equipamentos permanentes da sala, esterilização e uso do instrumental cirúrgico básico. Não incluem os equipamentos/Instrumentos Especiais constantes na Tabela de Serviços Hospitalares do Pró-Ser, que são remunerados separadamente.

Equipamentos inclusos nas diárias e taxas:

- Aspirador elétrico e/ou a vácuo inclui tubo de silicone/látex;
- Bomba de infusão, qualquer tipo ou modelo (inclui Bomba de Seringa qualquer tipo ou modelo);
- Carrinho de Emergência (incluso todos os equipamentos que compõem o carrinho);
- Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo inclui cabos e gel;
- Conjunto de nebulização/inalação (nebulizador, inalador, máscara, extensão e reservatório para o medicamento), descartável ou não;
- Capnógrafo, qualquer tipo ou modelo;
- Conjunto para inalação, extensor de Látex para oxigenoterapia e aspiração;
- Eletrocardiógrafo o equipamento e a taxa do aparelho para o Eletrocardiograma – ECG: incluso o papel e os eletrodos descartáveis bem como todos os insumos necessários para realização do exame de eletrocardiograma;
- Filtro Umidificador/Antibacteriano para ventilação;
- Os kits-bandejas descartáveis - Composição de Diárias/Taxas Hospitalares;
- O ato de transportar os equipamentos. Não é pertinente a cobrança da taxa de transporte de equipamentos;
- Equipamento de fototerapia;
- Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara descartável ou cirúrgica, máscara N95, avental descartável, propé, tocas ou turbantes, dispositivo para

descarte de material perfurocortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a NR 32 (legalidade da NR 6, NR 9, NR 32);

- Gerador de marcapasso (provisório);
- Monitores em geral, de qualquer tipo ou modelo (inclui cabos);
- Monitorização Invasiva contínua do paciente (alguns exemplos: Pressão - Invasiva, PVC, PAM, Temperatura, Pressão Intracraniana, inclui cabos (Não inclui o material descartável para a instalação da monitorização invasiva);
- Nebulizador, qualquer tipo ou modelo;
- Conjunto de nebulização/inalação (nebulizador, inalador, máscara, extensão e reservatório para o medicamento), descartável ou não;
- Conjunto para inalação, extensor de látex para oxigenoterapia e aspiração;
- Oxímetro, qualquer tipo ou modelo incluir sensor e cabo;
- Ventilador/Respirador mecânico ou eletrônico inclui: circuito respiratório, traqueias, conexões, descartáveis ou não;
- Aparelho/equipamento para Fototerapia Convencional ou tipo Biliberço e Bilispot: inclui a taxa de uso;
- Todos equipamentos citados na diária;
- Aspirador elétrico e/ou a vácuo;
- Bisturi elétrico, placa de bisturi, eletrodo de bisturi, caneta para bisturi, prolongador de caneta de bisturi (qualquer tipo ou modelo) inclui gel;
- Bomba de Circulação extracorpórea;
- Cal sodada;
- Os instrumentais cirúrgicos como drill, garrote pneumático, trépano, fresas, brocas, serras, lâminas de serras, lavagem pulsátil e bico de aspirador são instrumentos cirúrgicos que constituem o material básico para a realização do procedimento, portanto, não serão remunerados no Intercâmbio Nacional.
- Taxa de sala de recuperação anestésica.



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
BASE AÉREA DE NATAL
GRUPO DE SAÚDE DE NATAL

ANEXO M - MATERIAIS HOSPITALARES, OPME, CONTRASTES E DIETAS

	DESCRIÇÃO	VALOR
1	ABAIXADOR DE LÍNGUA	R\$ 3,00
2	ABSORVENTE HIGIÊNICO PÓS PARTO	R\$ 7,27
3	ACETABULO BIPOLAR E TOTAL	R\$ 776,85
4	ÁCIDO GRAXOS ESSENCIAIS (AGE, DERSANI)	R\$ 43,80
5	AÇO MONOFILAMENTO SEM AGULHA - AM 452	R\$ 7,71
6	ACTICOAT FLEX 10X10CM	R\$ 168,54
7	ACTISORB PLUS 25 COBERTURA DE CARVÃO ATIVADO COM PRATA 10.5 CM X 10.5 CM - MAP 105	R\$ 53,00
8	ACTISORB PLUS 25 COBERTURA DE CARVÃO ATIVADO COM PRATA 19CM X 10.5 CM - MAP 190	R\$ 50,37
9	ACTIVE LIFE BOLSAS DE OSTOMIA DE UMA PEÇA - BOLSA DE COLOSTOMIA FECHADA OPACA RECORTÁVEL 19-64MM 1117571	R\$ 16,62
10	ACTIVE LIFE BOLSAS DE OSTOMIA DE UMA PEÇA - BOLSA DE COLOSTOMIA FECHADA TRANSPARENTE RECORTÁVEL 19-64MM 1117572 - UN	R\$ 14,38
11	ACTIVE LIFE BOLSAS DE OSTOMIA DE UMA PEÇA - BOLSA DE COLOSTOMIA/ILEOSTOMIA DRENÁVEL CONVEXA TRANSPARENTE PRÉ-CORTADA 25MM 1197919 - UN	R\$ 14,83
12	ACTIVE LIFE BOLSAS DE OSTOMIA DE UMA PEÇA - BOLSA DE COLOSTOMIA/ILEOSTOMIA DRENÁVEL INFANTIL TRANSPARENTE RECORTÁVEL 8-50 MM 1197898 - UN	R\$ 39,67
13	ADAPTADOR FRASCO MAX 4.0MM 400111 - UN	R\$ 19,70
14	ADAPTADOR, USO: EM SERINGA, CATÉTER COM AGENTE EMBOLIZANTE DMSO	R\$ 2,27
15	ADAPTIC MALHA NÃO ADERENTE - MODELO 2012 (7.6CM X 7.6CM) - UN	R\$ 7,60
16	ADESIVO CIRÚRGICO E HEMOSTÁTICO A BASE GELATINOSA 5G	R\$ 134,62
17	ADESIVO DE USO TÓPICO PARA PELE ALTA VISCOSIDADE - DERMABOND HIGH VISCOSITY - UN	R\$ 206,67
18	ADESIVO PARA FIXAR CATÉTER IV 3000 07X09CM 4006 - UN	R\$ 8,89
19	AGRAFE PARA FIXAÇÃO LIGAMENTAR EM TITÂNIO	R\$ 698,43

20	AGULHA ANESTESIA PLEXO STIMUPLEX A 22GAX02 0.70X50MM 4894502 - UN	R\$ 158,77
21	AGULHA ANESTESIA RAQUI TIPO PONTA DE LÁPIS PEDIAT G27	R\$ 32,49
22	AGULHA ASPIRATIVA PERCUTÂNEA BIÓPSIA TROCAR 18GX20CM MTN 1808 - UN	R\$ 584,10
23	AGULHA ASPIRATIVA PERCUTÂNEA COAXIAL ECOGENICA 17GX9.9CM MCXS1815LX - UN	R\$ 648,72
24	AGULHA BIÓPSIA MEDULA ÓSSEA MIELOCAN 18GX1.2X48MM MCN 01 - UN	R\$ 146,77
25	AGULHA BIÓPSIA SUPERCORE 16GX09CM 701216090 - UN	R\$ 648,72
26	AGULHA CÂNULA PARA BIÓPSIA HEPÁTICA DESCARTÁVEL	R\$ 465,12
27	AGULHA DE ASPIRAÇÃO E IRRIGAÇÃO DESCARTÁVEL OLYMPUS - NM-400U-0423 - UN	R\$ 126,00
28	AGULHA DE BROCKENBROUGH ADULTO	R\$ 1.794,75
29	AGULHA DE MARCAÇÃO DE NÓDULO MAMÁRIO BLN 2010 - UN	R\$ 179,22
30	AGULHA DE PUNÇÃO PERCUTÂNEA	R\$ 182,65
31	AGULHA DESC 18G 25X12MM ASPIRAÇÃO 305243 C/ 100UN - UN	R\$ 0,43
32	AGULHA DESCARTÁVEL COOK UROLOGICAL - 090010-ET - UN	R\$ 112,33
33	AGULHA DESCARTÁVEL ESPINHAL (SPINOCAN) TODOS OS TAMANHOS	R\$ 128,76
34	AGULHA HUBER 0.47X50MM ATRAUCAN PAED G26 X 2 4504763 - UN	R\$ 24,67
35	AGULHA INJEÇÃO ENDOSCÓPICA 22GX4.0MMX230CM IN12-224232302 - UN	R\$ 255,50
36	AGULHA P/ ANGIOGRAFIA 18G X 70MM HD18070 - UN	R\$ 295,62
37	AGULHA PARA BIÓPSIA DE PRÓSTATA (PROMAG) TODOS OS TAMANHOS	R\$ 456,61
38	AGULHA PARA BIÓPSIA DE TECIDO MOLE HISTO - 441210 (BIOCORE II) - UN	R\$ 74,35
39	AGULHA PARA BIÓPSIA DE TECIDO MOLE SEMI-AUTOMÁTICA GALLINI - TZ 18/10 - UN	R\$ 70,98
40	AGULHA PARA BIÓPSIA DE TECIDOS MOLES SPEEDYBELL 16G SBTR1615EC	R\$ 636,44
41	AGULHA PARA ESTIMULADOR DE NERVO PERIFÉRICO	R\$ 97,33
42	AGULHA PARA FÍSTULA ARTERIO-VENOSA NIPRO AVF 15G - UN	R\$ 4,36
43	AGULHA PARA VERTEBROPLASTIA	R\$ 1.346,43
44	AGULHA PERIDURAL DE TUOHY PORTEX - EMBALAGEM INDIVIDUAL ESTÉRIL. NAS SEGUINTE DIMENSÕES 80 MM DE COMPRIMENTO E CALIBRE 18G. NAS CORES AZUL CLARO E AZUL ESCURO RESPECTIVAMENTE - UN	R\$ 22,12
45	AGULHA PUNÇÃO DE FÍSTULA G16 (ATÉ 2/SESSÃO)	R\$ 3,55
46	AGULHA PUNÇÃO DE FÍSTULA G17 (ATÉ 2/SESSÃO)	R\$ 3,25

47	AGULHA SPINAL RAQUI DESC UNIEVER UNISIS COM INTRODUTOR 25GX4 3/4 120X5MM S2512G - UN	R\$ 22,38
48	AGULHA TÉCNICA DESCARTÁVEL PARA ANESTESIA REGIONAL - BD SPINAL 25G X 3 - UN	R\$ 13,78
49	AGULHA TRANSEPTAL BRK 71CM	R\$ 1.623,17
50	AGULHA, TIPO INICIALIZADORA ARTROSCOPIA QUADRIL, TAMANHO LONGO, MATERIAL AÇO	R\$ 1.625,21
51	ALÇA DE RESSECÇÃO ANGULAR - UN	R\$ 129,67
52	ALÇA DE RESSECÇÃO ELETROCIRÚRGICA - PFS02-01023230 - UN	R\$ 193,03
53	ALÇA DE URETROTOMIA	R\$ 461,44
54	ALÇA P/ RESSECTOSCOPIO HISTEROSCOPIA	R\$ 899,33
55	ALÇA PARA AMIGDALECTOMIA	R\$ 129,67
56	ALÇA PARA POLIPECTOMIA CAPIFLEX OVAL 13X240MM 6242 - UN	R\$ 189,03
57	ALÇA POLIPECTOMIA CAPTIVATOR II 15X2.4MMX2.8CM M00561231 - UN	R\$ 186,00
58	ALÇA RESSECÇÃO 27F FIO 0.12 C/01 PINO S-SERIES ANG.CORT.ACMI 16949F - UN	R\$ 127,33
59	ALÇA RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA FRIA LAÇO 15MM CATÉTER 2.3MM 230CM CS3-11523230 - UN	R\$ 118,96
60	ÁLCOOL 70% MI	R\$ 7,93
61	ÁLCOOL SWABS PARA ASSEPSIA	R\$ 0,06
62	ALG ORTOPÉDICO 10 CM X 10M	R\$ 3,79
63	ALGICARE-CURATIVO DE ALGINATO - A1010 - UN	R\$ 8,77
64	ALGICARE-CURATIVO DE ALGINATO - A1525 - UN	R\$ 26,23
65	ALGODÃO - ALGODÃO EM BOLAS CREMER 50G - G	R\$ 2,02
66	ALGODÃO - ALGODÃO EM BOLAS CREMER 95G - G	R\$ 2,00
67	ALGODÃO COM POLIÉSTER SEM AGULHA - AA0SA45 - UN	R\$ 12,04
68	ALGODÃO HIDRÓFILO ESTÉRIL BOLA 5 UNID - UN	R\$ 0,14
69	ALGODÃO ORTOPÉDICO 08CMX1.0MT 12UNID - RL	R\$ 0,39
70	ALGODÃO ORTOPÉDICO ESTÉRIL 10CMX1.8M - RL	R\$ 0,53
71	ALGODÃO ORTOPÉDICO SINTÉTICO TODOS OS TAMANHOS	R\$ 0,76
72	ALLEVYN GENTLE BORDER 66800270 - UN	R\$ 64,28
73	ALLEVYN LIFE 10.3X 10.3 66801067 - UN	R\$ 57,95
74	ALLY GEL - HIDROGEL AMORFO COM ALGINATO - G025 - 25 GRAMAS - G	R\$ 1,01
75	ÂNCORA USO ORTOPÉDICO OMBRO, MATERIAL ÁCIDO POLILÁTICO(PLA), TIPO SISTEMA DE	R\$ 4.433,01
76	ÂNCORA USO ORTOPÉDICO, SISTEMA 1.4MM À 2,9MM DE FIXAÇÃO DE ANCORAGEM FIO A FIO	R\$ 4.666,08
77	ANDALAN COMFORT - ANDALAN COMFORT CU 375 MINI DISPOSITIVO INTRAUTERINO - UN	R\$ 148,66
78	ANEL CORNEANO INTRAESTROMAL	R\$ 539,67

79	ANEL PARA ANULOPLASTIA VALVULAR	R\$ 3.460,00
80	ANEL PLANO DE HIDROCOLÓIDE ADAPT 48MM 7805 - UN	R\$ 14,91
81	ANGIO-SEAL PROGLIDE (SELANTE VASCULAR)	R\$ 2.123,67
82	AORTIC PUNCH	R\$ 476,66
83	APARELHO DE TRICOTOMIA DESCARTÁVEL	R\$ 1,39
84	AQUACEL AG CURATIVO DE HIDROFIBRA ANTIMICROBIANO COM PRATA - 403708 - 10CM X 10CM/ 4X4 POLEGADAS (TOLERANCIA MÍNIMA 9.5X9.5 CM / 3.7 X3.7 POLEGADAS) - UN	R\$ 79,67
85	AQUACEL AG CURATIVO DE HIDROFIBRA ANTIMICROBIANO COM PRATA - 403710 - 15CM X 15CM / 6X6 PULGADAS (TOLERANCIA MÍNIMA 14.5X14.5 CM / 5.7 X 5.7 POLEGADAS) - UN	R\$ 140,27
86	AQUACEL AG CURATIVO DE HIDROFIBRA ANTIMICROBIANO COM PRATA - 420676 - UN	R\$ 84,08
87	ARRUELA EM TITÂNIO PARA PARAFUSO CANULADO	R\$ 234,11
88	ARRUELA LISA PARA PARAFUSO 4,5MM E 6,5MM EM AÇO INOX BIOCOMPATÍVEL	R\$ 20,67
89	ATADURA CREPE 10CMX4.5MT - RL	R\$ 0,99
90	ATADURA CREPE 13 FIOS INA 20CMX1.2M 79119-27 - RL	R\$ 1,62
91	ATADURA CREPE 13 FIOS INA 30CMX1.2M 79119-31 - RL	R\$ 1,71
92	ATADURA CREPE 13 FIOS NBR14056 10CMX1.8M 79119-05 - RL	R\$ 0,95
93	ATADURA CREPE 13 FIOS NBR14056 15CMX1.8M 79119-09 - RL	R\$ 1,44
94	ATADURA CREPE 13 FIOS NBR14056 30CMX1.8M 79119-13 - RL	R\$ 2,20
95	ATADURA CREPE 13FIOS INA 10CMX1.2M 79119-21 - RL	R\$ 0,99
96	ATADURA CREPE 18 FIOS NBR14056 10CMX1.8M 79119-37 - RL	R\$ 0,99
97	ATADURA CREPE 18 FIOS NBR14056 20CMX1.8M 79119-43 - RL	R\$ 1,90
98	ATADURA CREPE 20CMX3.0MT - RL	R\$ 1,45
99	ATADURA CREPE ESTÉRIL 10CMX4.5M C/ 01RL - RL	R\$ 0,99
100	ATADURA CREPE ESTÉRIL 13 FIOS 10CMX1.8M 203003 C/ 01RL - RL	R\$ 0,99
101	ATADURA CREPE ESTÉRIL 18 FIOS 10CMX1.8M 203009 C/ 01RL - RL	R\$ 0,99
102	ATADURA CREPE ESTÉRIL 20CMX4.5M C/ 01RL - RL	R\$ 1,90
103	ATADURA CREPE ESTÉRIL 30CMX4.5M C/ 01RL - RL	R\$ 3,00
104	ATADURA CREPOM 30CM X 4.5MT 13 FIOS - RL	R\$ 1,96
105	ATADURA CREPOM ESTÉRIL 13 FIOS 20CMX1.80M 79120-03 - RL	R\$ 1,37
106	ATADURA DE ALGODÃO ESTÉRIL MEDI HOUSE - 15 CM X 1.80M - RL	R\$ 0,71
107	ATADURA DE CREPOM POLAR FIX 30CMX1.8M 13 FIOS F07573 - RL	R\$ 3,05
108	ATADURA ELÁSTICA COMPRESSIVA DE 10 CM PARA EDEMA, COMPRIMENTO MÍNIMO DE 4,5 M,	R\$ 15,97
109	ATADURA ELÁSTICA COMPRESSIVA DE 12 CM PARA EDEMA, COMPRIMENTO MÍNIMO DE 4,5 M,	R\$ 6,52
110	ATADURA GESSADA 10CMX03M 156.898 - RL	R\$ 1,37
111	ATADURA GESSADA 15CMX03M 156.911 - RL	R\$ 2,02

112	ATADURA GESSADA 20CMX04M 156.928 - RL	R\$ 3,35
113	ATADURA GESSADA CYSNE 10CMX03M 216.080 - RL	R\$ 1,42
114	ATADURA GESSADA MEDI HOUSE - 10CM X 2.0M X 3.0M X 4.0M - RL	R\$ 1,42
115	ATADURA ORTOPÉDICA DE ALGODÃO E ALGODÃO ORTOPÉDICO - ATADURA ORTOPÉDICA DE ALGODÃO CREMER 10CM X 1.0M - RL	R\$ 0,47
116	AVENTAL CIRÚRGICO, ESTÉRIL. CONFECCIONADO EM NÃO-TECIDO SMS, 100% POLIPROPILENO,	R\$ 7,82
117	AZUL DE BRILHANTE OPHT-BLUE FRASCO 1 ML - FA	R\$ 121,15
118	AZUL DE TRYPAN FRASCO AMPOLA 1 ML - AMP	R\$ 27,68
119	BABY EASY - CPAP NASAL INFANTIL - 1 - UN	R\$ 121,21
120	BACKFLUSH COM SOFT TIP DESC 25G 11504 - UN	R\$ 992,37
121	BAINHA /INTRODUTOR TRANSSEPTAL TODOS OS TAMANHOS	R\$ 1.079,00
122	BAINHA INTRODUTORA FORTRESS RETA 04 FR 100CM 358815 - UN	R\$ 122,00
123	BAINHA MEDIKIT - H7491603505B0 - KIT	R\$ 162,98
124	BALÃO DE MEDIÇÃO P/ PRÓTESE DE OCLUSÃO DE COMUNICAÇÃO INTERATRIAL (CIA)	R\$ 3.800,00
125	BALÃO DILATAÇÃO HIDROFÍLICO 20CC 30ATM 59001 - UN	R\$ 220,00
126	BALÃO FOGARTY P/ EXTRAÇÃO DE CÁLCULOS (BALÃO P/ COLANGIO E RETER DE CÁLCULOS)	R\$ 766,67
127	BALÃO OCLUSOR HYPERGLIDE (ANEURISMA CEREBRAL/CARÓTIDA)	R\$ 3.551,00
128	BANDAGEM TUBULAR ELÁSTICA TUBIFAST COM 2 WAY STRETCH AMARELO 10.45CM X 10M 2440 - CM	R\$ 0,65
129	BANDAGEM TUBULAR ELÁSTICA TUBIFAST COM 2 WAY STRETCH VERDE 5 CM X 10M 2436 - CM	R\$ 0,46
130	BARBEADOR	R\$ 1,63
131	BARRON NON-VACUUM PUNCH - TREPANO DOADOR K20-2125 - UN	R\$ 372,87
132	BARRON RADIAL VACCUM TREPHINE - TREPANO RECEPTOR K20-2050 - UN	R\$ 405,67
133	BD MICROTAINER CONTACT-ACTIVATED LANCET - BD MICROTAINER CONTACT-ACTIVATED LANCET 1.5MM X 30G (0.31MM) - UN	R\$ 1,54
134	BD MICROTAINER CONTACT-ACTIVATED LANCET - BD MICROTAINER CONTACT-ACTIVATED LANCET 1.8 MM X 21G (0.81MM) - UN	R\$ 1,45
135	BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODÉRMICA - 25 X 7 / 0.70 X 25 / 22G 1 - UN	R\$ 0,25
136	BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODÉRMICA - 25 X 8 / 0.80 X 25 / 21G 1 - UN	R\$ 0,39

137	BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODÉRMICA - 40 X 12 / 1.20 X 40 / 18G 1 1/2 - UN	R\$ 0,33
138	BIATAIN ALGINATO AG 10 CM X 10 CM - 3760 - UN	R\$ 68,72
139	BICO ASPIRADOR DESCARTÁVEL	R\$ 19,98
140	BISTURI 2.2MM ANG.DESC.771725-22 - UN	R\$ 63,47
141	BISTURI CIRURGIA OCULAR UNIQUE EDGE CLEAR CórNEA COM CORTE LATERAL 2.75MM 522735 - UN	R\$ 67,14
142	BISTURI CRESC ANG C/ BISEL P/ BAIXO	R\$ 128,73
143	BISTURI EM FORMA DE DISCO ANG	R\$ 126,07
144	BISTURI FACOEMULSIFICAÇÃO SLIT ANGULADO CABO COMPLETO UNIQUE EDGE 3.2MM 52-3261 - UN	R\$ 62,45
145	BISTURI OFTALMOLÓGICO COM PROTECAO 8065771501 - UN	R\$ 132,67
146	BISTURI PARA LIBERAÇÃO DO LIGAMENTO CARPAL COM LUZ DESCARTÁVEL OU SIMILAR	R\$ 5.781,82
147	BISTURI SHAREPOINT ANGULADO 3.0MM BISEL P/CIMA 72-2961 - UN	R\$ 89,05
148	BISTURIS DESCARTÁVEIS SUGISTAR - 962751 - UN	R\$ 62,64
149	BOLSA ABERTA OPACA MAXI COM FLANGE DE 60 MM 10366 - UN	R\$ 12,66
150	BOLSA ABERTA. OPACA. MAXI. COM FLANGE DE 70 MM 10367 - UN	R\$ 29,66
151	BOLSA COLETORA DRENAGEM 800ML	R\$ 183,40
152	BOLSA COLETORA LAPAROSCOPICA VICARE DESC 120MM VER12 - UN	R\$ 288,63
153	BOLSA COLO/ILEO DREN. OPACA RECORT. 10-76 SENSURA 15580 - UN	R\$ 12,17
154	BOLSA COLOSTOMIA FURO 30MM EMBALAGEM P.G.C. - UN	R\$ 0,87
155	BOLSA DE 1 PEÇA SENSURA CONVEX LIGHT PARA COLO E ILEOSTOMIA 15206 - UN	R\$ 36,83
156	BOLSA DE VENTILAÇÃO PARA APARELHO DE ANESTESIA, EM SILICONE, TODOS OS TAMANHOS/CAPACIDADE	R\$ 44,85
157	BOLSA E PLACA PARA UROSTOMIA	R\$ 332,84
158	BOLSA P/ DRENAGEM URINA 2000ML UROFIX 112 28431S - UN	R\$ 13,64
159	BOLSA TRIPLA PARA COLETA DE SANGUE COM COLETOR POR UNIDADE HEMOTERÁPICA	R\$ 89,17
160	BOMBA INFUSÃO AUTOFUSER 275ML 05ML/H 48H AA2005 - UN	R\$ 280,72
161	BOMBA INFUSÃO BALLOONJECTOR 300ML FLUXO 03-05/08 ML/H CIA30-3050-EU - UN	R\$ 280,72
162	BOTÃO PARA CRÂNIO	R\$ 693,93
163	BOTTON P/ GASTROSTOMIA	R\$ 1.343,67
164	BRAVA PÓ PARA ESTOMIAS 25G 019075 - G	R\$ 0,92
165	BROCA DIAMANTADA P/ DRILL DE ALTA FREQUÊNCIA	R\$ 1.644,80

166	BROCA RETRÓGRADA DE USO ORTOPÉDICO PARA PREPARAÇÃO DE TÚNEL ÓSSEO ANATÔMICO	R\$ 1.580,36
167	BSS SOLUÇÃO SALINA BALANCEADA 500 ML	R\$ 146,47
168	CABECA INTERCAMBIÁVEL EM CERÂMICA	R\$ 3.755,00
169	CABEÇA INTERCAMBIÁVEL METÁLICA	R\$ 798,96
170	CABO DE CONEXÃO PARA CATÉTER DIAGNOSTICO - 85931 - UN	R\$ 169,03
171	CABO, APLICAÇÃO: CATÉTER DECAPOLAR, TIPO: CONECTOR TODOS OS TAMANHOS	R\$ 990,00
172	CABO, APLICAÇÃO: CATÉTER QUADRIPOLAR, TIPO: CONECTOR TODOS OS TAMANHOS	R\$ 938,56
173	CABO, APLICAÇÃO: CONECTAR CATÉTER TERAPÊUTICO DEFLECTÍVEL ABLAÇÃO, OUTROS	R\$ 794,13
174	CAMPO CATARATA COM ADESIVO E BAG COLETOR - TNT - 100 X 150CM. ORIFÍCIO 10CM. - UN	R\$ 8,82
175	CAMPO CATARATA SIMPLES 1.00X1.20M C/BAG - UN	R\$ 8,65
176	CAMPO CIRÚRGICO 120X90CM PLÁSTICO NÃO ESTÉRIL - PC	R\$ 1,19
177	CAMPO CIRÚRGICO PARA USO OFTÁLMICO - CAMPO 1.00X1.40M (BAG 15X12CM - 30X30CM) - UN	R\$ 17,47
178	CAMPO DESCARTÁVEL ESTÉRIL ESTERILI-MED 90X120CM - PC	R\$ 1,49
179	CANETA PARA ELETROBISTURI TODAS AS PONTEIRAS	R\$ 280,97
180	CÂNULA 25GA P/ HIDROSSECÇÃO	R\$ 29,41
181	CÂNULA ARTROSCOPIA RAZEK 8.5X90MM 740050000 - UN	R\$ 459,68
182	CÂNULA DE CARDIOPLEGIA RETRÓGRADA NÃO ARAMADA	R\$ 881,33
183	CÂNULA DE RETORNO VENOSO SIMPLES DRENAGEM	R\$ 416,00
184	CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA AJUSTÁVEL PORTEX COM CUFF - 100/523/080 - UN	R\$ 370,60
185	CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA PORTEX - 100/810/075 - UN	R\$ 219,45
186	CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA SEM BALÃO BIESALSKI RUSCH - 120900 MM 6.0 6.0 - UN	R\$ 61,67
187	CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA SILICONIZADA SEM CUFF PORTEX - 100/506/030 - UN	R\$ 46,62
188	CÂNULA ENDOCAVITÁRIA PARA USONIX EC9-5 MEDISON-610-988 - UN	R\$ 317,31
189	CÂNULA ENDOTRAQUEAL ARAMADA, TODOS OS TAMANHOS	R\$ 59,00
190	CÂNULA HURRICANE - 7823 - CÂNULA DE ASPIRAÇÃO SUBRETINIANA 3.0MM - UN	R\$ 89,12
191	CÂNULA LACRIMAL SURGISTAR PONTA TIPO OLIVA 27G 585126 - UN	R\$ 775,00
192	CÂNULA NASAL OPTIFLOW - OPT546 - UN	R\$ 313,23
193	CÂNULA OFTALMOLÓGICA ALCON - 8065149525 CÂNULA DE ASPIRAÇÃO SUB-RETINI 25GA - UN	R\$ 161,00
194	CÂNULA OFTALMOLÓGICA ALCON - 8065149527 CÂNULA OFT SOFT TIP 23 GA - UN	R\$ 2.099,98

195	CÂNULA OFTALMOLÓGICA HIDRODISSECCÃO 25G 5242 - UN	R\$ 20,69
196	CÂNULA OROFARÍNGEA (TIPO GUEDEL) TODOS OS TAMANHOS. CONFECCIONADA EM PVC,	R\$ 30,00
197	CÂNULA OROTRAQUEAL (INTUBAÇÃO) DESCARTÁVEL SEM BALÃO	R\$ 33,50
198	CÂNULA OROTRAQUEAL (INTUBAÇÃO) DESCARTÁVEL COM BALÃO, TODOS OS TAMANHOS	R\$ 51,78
199	CÂNULA P/ ARTROSCOPIA DESCARTÁVEL 8.5X70MM GD302.727 - UN	R\$ 458,99
200	CANULA P/ BRONCOSCOPIA EVA 2,65MM	R\$ 229,67
201	CÂNULA PARA ARTROSCOPIA RAZEK - 740040000 - CÂNULA 6.5 MM X 70 MM - UN	R\$ 469,12
202	CÂNULA PARA DRENAGEM VENOSA CAVA DUPLA - UN	R\$ 147,43
203	CÂNULA PARA DRENAGEM VENOSA CAVA ÚNICA - UN	R\$ 147,83
204	CÂNULA PERFUSÃO AÓRTICA CANULAÇÃO AORTA	R\$ 547,50
205	CÂNULA PERFUSÃO AÓRTICA CANULAÇÃO ARTÉRIA FEMORAL	R\$ 500,94
206	CÂNULA SOFT TIPO GAUGE	R\$ 229,67
207	CÂNULA, MATERIAL POLIESTIRENO, USO PARA ARTROSCOPIA DE QUADRIL, CARACTERÍSTICAS	R\$ 2.350,00
208	CAPA OPMI (OPMI DRAPES) - 306070-0000-000 - OPMI DRAPES STERILE - UN	R\$ 212,67
209	CAPA PARA VIDEOCIRURGIA - ENVELOPADO - UN	R\$ 5,90
210	CAPILARES PARA HEMODIÁLISE	R\$ 34,33
211	CARGA DE GRAMPEADORES LINEARES ENDOSCÓPICOS - ECR45BG - UN	R\$ 1.109,83
212	CARGA DE GRAMPEADORES LINEARES ENDOSCÓPICOS - ECR45G - UM	R\$ 998,28
213	CARGA DE GRAMPEADORES LINEARES ENDOSCÓPICOS - ECR60WB - UN	R\$ 998,33
214	CARGA P/ ENDO GRAMPEADOR LINEAR 45MM	R\$ 2.287,00
215	CARGA P/ GRAMPEADOR LINEAR CORTANTE CARGA COM 5 UNIDADE TODOS OS TAMANHOS	R\$ 1.067,45
216	CARGA PARA GRAMPEADOR CIRÚRGICO LINEARES - SR75 - UM	R\$ 488,33
217	CARGA PARA GRAMPEADOR CIRÚRGICO LINEARES - TCR75 - UN	R\$ 1.090,78
218	CARVÃO ATIVADO C/PRATA 10.5CMX10.5 CM-CAIXA C/10 UNID-CURATEC - UN	R\$ 35,47
219	CAT BALÃO ANGIO RECÉM-NATO LACT BERRMANN	R\$ 938,57
220	CAT. DIAG. QUADRIPOLAR 5F SAFIRE	R\$ 7.743,00
221	CATÉTER /CESTA UROLÓGICO BILIAR P/ EXTRAÇÃO DE CÁLCULO/BASKET	R\$ 1.983,07
222	CATÉTER ABLAÇÃO	R\$ 7.806,67
223	CATÉTER ANGIOGRAFICO CORDIS TEMPO - 451506V0 - UN	R\$ 142,92

224	CATÉTER ANGIOGRAFICO CORDIS TEMPO MULTIUSO ADULTO 04 FUIROS 100CM 451407H2 - UN	R\$ 139,35
225	CATÉTER ANGIOGRAFICO IMAGER II - 31-423 - UN	R\$ 90,93
226	CATÉTER ANGIOGRAFICO PERFORMA COBRA 1 05FR 65CM 5584-A3 - UN	R\$ 127,38
227	CATÉTER ASPIRAÇÃO TRAQUEAL, MATERIAL: PVC ATÓXICO FLEXÍVEL, TODOS OS TAMANHOS.	R\$ 2,37
228	CATÉTER ATRIAL/PERITONEAL SOPHYSA - CATÉTER ATRIO / PERITONEAL - UN	R\$ 176,58
229	CATÉTER BALÃO HIDROSTAT1G0 P1 DILATAÇÃO DE ESÓFAGO	R\$ 2.830,27
230	CATÉTER BALÃO FARMACOLÓGICO (TODAS AS ESPECIFICAÇÕES/ TAMANHO)	R\$ 7.302,10
231	CATÉTER BALÃO OCLUSOR PARA ENDOPRÓTESE DE AORTA	R\$ 8.794,05
232	CATÉTER BALÃO P/ EMBOLECTOMIA ARTERIAL OU VENOSA (FOGARTY)	R\$ 491,00
233	CATÉTER BALÃO PARA HISTEROSSALPINGOGRAEIA EM SILICONE DESCARTÁVEL	R\$ 179,67
234	CATÉTER BALÃO PARA SEPTOSTOMIA	R\$ 1.579,06
235	CATÉTER BALÃO PARA TAMPONAMENTO UTERINO EM HEMORRAGIA PÓS PARTO	R\$ 2.008,58
236	CATÉTER BALÃO PERIFÉRICO JUTURNA VQ 0.014 DIÂMETRO DO BALÃO 2.5 MM COMPRIMENTO DO BALÃO 15 MM PERFIL MÍNIMO 0.70 MM INTRODUTOR RECOMENDADO 4 F 12PVQ025015CSO - UN	R\$ 1.255,65
237	CATÉTER BALÃO PNEUMÁTICO PARA DILATAÇÃO DE ESÔFAGO .	R\$ 1.822,93
238	CATÉTER CISTOMETRIA, MATERIAL: POLIPROPILENO, MODELO: DUPLO LÚMEN TODOS OS	R\$ 560,21
239	CATÉTER DE DIÁLISE PERITONEAL - 1943 - UN	R\$ 208,91
240	CATÉTER DE DRENAGEM ABSCESSION - 14000401 (BILIAR) - UN	R\$ 827,78
241	CATÉTER DE DRENAGEM RADIOPACO DRENOZAMM FRENCH 12 - UN	R\$ 5,86
242	CATÉTER DE IMAGEM CORONÁRIA (PARA ULTRASSOM INTRA CORONARIANO)	R\$ 7.524,00
243	CATÉTER DE LONGA PERMANÊNCIA PARA HEMODIÁLISE E AFÉRESE - ASPC32-3PCE - UN	R\$ 1.111,13
244	CATÉTER DE TERMODILUIÇÃO SWAN GANI	R\$ 735,67
245	CATÉTER DE TRIPLO LÚMEN PARA HEMODIÁLISE D-LINE - KTL12P200C - KIT	R\$ 126,12
246	CATÉTER DECAPOLAR (TODAS AS ESPECIFICAÇÕES/TAMANHO)	R\$ 4.577,85
247	CATETER DIAG DECAPOLAR CSL 5F SUPREME	R\$ 5.342,71
248	CATETER DIAG. HEXAPOLAR 6F - 120CM	R\$ 94,17
249	CATÉTER DIAGNOSTICO ANGIOGRAFICO RADIOLÓGICO - SIMMONS PERFORMA - 5576-23 - UN	R\$ 127,38
250	CATÉTER DIAGNOSTICO DUO DECA POLAR	R\$ 5.646,17

251	CATETER DIAGNÓSTICO JUDKINS	R\$ 5.615,00
252	CATETER DIAGNÓSTICO JUDKINS DIR	R\$ 212,96
253	CATETER DIAGNÓSTICO JUDKINS ESQ	R\$ 228,59
254	CATÉTER DRENAGEM VESICAL SUPRAPUBICA (BEXIGA) CL-110	R\$ 490,00
255	CATÉTER DUPLO J COM FIO GUIA HIDROFÍLICO - USI-500-RPC - CONJ	R\$ 192,44
256	CATÉTER DUPLO J R.PORCO (PIGTAIL) POLIURET.EST.12CM RETA PED.CH.03 2PTA.ABER.COAX.RUSCH 334.700.03 - UN	R\$ 192,67
257	CATÉTER DUPLO LÚMEN - 11.5 FRENCH (KIT COMPOSTO POR 01 CATÉTER COM OCLUSORES. 01 FIO GUIA. 01 SERINGA DE 5ML. 02 AGULHAS (UMA PARA ANESTESICO LOCAL E OUTRA PARA INTRODUÇÃO DO FIO GUIA) E 01 DILATADOR/INTRODUTOR VALVULADO) - KIT	R\$ 197,67
258	CATÉTER DUPLO LÚMEN ACESSO VENOSO CENTRAL 7 FR X 20CM C/SERINGA LUER SLIP REF CV-17702-BZ - UN	R\$ 122,71
259	CATÉTER DUPLO LÚMEN PUR HIDROF.ADU.8FX20CM P/ACESSO V.CENTRAL - KIT COMPLETO BALTON ZKDND-H - KIT	R\$ 117,65
260	CATÉTER DUPLO LÚMEN RETO MAHURKAR 11.5FRX19.5 CM - UN	R\$ 2.288,89
261	CATÉTER ELETRODO TEMPORÁRIO - 24.TPLS16 - UN	R\$ 373,73
262	CATÉTER EMBOLECTOMIA ARTERIAL BCI MEDICAL FOGARTY CH4 04 FR 98110404 - UN	R\$ 284,00
263	CATÉTER EPICUTANEO-NEONATAL	R\$ 3.424,07
264	CATÉTER EPIDURAL 18G 100.382.118 - UN	R\$ 67,06
265	CATÉTER FOGARTY PARA EMBOLECTOMIA ARTERIAL EDWARDS - 120807F - UN	R\$ 174,31
266	CATÉTER GUIA P/ ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA	R\$ 421,13
267	CATÉTER HEMODIÁLISE DUPLO LÚMEN 12FR 20CM MEDEX MXA232X20X12S - UN	R\$ 89,86
268	CATÉTER INJETOR ESCLER. VARIZES ESOFAG	R\$ 526,69
269	CATÉTER INTRAVENOSO SEGURANÇA INSYTE AUTOGUARD BLOOD CONTROL AMARELO 24GX0.75POL 38101214 - UN	R\$ 4,50
270	CATÉTER INTRAVENOSO SEGURANÇA INSYTE AUTOGUARD BLOOD CONTROL VERDE 18GX1.16POL 38104414 - UN	R\$ 4,06
271	CATÉTER INTRODUTOR MULLINS (BAINHA + DILATADOR) .	R\$ 2.596,87
272	CATÉTER LAÇO (ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO	R\$ 7.721,67
273	CATÉTER MAMÁRIA	R\$ 186,33
274	CATÉTER MONO LÚMEN ACESSO VENOSO CENTRAL 14G X 20CM C/SERINGA LUER SLIP REF CV-04701-BZ - UN	R\$ 51,46
275	CATÉTER MULTIPOLAR (ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO/DIAGNÓSTICO)	R\$ 3.862,11
276	CATÉTER MULTIPOLAR (ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO/TERAPÊUTICO) ABLAÇÃO POR	R\$ 5.613,67
277	CATÉTER MULTIPURPOUSE	R\$ 199,72

278	CATÉTER NASAL OXIGÊNIO OCULOS 08 1.40CM 2807P 266108 - UN	R\$ 1,15
279	CATÉTER P/ COLANGIOGRAFIA ENDOSCÓPICA	R\$ 599,10
280	CATÉTER PARA DRENAGEM - ULT12.0-38-40-P-32S-BCL-HC - UN	R\$ 957,89
281	CATÉTER PARA EMBOLECTOMIA COM BALÃO RUSCH CALIBRE 6 FR - UN	R\$ 396,66
282	CATÉTER PARA EMBOLECTOMIA DUPLO LÚMEN FOGARTY - 12TLW803F (EMBALAGEM ESTÉRIL CONTENDO 01 CATÉTER DE EMBOLECTOMIA DUPLO LÚMEN FOGARTY. COMPOSTO DE LÚMEN DUPLO COM UM BALÃO DE LÁTEX NA EXTREMIDADE DISTAL) - UN	R\$ 176,00
283	CATÉTER PARA HEMODIÁLISE DUPLO LÚMEN ALTO FLUXO 12 FR 15 CM XTP126MT - UN	R\$ 117,65
284	CATÉTER PARA HEMODIÁLISE DUPLO LÚMEN CURTA PERMANÊNCIA ALTO FLUXO DFXL146MTE - UN	R\$ 178,17
285	CATÉTER PERITONEAL TENCKHOFF QUINTON SWAN NECK 2 CUFF 43CM DIR.8888412015 - UN	R\$ 666,33
286	CATÉTER PICC CANALIZAÇÃO ENDOVENOSA MONO LÚMEN 05FR 1.65X1.05MMX60CM 5012.05.60-1 - UN	R\$ 1.486,67
287	CATÉTER PICC NUTRILINE PUR 2.0FRX30CM VYGON - UN	R\$ 1,69
288	CATÉTER PIGTAIL DUPLO J GRAD 6.0FR 28CM USI-626-RPC - UN	R\$ 193,72
289	CATÉTER POWER PICC MONO LÚMEN 05FRX55CM FIO GUIA 055CM 3175118 - UN	R\$ 1.573,33
290	CATÉTER PRO-PICC DUPLO LÚMEN 05FR 55CM MR17035201 - UN	R\$ 1.500,00
291	CATÉTER PUNÇÃO ARTERIAL FEMORAL /RADIAL	R\$ 402,67
292	CATÉTER RESERVATÓRIO CEREBRAL SALMON RICKHAM	R\$ 4.708,85
293	CATÉTER SEGURANÇA INTRAVENOSO SAFETY INCATH 1.1X32MMX20G - UN	R\$ 2,20
294	CATÉTER SEMI-IMPLANTÁVEL P/ INFUSÃO QUIMIOTERÁPICA	R\$ 1.294,44
295	CATETER SIMONS	R\$ 116,93
296	CATÉTER TIPO LAÇO PARA RETIRADA DE CORPO ESTRANHO POR VIA ENDOVASCULAR	R\$ 3.266,67
297	CATÉTER TRIPLO LÚMEN P/HEMOD.MAHURKAR QUINTON 12FRX20CM KIT 8888345629 - UN	R\$ 226,00
298	CATÉTER ULTRASSONOGRÁFICO	R\$ 2.488,33
299	CATÉTER UMBILICAL BCI MEDICAL - 8.0 CH - UN	R\$ 34,72
300	CATÉTER UMBILICAL UNI LÚMEN 3.5FR - UN	R\$ 28,10
301	CATÉTER UNI-LÚMEN P/ SUBCLAVICA 14GA X 20CM - C7S20BN - UN	R\$ 20,38
302	CATÉTER URETERAL - D02510003070 - UN	R\$ 83,69
303	CATÉTER URETERAL DUPLO J DJ-4010 - UN	R\$ 192,67
304	CATÉTER URETERAL DUPLO PIGTAIL 05FR 22X2.0CM ZSWM5F222 - UN	R\$ 190,33

305	CATÉTER URETERAL FLEXIMA 05FR 70CM PONTA OLIVEIRA M0064002311 - UN	R\$ 145,42
306	CATÉTER URETERAL FLEXIMA 07FR 70CM PONTA ABERTA M0064002031 - UN	R\$ 142,25
307	CATÉTER URETERAL FLEXIMA 08FR 70CM PONTA CONE M0064002141 - UN	R\$ 142,25
308	CATÉTER URETERAL J - SOT-4726 (DUPLO JOTA 02 PONTAS ABERTAS) - UN	R\$ 185,67
309	CATÉTER URETERAL PARA PIELOGRAFIA TODOS OS TAMANHOS	R\$ 717,36
310	CATÉTER VENOSO CENTRAL 07FRX20CM DUPLO LÚMEN SERINGA RAULERSON PEDIÁTRICO ARROW CV-17702-E	R\$ 138,92
311	CATÉTER VENOSO CENTRAL 10FRX15CM DUPLO LÚMEN HEMODIÁLISE MAHURKAR QUINTON 8817146001 - UN	R\$ 2.279,67
312	CATÉTER VENOSO CENTRAL 11.5FRX20 TRIPLO LÚMEN HEMODIÁLISE - UN	R\$ 186,10
313	CATÉTER VENOSO CENTRAL DE IMPLANTE PERIFÉRICO PICC VYGON EM SIL 2184.005 - UN	R\$ 297,85
314	CATÉTER VENOSO CENTRAL DUPLO LÚMEN 4FR 10CM MEDEX MXA232X10X40J - UN	R\$ 88,95
315	CATÉTER VENOSO CENTRAL PERIFÉRICO PICC 1.0 FR - UN	R\$ 1,75
316	CATÉTER VENOSO CENTRAL TRIPLO LÚMEN 7FR 20CM MEDEX MXA233X20X70 - UN	R\$ 88,95
317	CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO JELCO VERDE 45MMX18G 4034 - UN	R\$ 1,38
318	CATÉTER VENTRICULAR ISOLADO	R\$ 209,28
319	CATÉTER VERTEBRAL TODOS OS TAMANHOS	R\$ 228,61
320	CATETERES ANGIOGRÁFICOS CORDIS INFINITI - 538418 - UN	R\$ 111,53
321	CATETERES DE INFUSÃO - PROWLER SELECT PLUS 150 / 15 / 15 2 MB. 90 - UN	R\$ 1.499,54
322	CATETERES GUIAS - 55625000 - UN	R\$ 336,83
323	CAUTÉRIO DESCARTÁVEL (OFTALMO)	R\$ 113,70
324	CELOFTAL 1 5 ML SOLUÇÃO VISCOELÁSTICA	R\$ 192,06
325	CELOFTAL 1.5 ML METILCELULOSE 2% DISPERSIVO	R\$ 211,57
326	CENTRALIZADOR 7.0X10.0MM 2571-07-001 - UN	R\$ 336,73
327	CERA PARA OSSO BRASUTURE - CO 830 - UN	R\$ 9,25
328	CESTO HELICOIDAL DE FIOS EM PAR GEMINI - M0063301060 - UN	R\$ 743,08
329	CIMENTO ORTOPÉDICO (DOSE 40 GRAMAS)	R\$ 409,29
330	CIRCUITO RESPIRATORIO 900PT561 - UN	R\$ 410,67
331	CLAMP UMBILICAL - HEALTH-MED - UN	R\$ 0,50
332	CLINTEC BOLSA VAZIA ALL IN ONE PARA TRANSFERÊNCIA DE SOLUÇÕES - BOLSA VAZIA ALL IN ONE COM CONECTOR PARA AUTOMIX (150ML) - UN	R\$ 41,56
333	CLINVAC - 1S-SBC - UN	R\$ 19,62

334	CLIP DE VIDEO	R\$ 509,74
335	CLIP ENDOSCÓPICO AESCULAP - PL569T - PC	R\$ 296,33
336	CLIP P/ FECHAMENTO DE BOLSA COLOSTOMIA DRENÁVEL	R\$ 28,58
337	CLIP PARA ANEURISMA TEMPORÁRIO	R\$ 834,44
338	CLIFE HEMOSTÁTICO EM TITÂNIO - CLIFE HEMOSTÁTICO EM TITÂNIO MÉDIO-GRANDE SLS VERDE (REF V3120-1) - UN	R\$ 69,89
339	CLIPS DE TITÂNIO - CT 200 - PC	R\$ 68,07
340	CLIPS DE TITÂNIO HORIZON - 1201 - PC	R\$ 71,91
341	CLOREXIDINE ALCÓLICO ML	R\$ 2,68
342	CLOREXIDINE AQUOSO ML	R\$ 2,71
343	CLOREXIDINE DEGERMANTE ML	R\$ 3,14
344	COBERTURA DE ESPUMA BIATAIN SILICONE 10 CM X 10 CM - 33435 - UN	R\$ 60,27
345	COLA BIOLÓGICA ELABORADA COM ALBUMINA GLUTARALDEÍDO BIOGLUE 5ML COM	R\$ 5.981,47
346	COLETOR DE URINA HOSPITALAR - CAMPLAST - UN	R\$ 0,23
347	COLETOR DE URINA INFANTIL FEMININO - UN	R\$ 0,24
348	COLETOR DE URINA INFANTIL MASCULINO - UN	R\$ 0,16
349	COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO (NEONATAL) GMI - 499-S - UN	R\$ 7,53
350	COLETOR SECREÇÃO P/BRONCOSCÓPIO	R\$ 14,99
351	COLETOR SECRECAO VIA AÉREA 40ML 41800 - UN	R\$ 7,70
352	COLETOR URINA SISTEMA FECHADO VÁLVULA ANTI REFLUXO BIO BAG 2000ML - UN	R\$ 12,46
353	COLOPLAST PASTA PERIOSTOMAL 60GRS 2650 - G	R\$ 0,95
354	COMPONENTE ACETABULAR CIMENTADO	R\$ 650,00
355	COMPONENTE ACETABULAR METÁLICO NÃO CIMENTADO	R\$ 2.676,67
356	COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO	R\$ 1.996,38
357	COMPONENTE FEMORAL, MATERIAL LIGA CROMO COBALTO, TIPO PRIMÁRIA BICONDILAR P/	R\$ 12.421,67
358	COMPONENTE PATELAR, MATERIAL POLIETILENO, REFERÊNCIA VÁRIOS TAMANHO OU	R\$ 2.716,43
359	COMPONENTE TIBIAL, MATERIAL POLIETILENO, TIPO PRIMÁRIA,BICONDILAR,ULTRA-	R\$ 6.808,33
360	COMPRESSA CAMPO OPERATÓRIO ESTÉRIL COM ELEMENTO RADIOPACO - CAMPO DESCARTÁVEL DELICATO PRE-LAVADO 25X28CM RX ETO 20G DUPLA EMBALAGEM CREPADO - PC	R\$ 8,61
361	COMPRESSA CAMPO OPERATÓRIO NÃO ESTÉRIL - COMPRESSA DE CAMPO OPERATÓRIO NIDIA 30G COM FIO RADIOPACO 45X50CM - UN	R\$ 1,11

362	COMPRESSA CIRÚRGICA CAMPO OPERATÓRIO ESTÉRIL NEVE COM FILAMENTO RADIOPACO - COMPRESSA CIRÚRGICA CAMPO OPERATÓRIO ESTÉRIL NEVE COM FILAMENTO RADIOPACO - CROCHE 45CM X 50CM - PC	R\$ 1,11
363	COMPRESSA CIRÚRGICA DE GAZE HIDRÓFILA NÃO ESTÉRIL 7.5 X 7.5 CM - UN	R\$ 2,31
364	COMPRESSA DE GAZE CIRÚRGICA ESTÉRIL NEVE COM FILAMENTO RADIOPACO - COMPRESSA DE GAZE CIRÚRGICA ESTÉRIL NEVE COM FILAMENTO RADIOPACO - CROCHE 7.5 CM X 7.5 CM - PC	R\$ 0,57
365	COMPRESSA GAZE 11 FIOS ESTÉRIL 7.5X7.5 CM 79106-18 C/ 10UN - PC	R\$ 0,67
366	COMPRESSA GAZE 7.5CMX7.5 CM 11FIOS ESTÉRIL 10UN 0444401 - PC	R\$ 0,58
367	COMPRESSA GAZE CIRÚRGICA ESTÉRIL SEM FILAMENTO RADIOPACO 13 FIOS 10X10CM C/ 10UN - UN	R\$ 0,26
368	COMPRESSA GAZE ESTÉRIL 13 FIOS 7.5X7.5 CM C/ 10UN - PC	R\$ 0,97
369	COMPRESSA GAZE ESTÉRIL 7.5X7.5 CM 02512 C/ 10UN - PC	R\$ 0,52
370	COMPRESSA GAZE ESTÉRIL ÓXIDO ETILENO 09 FIOS 7.5X7.5 CM 221.015 C/ 05UN - PC	R\$ 0,32
371	COMPRESSA GAZE ESTÉRIL ÓXIDO ETILENO 09 FIOS 7.5X7.5 CM 221.022 C/ 10UN - PC	R\$ 0,63
372	COMPRESSA GAZE ESTÉRIL ÓXIDO ETILENO 11 FIOS 7.5X7.5 CM 194.654 C/ 05UN - PC	R\$ 0,49
373	COMPRESSA GAZE ESTÉRIL ÓXIDO ETILENO 13 FIOS 10X10CM 303.063 C/ 10UN - PC	R\$ 0,43
374	COMPRESSA GAZE ESTÉRIL ÓXIDO ETILENO 13 FIOS 7.5X7.5 CM 201.680 C/ 05UN - PC	R\$ 0,38
375	COMPRESSA NEUROCIRÚRGICA 13 X 76 MM 10 UNID (COTONOIDE - MEDSHARP - PC	R\$ 68,95
376	COMPRESSA NEUROCIRÚRGICA 19 X 19 MM 10 UNID (COTONOIDE - MEDSHARP - PC	R\$ 71,61
377	COMPRESSA NEUROCIRÚRGICA 20 X 70 MM 10 UNID (COTONOIDE - MEDSHARP - PC	R\$ 68,91
378	COMPRESSA NEUROCIRÚRGICA 25 X 25 MM 10 UNID (COTONOIDE - MEDSHARP - PC	R\$ 69,16
379	COMPRESSA NEUROCIRÚRGICA 25 X 76MM 10 UNID (COTONOIDE) - MEDSHARP - PC	R\$ 69,16
380	COMPRESSA NEUROCIRÚRGICA 30 X 70 MM 10 UNID (COTONOIDE - MEDSHARP - PC	R\$ 69,16
381	COMPRESSA NEUROCIRÚRGICA 38 X 38 MM 10 UNID (COTONOIDE - MEDSHARP - PC	R\$ 70,49
382	COMPRESSA NEUROCIRÚRGICA 76 X 76 MM 10 UNID (COTONOIDE - MEDSHARP - PC	R\$ 71,61

383	COMPRESSA RAYON C/AGE 7.6CMX40.6CM CURATEC - UN	R\$ 69,16
384	CONECTOR E CABO PARA CATÉTER DECAPOLAR CIRCULAR P/ MAPEAMENTO	R\$ 987,55
385	CONECTOR PARA CATÉTER ELETROFISIOLOGIA SUPREME - UN	R\$ 3,99
386	CONECTOR SEM AGULHA MAXZERO MZI1000 - UN	R\$ 4,24
387	CONECTOR Y HEMOSTÁTICO RADIFOCUS - UN	R\$ 148,29
388	CONJ DE ENDOPROTESE P/ TRAT DE AAA (ANEURISMA AORTA ABDOMINAL)	R\$ 84.802,23
389	CONJ DE ENDOPROTESE P/ TRATAMENTO ANEURISMA DE ARTÉRIA ILÍACA COM	R\$ 26.200,00
390	CONJ DE ENDOPROTESE P/ TRATAMENTO DE AAA (ANEURISMA AORTA ABDOMINAL) C/	R\$ 85.000,00
391	CONJ DILATADORES RENAIIS PERCUTÂNEO (AMPLATZ) (SOMENTE DILATADORES) COM	R\$ 2.950,00
392	CONJ NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA DRENAGEM EXTERNA (CAT GUIA DILAT)	R\$ 1.286,43
393	CONJ. OXIGENADOR DE MEMBRANAS	R\$ 2.029,80
394	CONJUNTO (I), TIPO SISTEMA LAVAGEM PULSÁTIL E SUCÇÃO,COMPONENTES 1 PEÇA DE MÃO COM CONTROLE DE VELOCIDADE E PRESSÃO, ACESSÓRIOS PONTEIRA INTRAMEDULAR,PONTEIRA DE LAVAGEM OU SIMILAR	R\$ 2.993,00
395	CONJUNTO (I), TIPO SUTURA REPARO MENISCO PASSAGEM LOOP DUPLO/VERTICAL,	R\$ 3.000,00
396	CONJUNTO ARRUELA DENTADA EM TITÂNIO C/ PARAFUSO P/ FIXAÇÃO TIBIAL DE	R\$ 450,00
397	CONJUNTO COMPLETO DE VÁLVULA BAIXA/MÉDIA/ALTA PRESSÃO DVP	R\$ 5.373,80
398	CONJUNTO CRANIOTOMIA + BROCAS + CATÉTER INTRACRANIANA	R\$ 3.149,87
399	CONJUNTO DE CIRCULAÇÃO ASSISTIDA BIO PUMP	R\$ 1.444,50
400	CONJUNTO DE DERIVAÇÃO VENTRICULAR EXTERNA (DVE)	R\$ 2.849,00
401	CONJUNTO DE HIDROCEFALIA SHUNT LOMBO PERITONEAL	R\$ 1.623,33
402	CONJUNTO DESCARTÁVEL DE BALÃO INTRA-AÓRTICO (CATÉTER BALÃO)	R\$ 8.300,00
403	CONJUNTO DESCARTÁVEL DE CIRCULACAO ASSISTIDA (BIOBOMBA)	R\$ 2.291,20
404	CONJUNTO NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA, COMPONENTES: C,4 DILATADORES RENAIIS,	R\$ 1.579,04
405	CONJUNTO P/ DIÁLISE PERITONEAL, COMPONENTES: KIT DE TREINAMENTO P, 9 DIAS	R\$ 2.503,23
406	CONJUNTO P/ INFUSÃO DEI TROMBOLÍTICO	R\$ 3.490,00
407	CONJUNTO P/AUTOTRANSFUSÃO PEDIÁTRICO - CONJ	R\$ 2.325,00
408	CONJUNTO PARA ACESSO PERCUTÂNEO - NPAS-100-RH - CONJ	R\$ 1.270,00

409	CONJUNTO PARA ACESSO PERCUTÂNEO - NPAS-104-RH-NT - CONJ	R\$ 1.288,00
410	CONJUNTO PARA ACESSO TRANSJUGULAR AO FÍGADO (TIPS)	R\$ 13.990,00
411	CONJUNTO PARA AUTOTRANSFUSÃO	R\$ 2.306,00
412	CONJUNTO PARA AUTOTRANSFUSÃO	R\$ 2.321,40
413	CONJUNTO PARA DRENAGEM DE TÓRAX. TODOS OS CALIBRE, FRASCO PVC RÍGIDO SISTEMA	R\$ 66,94
414	CONJUNTO PARA VALVOPLASTIA MITRAL (CAT BALÃO DILATADOR GUIA RECUA VÁLVULA	R\$ 16.400,00
415	CORD CLAMP - UN	R\$ 0,62
416	CORDA 0,035X150 HIDROFÍLICA	R\$ 218,67
417	CREME BARREIRA COMFEEL 60ML 4720 - ML	R\$ 0,99
418	CURACEL - CC-507 - UN	R\$ 180,00
419	CURACEL - CC-540 - UN	R\$ 435,00
420	CURASPON - CS-010 - UN	R\$ 164,34
421	CURASPON - CS-610 - UN	R\$ 128,08
422	CURATEC ALGINATO CÁLCIO E SÓDIO - 10 X 20CM - UN	R\$ 43,90
423	CURATEC ALGINATO CÁLCIO E SÓDIO - 30 CM FITA - UN	R\$ 49,98
424	CURATEC ALGINATO CÁLCIO E SÓDIO - 5 X 5 CM - UN	R\$ 15,80
425	CURATEC BOTA DE UNNA - 7.5 CM X 6 M - UN	R\$ 68,30
426	CURATEC HIDROCOLÓIDE PLUS 10X10CM - UN	R\$ 26,47
427	CURATIVO 01.X1X40CM FIBRACOL PLUS 2984 - UN	R\$ 53,00
428	CURATIVO 05X05CM SILVERCEL ANTIMICROBIANA HIDROALGINATO CAD7050 C/ 10UN - UN	R\$ 8,57
429	CURATIVO 10 5X10 5 CM CARVÃO ATIVADO PRATA ACTISORB SILVER 200 C/ 10UN MAS105 - UN	R\$ 84,00
430	CURATIVO 10.2X22.2CM FIBRACOL PLUS 2983 - UN	R\$ 54,45
431	CURATIVO 25CMX10CM OPSITE POST OP 66000714 - UN	R\$ 31,00
432	CURATIVO 35X10CM OPSITE POST OP 66000716 - UN	R\$ 42,81
433	CURATIVO ADAPTIC MALHA NÃO ADERENTE 7.6CX20.3CM 2013 C/ 03UN - ENV	R\$ 21,00
434	CURATIVO ALGINATO CÁLCIO E SÓDIO KALTOSTAT FORTEX 10X10CM 1197986 - UN	R\$ 49,00
435	CURATIVO ALGINATO ESTÉRIL 10X10 CM BIATAIN ALGINATO 3710 - UN	R\$ 58,00
436	CURATIVO ALGINATO ESTÉRIL 15X15 CM BIATAIN ALGINATO 3715 - UN	R\$ 51,74
437	CURATIVO ALLEVYN GENTLE BORDER 12.5 X12.5 CM 66800272 - UN	R\$ 122,00
438	CURATIVO ALLEVYN GENTLE BORDER 12.9 X12.9CM 66801068 - UN	R\$ 28,99
439	CURATIVO ALLEVYN LIFE SACRO 66801307 - UN	R\$ 62,70
440	CURATIVO BIATAIN AG 10X10 39622 - UN	R\$ 79,99

441	CURATIVO BIATAIN AG 15X15 39625 - UN	R\$ 138,60
442	CURATIVO CÁLCIO ADVANCED ESTÉRIL ALGIKURA 15X15CM 615197 - UN	R\$ 31,00
443	CURATIVO COMPRESSA ATRAUMAN AG 10X10CM 499573 - UN	R\$ 83,46
444	CURATIVO CUTIMED SORBACT SWABS BSN 7.0X9.0CM 72165-00 C/40UN - UN	R\$ 13,69
445	CURATIVO DE ALGINATO DE CÁLCIO E CARBOXIMETILCELULOSE - ASKINA SORB 10 X 10 CM - UN	R\$ 32,97
446	CURATIVO DE ALGINATO DE CÁLCIO E CARBOXIMETILCELULOSE - ASKINA SORB 15 X 15 CM - UN	R\$ 62,00
447	CURATIVO DE HIDROCOLÓIDE ESTÉRIL 15X15CM CX 05UN - UN	R\$ 65,91
448	CURATIVO DE HIDROGEL AMORFO - ASKINA GEL 15G CAIXA COM 1 UNIDADE - G	R\$ 3,48
449	CURATIVO ESPUMA MULTICAMADAS SILICONE MEPILEX BORDER 15X20CM 295600/M295600 - UN	R\$ 180,00
450	CURATIVO FIBRAS EXUFIBER AG+ ESTÉRIL 10X10CM 603425 - UN	R\$ 76,47
451	CURATIVO FIBRAS EXUFIBER ESTÉRIL 15X15CM 603302 - UN	R\$ 76,47
452	CURATIVO FILME ADVANCED TRANSPARENTE ESTÉRIL 10X12CM 375213 - UN	R\$ 8,00
453	CURATIVO FILME ADVANCED TRANSPARENTE ESTÉRIL 10X25CM 375220 - UN	R\$ 7,72
454	CURATIVO FILME FENESTRADO INVENA FIX 07X09CM 584394 - UN	R\$ 3,15
455	CURATIVO FILME FENESTRADO INVENA FIX 09X12CM 584400 - UN	R\$ 3,46
456	CURATIVO FÓRMULA GEL CONTROLADA CGF DUODERM 10X10CM 1197972 - UN	R\$ 23,55
457	CURATIVO FÓRMULA GEL CONTROLADA CGF DUODERM 15X20CM 1197977 - UN	R\$ 78,00
458	CURATIVO FÓRMULA GEL CONTROLADA CGF DUODERM 20X20CM 1197968 - UN	R\$ 3,42
459	CURATIVO HCD TRANSPARENTE 10X10 COMFEEL PLUS 3533 - UN	R\$ 20,00
460	CURATIVO HCD TRANSPARENTE 9X14 COMFEEL PLUS 3536 - UN	R\$ 31,90
461	CURATIVO HIDRATANTE ALGINATO DE CÁLCIO E SÓDIO SAF-GEL 85G 1197964 - G	R\$ 0,74
462	CURATIVO HIDROCOLÓIDE 10X10 ESTÉRIL COMFEEL PLUS 3110 - UN	R\$ 36,70
463	CURATIVO HIDROCOLÓIDE 15X15 ESTÉRIL COMFEEL PLUS 3115 - UN	R\$ 99,53
464	CURATIVO HIDROCOLÓIDE 20X20 ESTÉRIL COMFEEL 3223 - UN	R\$ 76,50
465	CURATIVO HIDROCOLÓIDE 20X20 ESTÉRIL COMFEEL PLUS 3120 - UN	R\$ 94,28

466	CURATIVO HIDROCOLÓIDE 4X6 ESTÉRIL COMFEEL PLUS 3146 - UN	R\$ 16,00
467	CURATIVO HIDROCOLÓIDE COMFEEL COLOPLAST - 10CM X 10CM (EMBALAGEM UNITÁRIA ESTÉRIL) - UN	R\$ 24,67
468	CURATIVO HIDROCOLÓIDE EXTRA FINO DUODERM 10X10CM 1197973 - UN	R\$ 25,55
469	CURATIVO HIDROCOLÓIDE EXTRA FINO DUODERM 15X15CM 1221488 - UN	R\$ 35,00
470	CURATIVO HIDROFIBRA AQUACEL 10X10CM 177902/1115892 - UN	R\$ 70,20
471	CURATIVO IV 3000 - 4008 10X12CM - UN	R\$ 17,36
472	CURATIVO MEPILEX BORDER AG 15X20CM 395690 - UN	R\$ 80,00
473	CURATIVO MEPILEX BORDER AG 7.5X7.5 CM 395290 - UN	R\$ 49,58
474	CURATIVO MEPILEX BORDER FLEX 10X10CM 595300 - UN	R\$ 60,00
475	CURATIVO MEPILEX BORDER FLEX 15X20CM 595600 - UN	R\$ 60,00
476	CURATIVO MESALT ESTÉRIL 10X10CM 286080 C/ 30UN - UN	R\$ 12,60
477	CURATIVO OPSITE 15X10CM POST OP VISIBLE 66800137 - UN	R\$ 38,49
478	CURATIVO PARA ÁREAS SUBMETIDAS A CIRURGIA POLYMEN - 5044 (10CM X 10CM) - UN	R\$ 52,37
479	CURATIVO PARA ÁREAS SUBMETIDAS A CIRURGIA POLYMEN - 5055 (13CM X 13CM) - UN	R\$ 52,00
480	CURATIVO PARA ÁREAS SUBMETIDAS A CIRURGIA POLYMEN - 5077 (17CM X 19CM) - UN	R\$ 52,00
481	CURATIVO PARA ÁREAS SUBMETIDAS A CIRURGIA POLYMEN - 5335 (9CM X 9CM) - UN	R\$ 41,00
482	CURATIVO PARA ÁREAS SUBMETIDAS A CIRURGIA POLYMEN - 5733 (8CM X 8CM) - UN	R\$ 52,00
483	CURATIVO PARA ÁREAS SUBMETIDAS A CIRURGIA POLYMEN - 7412 (10CM X 32CM) - UN	R\$ 52,00
484	CURATIVO SILVERCOAT 10CMX10CM - UN	R\$ 41,26
485	CURATIVO TEGADERM CHG 10X15.5 CM 1659R - UN	R\$ 131,75
486	CURATIVO TEGADERM CHG 8.5X11.5 1657R - UN	R\$ 90,90
487	CURATIVO TEGADERM FIXADOR CATÉTER ADVANCED 8.5X11.5 CM 1659R - UN	R\$ 25,32
488	CURATIVO TEGADERM IV ADVANCED 3.8X4.5 CM 1680 - UN	R\$ 11,00
489	CURATIVO TRANSPARENTE LEUKOMED T 8.5X11.5 CM 72390-03 - UN	R\$ 2,74
490	CURATIVO TRANSPARENTE TEGADERM 3M - CURATIVO TRANSPARENTE TEGADERM 1622W (4.4X 4.4 CM) - UN	R\$ 3,77
491	CURATIVO TRANSPARENTE TEGADERM 3M - CURATIVO TRANSPARENTE TEGADERM 1624W(6 X 7 CM) - UN	R\$ 3,46
492	CURATIVO TRANSPARENTE TEGADERM 3M - CURATIVO TRANSPARENTE TEGADERM 1626W(10 X 12 CM) - UN	R\$ 15,27

493	CURATIVO TRANSPARENTE TEGADERM 3M - CURATIVO TRANSPARENTE TEGADERM 1627 (10 X 25CM) - UN	R\$ 20,58
494	CURATIVO TRANSPARENTE TEGADERM 3M - CURATIVO TRANSPARENTE TEGADERM I.V. 1610(5 X 5.7 CM) - UN	R\$ 13,35
495	CURATIVO TRANSPARENTE TEGADERM BASIC 06X07CM 1620BR - UN	R\$ 3,35
496	CUTANPLAST HEMOSTÁTICO GELATINOSO 80X125X10MM 058801251 - UN	R\$ 101,25
497	CYSTOFIX - CATÉTER PARA DRENAGEM VESICALSUPRAPUBICA - CH10 - UN	R\$ 250,00
498	CYSTOFIX - CATÉTER PARA DRENAGEM VESICALSUPRAPUBICA - CH12 - UN	R\$ 250,00
499	CYTOCAN - AGULHAS ESPECIAIS PARA PUNÇÃO DE PORTES TOTALMENTE IMPLACÁVEIS - 4439759 - UN	R\$ 100,00
500	DERSANI LOÇÃO OLEOSA FR. X 200 ML - ML	R\$ 0,14
501	DIETA ESPECIAL PARA PACIENTE EM PROCESSO CICATRICAL COM 1,0 KCAL/ML (FRASCO	R\$ 133,33
502	DIETA HIPERCALÓRICA COM 1,2 A 1,5 KCAL/ML (FRASCO 1000ML)	R\$ 225,78
503	DIETA NORMOCALÓRICA, HIPERPROTEICA C/FIBRAS (FRASCO 1000ML)	R\$ 268,37
504	DIETA NORMOCALÓRICA, HIPERPROTEICA S/FIBRAS (FRASCO 1000ML)	R\$ 232,96
505	DIETA OLIGOMÉRICA COM 1,0 A 1,5 KCAL/ML (FRASCO 1000ML)	R\$ 199,65
506	DIETA PADRÃO COM 1,0 A 1,2 KCAL/ML (FRASCO 1000ML)	R\$ 154,00
507	DIETA PADRÃO COM FIBRAS COM 1,0 A 1,22 KCAL/ML (FRASCO 1000ML)	R\$ 170,07
508	DIETA PARA DIABÉTICO COM 1,0 A 1,2 KCAL/ML (FRASCO 1000ML)	R\$ 125,00
509	DIETA PARA INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA COM 1,25 A 1,6 KCAL/ML (FRASCO 1000ML)	R\$ 149,50
510	DIETA PARA INSUFICIÊNCIA RENAL, COM OU SEM DIÁLISE 1,3 A 2,0 KCAL/ML (FRASCO 1000ML)	R\$ 211,00
511	DIETA PARA PACIENTES EM SITUAÇÕES CRÍTICAS COM 1,0 A 2,0 KCAL/ML (FRASCO 1000ML)	R\$ 306,50
512	DIETA PARA PNEUMOPATAS COM 1,3 A 1,6 KCAL/ML (FRASCO 1000ML)	R\$ 254,08
513	DIETA PEDIÁTRICA COM 1,0 A 1,5 KCAL/ML (FRASCO 1000ML)	R\$ 225,00
514	DISPOSITIVO BIÓPSIA TEMNO 16GX15CM T1615 - UN	R\$ 264,33
515	DISPOSITIVO BOMBEAMENTO AÇÃO ÚNICA SAPS FLUXO CONTÍNUO 10CC M0067201011 - UN	R\$ 619,00
516	DISPOSITIVO DE INFUSÃO MÚLTIPLA DE 3 VIAS	R\$ 247,00
517	DISPOSITIVO DE INFUSÃO MÚLTIPLA DE 3 VIAS C/ SUPORTE TRIPLO	R\$ 3,10

518	DISPOSITIVO DE INFUSÃO MÚLTIPLA DE 3 VIAS COM EXTENSOR	R\$ 38,65
519	DISPOSITIVO DE INSUFLAÇÃO ATRION QL - QL2030 - UN	R\$ 42,25
520	DISPOSITIVO DE INSUFLAÇÃO ATRION QL - QL6015 - UN	R\$ 219,00
521	DISPOSITIVO DE INSUFLAÇÃO PARA CATÉTER BALÃO MEDFLATOR II - MX 390 - UN	R\$ 200,00
522	DISPOSITIVO DE LIGADURA LAPAROSCÓPICA	R\$ 250,00
523	DISPOSITIVO INFUSÃO INTRAVENOSA LAMEDID 19G - UN	R\$ 660,00
524	DISPOSITIVO INSUFLADOR ALLIANCE II 5062 - UN	R\$ 0,34
525	DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANDALAN SILVERFLEX MINI CU 380AG - UN	R\$ 199,50
526	DISPOSITIVO INTRAUTERINO COBRE OPTIMA DIU 36X32MM TCU 380S - UN	R\$ 355,45
527	DISPOSITIVO PARA CIRCUNCISÃO / KIT PARA POSTECTOMIA / PLASTIC - ANEL - 12 MM - UN	R\$ 20,25
528	DISPOSITIVO PARA CIRCUNCISÃO / KIT PARA POSTECTOMIA / PLASTIC - ANEL - 13 MM - UN	R\$ 19,25
529	DISPOSITIVO PARA CIRCUNCISÃO / KIT PARA POSTECTOMIA / PLASTIC - ANEL - 15 MM - UN	R\$ 18,50
530	DISPOSITIVO PARA CIRCUNCISÃO / KIT PARA POSTECTOMIA / PLASTIC - ANEL - 16 MM - UN	R\$ 19,50
531	DISPOSITIVO PARA CIRCUNCISÃO / KIT PARA POSTECTOMIA / PLASTIC - ANEL - 17 MM - UN	R\$ 19,25
532	DISPOSITIVO PARA CIRCUNCISÃO / KIT PARA POSTECTOMIA / PLASTIC - ANEL - 19 MM - UN	R\$ 20,00
533	DISPOSITIVO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA C/ EXTENSÃO NR 5 URO-CONTROL 0118-5 - UN	R\$ 14,30
534	DISPOSITIVO PARA LIGADURA ELÁSTICA PARA VARIZES - MBL-6 - UN	R\$ 0,13
535	DOMO - TRANSDUTOR PARA MONITOR DE PRESSÃO	R\$ 1.500,00
536	DRENAGEM DE FERIDAS BIOVAC - MF-0000 - UN	R\$ 96,25
537	DRENO CIRÚRGICO BIOMETRIX - MW - 3240 - UN	R\$ 127,50
538	DRENO CIRÚRGICO DE SILICONE MEDICONE - 50CM - UN	R\$ 100,00
539	DRENO DE ASPIRAÇÃO PÓS OPERATÓRIO DRENOPLASS - 8003200 DRENOPLASS 3.2MM - UN	R\$ 8,86
540	DRENO DE BLAKE COM RESERVATÓRIO	R\$ 18,82
541	DRENO DE PENROSE WALTEX - N 4 - 80MM - UN	R\$ 278,98
542	DRENO DE SILICONE SEM TROCATER JACKSON-PRATT - JP-2226 - UN	R\$ 2,60
543	DRENO DE SUCÇÃO CONTÍNUA - ZAMMIVAC 6.4 MM 18FR - UN	R\$ 240,33
544	DRENO KHER T TAYLOR 20 30CM 0114-20 - UN	R\$ 20,60
545	DRENO PARA SUCÇÃO BIOVAC - MW-J3195 - UN	R\$ 9,50
546	DRENO PENROSE ESTÉRIL COM CADARÇO 01 - UN	R\$ 21,25

547	DRENO SUCÇÃO CAPILAR PENROSE WELL LEAD 03FR 10MM 60201003 - UN	R\$ 10,36
548	DRENO SUCÇÃO SANFONADO BIO VAC 6.4MM 600ML - UN	R\$ 22,77
549	DRENO TÓRAX RADIOPACO PVC BIO KIT 36FR - UN	R\$ 28,81
550	DRENOS DE SILICONE - 2213 - DRENO BLAKE CANELADO A DE BAIXO PERFIL DE 10 MM - UN	R\$ 38,00
551	DRENOS DE SILICONE - 2230 - DRENO BLAKE CILÍNDRICO SEM CONECTOR DE 19 FR - UN	R\$ 37,50
552	DUOVISC SISTEMA VISCOELÁSTICO 0.5ML VISCOAT + 0.55 PROVISC 10962 - KIT	R\$ 266,63
553	ECOJEKT - AGULHA DE BIÓPSIA ASPIRATIVA CHIBA - E2010 - UN	R\$ 1.650,00
554	ELETRODO ATRIAL FIXAÇÃO ATIVA P/ CARDIODESFIBRILADOR COM RESSINCRONIZADOR COM	R\$ 115,00
555	ELETRODO ATRIAL FIXAÇÃO ATIVA P/ MARCAPASSO BIVENTRICULAR .	R\$ 786,16
556	ELETRODO CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR IMPLANTÁVEL (CDI)	R\$ 2.840,50
557	ELETRODO DE ALÇA PARA T.U.R.P - W-DR-24F - UN	R\$ 495,00
558	ELETRODO DE RETORNO DESCARTÁVEL	R\$ 480,00
559	ELETRODO ENDOCARDICO ATRIAL. FIXAÇÃO ATIVA P/ DESFIBRILADOR CÂMARA DUPLA	R\$ 14.900,00
560	ELETRODO ENDOCARDICO DEFINITIVO PARA MARCAPASSO (UNI E BICAMERAL) COM	R\$ 4.500,00
561	ELETRODO ENDOCÁRDICO SEIO CORONÁRIO P/ MARCAPASSO BIVENTRICULAR COM	R\$ 180,88
562	ELETRODO ENDOCARDICO SEIO CORONÁRIO P1 CARDIODESFIBRILADOR COM	R\$ 1.873,70
563	ELETRODO ENDOCARDICO VENTRICULAR P/ CARDIODESFIBRILADOR COM	R\$ 3.545,97
564	ELETRODO ENDOCÁRDICO VENTRICULAR P/ DESFIBRILADOR CÂMARA DUPLA	R\$ 15.925,00
565	ELETRODO ENDOCARDICO VENTRICULAR P/ DESFIBRILADOR UNICAMERAL	R\$ 18.124,22
566	ELETRODO EPICÁRDICO VIA TORACOTOMIA P/ CARDIODESPIERILADOR COM	R\$ 21.900,00
567	ELETRODO EPICÁRDICO VIA TORACOTOMIA P/ CARDIODESPIERILADOR COM	R\$ 181,06
568	ELETRODO EPICÁRDICO VIA TOROCOTOMIA P/ MARCAPASSO BIVENTRICULAR COM	R\$ 2.800,00
569	ELETRODO NEONATAL (BAIXO PESO) C/ CABO DESC P/ MONITORIZAÇÃO JG C/ 03	R\$ 3.100,00
570	ELETRODO NEONATAL C/ PONTA DE METAL (JG DE 03 UNIDADES) A CADA 5 DIAS	R\$ 38,88

571	ELETRODO P/ MARCAPASSO ADESIVO DESCARTÁVEL	R\$ 12,38
572	ELETRODO PARA ESTIMULAÇÃO TEMPORÁRIA - TC 114 C - UN	R\$ 697,00
573	ELETRODO PARA ESTIMULAÇÃO TEMPORÁRIA - TC 115 BALLON - UN	R\$ 484,94
574	ELETRODO PARA ESTIMULAÇÃO TEMPORÁRIA - TC 116 C - UN	R\$ 354,90
575	ELETRODO VENTRICULAR FIXAÇÃO PASSIVA P/ MARCAPASSO BIVENTRICULAR COM ELETRODO VENTRICULAR FIXAÇÃO PASSIVA P/ MARCAPASSO BIVENTRICULAR COM	R\$ 455,50
576	ELETRODOS PARA ECG	R\$ 1,45
577	ENXERTO ARTERIAL TUBULAR BIFURCADO INORGÂNICO/DACRON	R\$ 14.470,00
578	ENXERTO ARTERIAL TUBULAR ORGÂNICO	R\$ 1.350,00
579	ENXERTO ARTERIAL TUBULAR RETO INORGÂNICO/DACRON	R\$ 11.800,00
580	ENXERTO ARTERIAL TUBULAR VALVADO	R\$ 7.230,00
581	ENXERTO ARTERIAL TUBULAR VALVADO ORGÂNICO	R\$ 1.500,00
582	ENXERTO DE BIOCERAMICA MICRO/MACRO POROSA BIFÁSICA DE HATCP - OSGP 05 [2040] - UN	R\$ 5.250,00
583	EQUIPO BOMBA INFUSÃO EQL LF LINE 10001914 - UN	R\$ 128,90
584	EQUIPO BOMBA INFUSÃO MILSET BURETA INJETOR LATERAL AR FILTRO LUER LOCK EM09210000 - UN	R\$ 20,00
585	EQUIPO BOMBA INFUSORA ENTERALFIX COMPACT ENFIT 402114P - UN	R\$ 23,45
586	EQUIPO CÂMARA RÍGIDA FITA GRADUADA P/ PVC (PRESSÃO VENOSA CENTRAL)	R\$ 24,00
587	EQUIPO CASSETE CÂMARA GRADUADA MICROGOTAS BOMBA INFUSÃO LINEAR	R\$ 65,00
588	EQUIPO CASSETE CONVENCIONAL MICROG P/ BOMBA DE INFUSÃO LINEAR	R\$ 127,45
589	EQUIPO CASSETE EPIDURAL P/ BOMBA APM	R\$ 180,00
590	EQUIPO CASSETE MACROGOTAS FOTOSENSIVEL P/ BOMBA INFUSÃO LINEAR	R\$ 122,65
591	EQUIPO CASSETE MACROGOTAS P/ SANGUE BOMBA INFUSÃO LINEAR	R\$ 122,65
592	EQUIPO CASSETE MICROGOTAS P/ SANGUE BOMBA INFUSÃO LINEAR	R\$ 122,65
593	EQUIPO CASSETE P/ ANESTESIA CONEXÃO CONV P/ BOMBA INFUSÃO LINEAR	R\$ 320,00
594	EQUIPO CONVENCIONAL P/ BOMBA APM(INFUSÃO CONTÍNUA E/OU BOLOS)	R\$ 259,95
595	EQUIPO DE BOMBA DE INFUSÃO - ARTROSCOPIA LELUX - 2 VIAS - UN	R\$ 200,00

596	EQUIPO DE INFUSÃO COM CÂMARA GRADUADA PARA ADMINISTRAÇÃO DE SOLUÇÕES E/OU MEDICAMENTOS PARENTERAIS - MICROFIX 100 IL - UN	R\$ 5,15
597	EQUIPO DE INFUSÃO GRAVITACIONAL PARENTERAL PVC MACRO-K FA FP CL ILP LLF 1.50 378 1533378 - UN	R\$ 18,83
598	EQUIPO DE TRANSFERÊNCIA DE 6 COM TWIST-CLAMP DE LONGA PERMANÊNCIA BAXTER - ENVELOPE FILME DE PAPEL GRAU CIRÚRGICO. CONTENDO 01 EQUIPO ESTERILIZADO A ÓXIDO DE ETILENO - UN	R\$ 9,65
599	EQUIPO DESCARTÁVEL LA VITA G-EMA 48 - UN	R\$ 11,19
600	EQUIPO DUAS VIAS	R\$ 1,27
601	EQUIPO ENTERAL - NUTRI-HART - UN	R\$ 40,00
602	EQUIPO ENTERAL P/BOMBA INFUSÃO ENTERALFIX AIR MULTISPIKE 402113 - UN	R\$ 6,30
603	EQUIPO EXTENSOR PARA IRRIGAÇÃO ARTROSCOPIA 2 VIAS - UN	R\$ 8,70
604	EQUIPO INFUSÃO PARENTERAL VOLUMAT AGILIA VL SP 62. INJETOR LATERAL PVC FREE FILTRO 15 MICRA 285CM BRM46443400S - UN	R\$ 5,24
605	EQUIPO INTRAFIX COMPACT AIR IL PVC FREE 441704P - UN	R\$ 17,32
606	EQUIPO IRRIGAÇÃO 01 VIA IRV-HART COM URO-STOP 520.110 - UN	R\$ 0,68
607	EQUIPO IRRIGADO PARA ABLAÇÃO	R\$ 0,77
608	EQUIPO MACROGOTAS DESCARTÁVEL DESCARPACK 0410201 - UN	R\$ 1,16
609	EQUIPO MACROGOTAS FLEXÍVEL INJETOR LATERAL AR FILTRO REVERSIVEL LUER LOCK 260.141 - UN	R\$ 1,69
610	EQUIPO MICROGOTAS FLEXIVEL MICRO HART BURETA FILTRO 310.147 - UN	R\$ 3,20
611	EQUIPO P INFUSÃO MÚLTIPLA 2VIAS 409002S - UN	R\$ 0,78
612	EQUIPO P/ARTROSCOPIA (ARTROZAMM IV VIA) - UN	R\$ 15,95
613	EQUIPO PARA ADMINISTRAÇÃO GRAVITACIONAL DE SOLUÇÕES E/OU MEDICAMENTOS PARENTERAIS FOTOSSENSÍVEL - INTRAFIX PRIMELINE AIR FS - UN	R\$ 19,00
614	EQUIPO PARA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL FECHADA (TRACH CARE) NEO	R\$ 14,00
615	EQUIPO PARA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL FECHADA ADULTO(TRACH CARE)	R\$ 275,00
616	EQUIPO PARA BOMBA DE INFUSÃO PVC FREE (PARA QUIMIOTERAPIA ESPECIAL)	R\$ 290,25
617	EQUIPO PARA IRRIGAÇÃO ARTROSCOPIA DE 4 VIAS - UN	R\$ 250,00
618	EQUIPO PARA SANGUE - TRANS-HART AIR - UN	R\$ 12,40
619	EQUIPO PARENTERAL PARA BOMBA - MICRO HART 150 AIR MX F15 - UN	R\$ 2,71

620	EQUIPO TRANSFERÊNCIA DIALISTERIL NEONATAL F0000062 - UN	R\$ 19,87
621	EQUIPO TRANSFUSÃO DE SANGUE BURETA MICROFIX LS 100ML 410528 - UN	R\$ 7,50
622	EQUIPOS DOSIFIX GRAVITACIONAIS PARA INFUSÃO DE SOLUÇÕES PARENTERAIS DOSIFIX 150 VF FIL SPINLOCK 410526M - UN	R\$ 19,00
623	ESCALPE DISPOSITIVO INFUSÃO INTRAVENOSA FARMATEX 0.45MMX27G - UN	R\$ 18,73
624	ESCLERÓTOMO P/ VITRECTOMIA	R\$ 330,00
625	ESCOVA CIRÚRGICA PARA LAVAGEM DE MÃOS	R\$ 2,40
626	ESFERA MILLER	R\$ 264,08
627	ESPAÇADOR FEMORAL PARA TRATAMENTO DE PRÓTESE DE QUADRIL INFECTADA COMPOSTO	R\$ 263,00
628	ESPAÇADOR P/AEROSSOLTERAPIA RETRÁTIL (AERO PUFF) MEDFIS - UN	R\$ 38,96
629	ESPAÇADOR TIBIAL E FEMORAL PARA TRATAMENTO DE PRÓTESE DE JOELHO INFECTADA	R\$ 37,07
630	ESPARADRAPO 10CMX4.5M 79103-01 - CM	R\$ 9,74
631	ESPARADRAPO 2.5CMX0.90M 79103-04 - CM	R\$ 0,04
632	ESPARADRAPO IMPERMEÁVEL CREMER - ESPARADRAPO IMPERMEÁVEL BRANCO CREMER 10CM X 4.5M - CM	R\$ 0,15
633	ESPÉCULO DESCARTÁVEL KOLPLAST MODELO COLLIN PEQUENO - UN	R\$ 0,99
634	ESPONJA CIRÚRGICA ABSORVENTE DE CELULOSE - OFTALMOL	R\$ 2,27
635	ESTABILIZADOR DE TECIDO CARDÍACO	R\$ 5.260,00
636	EXPANSOR DE TECIDO (REDONDO/SEMI-LUNAR) P/ RECONSTITUIÇÃO MAMÁRIA OU OUTRO	R\$ 2.100,00
637	EXTENSÃO PARA CATÉTER ANDY-DISC STAY SAFE / LUER LOCK 32 CM - UN	R\$ 1.475,97
638	EXTENSÃO UNIVERSAL PARA CATÉTER	R\$ 187,80
639	EXTENSOFIX - EXTENSÃO PARA EQUIPO DE INFUSÃO PARENTERAL - EXTENSOFIX TUBO 20CM - CAIXA CONTENDO 160 UNIDADES - UN	R\$ 194,00
640	EXTENSOR BOMBA INJETORA PRESSÃO QUALQUER TAMANHO	R\$ 4,87
641	EXTENSOR DE PRESSÃO	R\$ 152,80
642	EXTENSOR EM PVC DE CATÉTER E EQUIPO TODOS OS TAMANHOS	R\$ 102,30
643	EXTENSOR EQUIPO MULTIVIAS 04 VIAS POLIFIX SAFEFLOW 409004S - UN	R\$ 5,40
644	EXTENSOR OXIGÊNIO 3.0M OXIZAMM CC 5.6MM LÁTEX - UN	R\$ 19,28
645	EXTENSOR P/ ARTROSCOPIA 4 VIAS 510.133 - UN	R\$ 10,25

646	EXTENSOR PARA INJEÇÃO DE MEIO DE CONTRASTE TRANSFER SET II(2 VIAS) - UN	R\$ 27,23
647	EXTRATOR CÁLCULO AÇO INOX ATLAS WIRE 3.2FR 115CM AEF-432115 C/ 04 FIOS - UN	R\$ 34,23
648	EXTRATOR CÁLCULO NITINOL ESCAPE 1.9FR 90CM M0063902000 - UN	R\$ 672,33
649	EXTRATOR DE CÁLCULOS NITI-HL- 4 FIOS-120/2.5FR - UN	R\$ 755,07
650	EXTRATOR DE FILTRO DE VEIA CAVA TODOS OS TAMANHOS	R\$ 3.050,00
651	FAIXA DE SILICONE 240	R\$ 5.209,69
652	FAIXA SMARCH ESTÉRIL 15CMX02M - UN	R\$ 29,33
653	FAMÍLIA DE CÂNULAS INTRAVENOSAS COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA - INTROCAN SAFETY 4251607 - UN	R\$ 5,60
654	FAMÍLIA DE EQUIPOS PARA INFUSÃO GRAVITACIONAL DE SOLUÇÕES PARENTERAIS E MEDICAÇÕES. - INTRAFIX PRIMELINE AIR - UN	R\$ 5,25
655	FAMÍLIA DE EQUIPOS PARA INFUSÃO GRAVITACIONAL DE SOLUÇÕES PARENTERAIS E MEDICAÇÕES. - INTRAFIX SAFESSET AIR 2 IL - UN	R\$ 6,68
656	FAMÍLIA DE PLACAS RETAS SEM FIXAÇÃO RÍGIDA PARA USO EM PEQUENOS E GRANDES FRAGMENTOS - PLACA RETA A/C CÓDIGOS 18809 - UN	R\$ 21,40
657	FAST-CATH INTRODUTOR HEMOSTÁTICO	R\$ 44,90
658	FERRARA RING - AFR25160 - UN	R\$ 758,00
659	FIBRA ÓPTICA CHANDELIER CONSTELLATION 10592 - UN	R\$ 1.643,42
660	FILME TRANSPARENTE IV WOUND CARE ESTÉRIL 9.0X12CM F08588 - UN	R\$ 683,87
661	FILME TRANSPARENTE ROLO WOUND CARE F 10CMX10M - CM	R\$ 3,77
662	FILTRO BACTERIOLÓGICO E VIRAL PARA BIPAP	R\$ 1,31
663	FILTRO BACTERIOLÓGICO E VIRAL PARA VENTILAÇÃO MECÂNICA	R\$ 0,00
664	FILTRO DE INFUSÃO DE SOLUÇÕES 0 2 MICRAS	R\$ 72,27
665	FILTRO DE SANGUE ARTERIAL PARA RECIRCULAÇÃO DA PER	R\$ 68,98
666	FILTRO HMEF ADULTO COM TUBO TRAQUEIA COM CONEXÃO RETA 2215142 - UN	R\$ 12,60
667	FILTRO LINHA ARTERIAL CAPIOX ADULTO 125X65X132MM CX AF 125X - UN	R\$ 24,00
668	FILTRO PARA CARDIOPLEGIA	R\$ 0,00
669	FILTRO VEIA CAVA FEMURAL	R\$ 292,61
670	FIO ACIFLEX 2-0 03X60CM SEM AGULHA BSS28T - UN	R\$ 1.466,67
671	FIO AÇO ACIFLEX CARDIO PEDIÁTRICO 0-0 04X45CM AGULHA 2.6CM M626G - UN	R\$ 10,17
672	FIO AÇO ACIFLEX CARDIO PEDIÁTRICO 1-0 04X45CM AGULHA 04CM M660G - UN	R\$ 54,91

673	FIO AÇO ACIFLEX FECHAMENTO ESTERNO 4-0 04X45CM AGULHA 04CM M663G - UN	R\$ 46,24
674	FIO AÇO ACIFLEX FECHAMENTO ESTERNO 4-0 04X45CM AGULHA 4.8CM M651G - UN	R\$ 46,24
675	FIO AÇO ACIFLEX FECHAMENTO ESTERNO 4-0 04X45CM AGULHA 4.8CM M652G - UN	R\$ 45,33
676	FIO AÇO ACIFLEX FECHAMENTO ESTERNO 5-0 04X45CM AGULHA 4.8CM M650G - UN	R\$ 65,77
677	FIO AÇO ACIFLEX FECHAMENTO ESTERNO 5-0 04X45CM AGULHA 4.8CM M653G - UN	R\$ 56,35
678	FIO BIOSYN INCOLOR 4-0 75 CM SM5637 - UN	R\$ 84,46
679	FIO CALIBRADO LISO 1.0 X 150MM - UN	R\$ 37,50
680	FIO CAPROFYL FECHAMENTO GERAL OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA VIOLETA 0-0 70CM AGULHA 04CM CF802T - UN	R\$ 311,95
681	FIO CAPROFYL FECHAMENTO GERAL OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA VIOLETA 1-0 70CM AGULHA 04CM CF803T - UN	R\$ 12,43
682	FIO CAPROFYL FECHAMENTO GERAL OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA VIOLETA 2-0 70CM AGULHA 04CM CF801T - UN	R\$ 11,06
683	FIO CAPROFYL FECHAMENTO GERAL OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA VIOLETA 2-0 70CM AGULHA 3.64CM CF811T - UN	R\$ 11,25
684	FIO CAPROFYL FECHAMENTO GERAL OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA VIOLETA 3-0 70CM AGULHA 3.64CM CF810T - UN	R\$ 12,39
685	FIO CAPROFYL GASTRO VIOLETA 0-0 70CM AGULHA 3.1CM CF114T - UN	R\$ 10,20
686	FIO CAPROFYL GASTRO VIOLETA 3-0 70CM AGULHA 02X2.6CM CF222T - UN	R\$ 10,13
687	FIO CAPROFYL GASTRO VIOLETA 4-0 70CM AGULHA 2.6CM CF121T - UN	R\$ 14,58
688	FIO CAPROFYL UROLOGIA VIOLETA 3-0 70CM AGULHA 1.7CM CF204T - UN	R\$ 11,83
689	FIO CAPROFYL UROLOGIA VIOLETA 4-0 70CM AGULHA 1.75CM CF203T - UN	R\$ 18,00
690	FIO CATGUT CROMADO 0-0 1.5M SEM AGULHA CC125T - UN	R\$ 19,40
691	FIO CATGUT CROMADO 0-0 2.5M SEM AGULHA CC135T - UN	R\$ 7,18
692	FIO CATGUT CROMADO 1-0 1.5M SEM AGULHA CC126T - UN	R\$ 11,40
693	FIO CATGUT CROMADO 2-0 1.5M SEM AGULHA CC124T - UN	R\$ 7,67
694	FIO CATGUT CROMADO FECHAMENTO GERAL OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA 0-0 70CM AGULHA 04CM 802T - UN	R\$ 7,30
695	FIO CATGUT CROMADO FECHAMENTO GERAL OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA 0-0 70CM AGULHA 3.64CM 812T - UN	R\$ 8,08
696	FIO CATGUT CROMADO FECHAMENTO GERAL OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA 0-0 90CM AGULHA 4.8CM 904T - UN	R\$ 7,12

697	FIO CATGUT CROMADO FECHAMENTO GERAL OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA 1-0 70CM AGULHA 04CM 803T - UN	R\$ 9,14
698	FIO CATGUT CROMADO FECHAMENTO GERAL OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA 2-0 70CM AGULHA 04CM 801T - UN	R\$ 9,99
699	FIO CATGUT CROMADO FECHAMENTO GERAL OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA 2-0 70CM AGULHA 2.6CM 883T - UN	R\$ 8,08
700	FIO CATGUT CROMADO FECHAMENTO GERAL OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA 2-0 70CM AGULHA 3.64CM 811T - UN	R\$ 9,14
701	FIO CATGUT CROMADO FECHAMENTO GERAL OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA 3-0 70CM AGULHA 3.64CM 810T - UN	R\$ 7,91
702	FIO CATGUT CROMADO GASTRO 0-0 70CM AGULHA 2.6CM G124T - UN	R\$ 7,91
703	FIO CATGUT CROMADO GASTRO 0-0 70CM AGULHA 3.1CM G114T - UN	R\$ 7,91
704	FIO CATGUT CROMADO GASTRO 0-0 70CM AGULHA 3.64CM G128T - UN	R\$ 7,01
705	FIO CATGUT CROMADO GASTRO 1-0 70CM AGULHA 3.1CM G115T - UN	R\$ 7,12
706	FIO CATGUT CROMADO GASTRO 1-0 70CM AGULHA 4.8CM G196T - UN	R\$ 6,20
707	FIO CATGUT CROMADO GASTRO 2-0 70CM AGULHA 2.6CM G123T - UN	R\$ 7,12
708	FIO CATGUT CROMADO GASTRO 2-0 70CM AGULHA 3.1CM G113T - UN	R\$ 7,91
709	FIO CATGUT CROMADO GASTRO 2-0 70CM AGULHA 3.1CM G164T - UN	R\$ 6,20
710	FIO CATGUT CROMADO GASTRO 2-0 70CM AGULHA 3.64CM G127T - UN	R\$ 8,10
711	FIO CATGUT CROMADO GASTRO 3-0 70CM AGULHA 2.2CM G182T - UN	R\$ 7,24
712	FIO CATGUT CROMADO GASTRO 3-0 70CM AGULHA 2.6CM G122T - UN	R\$ 11,74
713	FIO CATGUT CROMADO GASTRO 3-0 70CM AGULHA 3.1CM G112T - UN	R\$ 9,80
714	FIO CATGUT CROMADO GASTRO 3-0 70CM AGULHA 3.1CM G163T - UN	R\$ 9,50
715	FIO CATGUT CROMADO GASTRO 4-0 70CM AGULHA 2.2CM G181T - UN	R\$ 7,12
716	FIO CATGUT CROMADO UROLOGIA 4-0 70CM AGULHA 1.7CM U203T - UN	R\$ 12,99
717	FIO CATGUT CROMADO UROLOGIA 5-0 70CM AGULHA 1.7CM U202T - UN	R\$ 20,00
718	FIO CATGUT SIMPLES 0-0 1.5M SEM AGULHA CS105T - UN	R\$ 9,34
719	FIO CATGUT SIMPLES 0-0 2.5M SEM AGULHA CS115T - UN	R\$ 7,67

720	FIO CATGUT SIMPLES 2-0 1.5M SEM AGULHA CS104T - UN	R\$ 13,48
721	FIO CATGUT SIMPLES 2-0 2.5M SEM AGULHA CS114T - UN	R\$ 7,67
722	FIO CATGUT SIMPLES 3-0 1.5M SEM AGULHA CS103T - UN	R\$ 11,49
723	FIO CATGUT SIMPLES 4-0 1.5M SEM AGULHA CS102T - UN	R\$ 7,67
724	FIO CATGUT SIMPLES AMIGDALECTOMIA 2-0 70CM AGULHA 1.7CM A2414T - UN	R\$ 8,45
725	FIO CATGUT SIMPLES FECHAMENTO GERAL OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA 0-0 90CM AGULHA 4.8CM 1871T - UN	R\$ 8,84
726	FIO CATGUT SIMPLES FECHAMENTO GERAL OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA 2-0 70CM AGULHA 04CM 853T - UN	R\$ 11,60
727	FIO CATGUT SIMPLES FECHAMENTO GERAL OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA 2-0 70CM AGULHA 3.64CM 843T - UN	R\$ 9,36
728	FIO CATGUT SIMPLES GASTRO 0-0 70CM AGULHA 3.1CM G314T - UN	R\$ 7,00
729	FIO CATGUT SIMPLES GASTRO 0-0 70CM AGULHA 3.1CM G365T - UN	R\$ 8,84
730	FIO CATGUT SIMPLES GASTRO 1-0 70CM AGULHA 3.1CM G315T - UN	R\$ 8,84
731	FIO CATGUT SIMPLES GASTRO 2-0 70CM AGULHA 2.6CM G323T - UN	R\$ 8,84
732	FIO CATGUT SIMPLES GASTRO 2-0 70CM AGULHA 3.1CM G313T - UN	R\$ 9,36
733	FIO CATGUT SIMPLES GASTRO 2-0 70CM AGULHA 3.1CM G364T - UN	R\$ 8,84
734	FIO CATGUT SIMPLES GASTRO 2-0 70CM AGULHA 3.64CM G343T - UN	R\$ 9,16
735	FIO CATGUT SIMPLES GASTRO 3-0 70CM AGULHA 2.2CM G318T - UN	R\$ 6,82
736	FIO CATGUT SIMPLES GASTRO 3-0 70CM AGULHA 2.6CM G322T - UN	R\$ 8,84
737	FIO CATGUT SIMPLES GASTRO 3-0 70CM AGULHA 3.1CM G312T - UN	R\$ 8,84
738	FIO CATGUT SIMPLES GASTRO 3-0 70CM AGULHA 3.1CM G363T - UN	R\$ 8,84
739	FIO CATGUT SIMPLES GASTRO 4-0 70CM AGULHA 2.2CM G319T - UN	R\$ 8,84
740	FIO CATGUT SIMPLES GASTRO 4-0 70CM AGULHA 3.1CM G362T - UN	R\$ 8,84
741	FIO CATGUT SIMPLES GASTRO 5-0 70CM AGULHA 2.2CM G320T - UN	R\$ 11,49
742	FIO CATGUT SIMPLES UROLOGIA 4-0 70CM AGULHA 1.7CM U207T - UN	R\$ 11,60
743	FIO CATGUT SIMPLES UROLOGIA 5-0 70CM AGULHA 1.7CM U208T - UN	R\$ 11,49

744	FIO CERCLAGEM 0.8X02MM 103201 - UN	R\$ 10,56
745	FIO DE AÇO 4	R\$ 49,50
746	FIO DE KIRSCHNER, MATERIAL AÇO INOXIDÁVEL, COMPRIMENTO 230, APLICAÇÃO CIRURGIA	R\$ 181,67
747	FIO DE MARCAPASSO	R\$ 28,09
748	FIO DE SUTURA NÃO ABSORVÍVEL DE ALTA RESISTÊNCIA MONOFILAMENTO COM AGULHA - H5000 - FIO DE SUTURA 2 NÃO ABSORVÍVEL DE ALTA RESISTÊNCIA MONOFILAMENTO BRANCO HI-FI 40 - UN	R\$ 102,90
749	FIO E PINO PARA SÍNTESE ÓSSEA EM AÇO INOXIDÁVEL - FIO KIRSCHNER LISO 4728/10 2.5 X 300 MM - UN	R\$ 800,00
750	FIO E PINO PARA SÍNTESE ÓSSEA EM AÇO INOXIDÁVEL - FIO LISO/FIO ESFERA 2283/04 - UN	R\$ 37,50
751	FIO E PINO PARA SÍNTESE ÓSSEA EM AÇO INOXIDÁVEL - FIO LISO/FIO ESFERA 4736/06 - UN	R\$ 257,28
752	FIO E PINO PARA SÍNTESE ÓSSEA EM AÇO INOXIDÁVEL - FIOS KIRSCHNER 4728/14 - UN	R\$ 120,00
753	FIO ETHIBOND CARDIOVASCULAR VERDE 0-0 75CM AGULHA 02X4.8CM BR44T - UN	R\$ 35,00
754	FIO ETHIBOND CARDIOVASCULAR VERDE 2-0 75CM AGULHA 02X1.7CM B553T - UN	R\$ 17,58
755	FIO ETHIBOND CARDIOVASCULAR VERDE 2-0 75CM AGULHA 02X2.2CM BP93T - UN	R\$ 23,50
756	FIO ETHIBOND CARDIOVASCULAR VERDE 2-0 75CM AGULHA 02X2.2CM BR763T - UN	R\$ 23,50
757	FIO ETHIBOND CARDIOVASCULAR VERDE 2-0 75CM AGULHA 02X2.6CM B563T - UN	R\$ 18,50
758	FIO ETHIBOND CARDIOVASCULAR VERDE 2-0 75CM AGULHA 02X4.8CM BR43T - UN	R\$ 20,28
759	FIO ETHIBOND CARDIOVASCULAR VERDE 3-0 60CM AGULHA 02X1.3CM B203T - UN	R\$ 12,20
760	FIO ETHIBOND CARDIOVASCULAR VERDE 3-0 75CM AGULHA 02X1.7CM B552T - UN	R\$ 11,57
761	FIO ETHIBOND CARDIOVASCULAR VERDE 3-0 75CM AGULHA 02X2.2CM BP92T - UN	R\$ 11,57
762	FIO ETHIBOND CARDIOVASCULAR VERDE 3-0 75CM AGULHA 02X2.2CM BR762T - UN	R\$ 12,20
763	FIO ETHIBOND CARDIOVASCULAR VERDE 4-0 60CM AGULHA 02X1.3CM B204T - UN	R\$ 28,30
764	FIO ETHIBOND CARDIOVASCULAR VERDE 4-0 75CM AGULHA 02X1.3CM AT204T - UN	R\$ 19,35
765	FIO ETHIBOND CARDIOVASCULAR VERDE 4-0 75CM AGULHA 02X1.3CM B718T - UN	R\$ 33,00

766	FIO ETHIBOND CARDIOVASCULAR VERDE 4-0 75CM AGULHA 02X1.7CM B551T - UN	R\$ 19,35
767	FIO ETHIBOND FECHAMENTO ESTERNO VERDE 5-0 04X75CM AGULHA 4.8CM MB46G - UN	R\$ 13,74
768	FIO ETHIBOND LAPAROSCOPIA VERDE 2-0 20CM AGULHA 1.7CM E7217G - UN	R\$ 99,44
769	FIO ETHIBOND LAPAROSCOPIA VERDE 2-0 20CM AGULHA 2.6CM E7225G - UN	R\$ 34,98
770	FIO ETHIBOND LAPAROSCOPIA VERDE 2-0 20CM AGULHA 2.6CM E7226G - UN	R\$ 34,98
771	FIO ETHIBOND LAPAROSCOPIA VERDE 2-0 75CM AGULHA 1.5 CM L2015T - UN	R\$ 26,50
772	FIO ETHIBOND LAPAROSCOPIA VERDE 3-0 20CM AGULHA 1.7CM E7317G - UN	R\$ 29,69
773	FIO ETHIBOND LAPAROSCOPIA VERDE 3-0 20CM AGULHA 2.6CM E7325G - UN	R\$ 29,69
774	FIO ETHIBOND ORTOPEDIA VERDE 2-0 75CM AGULHA 04CM X520T - UN	R\$ 35,77
775	FIO GUIA 0 035 FEMORAL BRAQUIAL RADIAL P/ HEMODINÂMICA	R\$ 60,00
776	FIO GUIA 0,018 X 260 TODOS OS TAMANHOS	R\$ 1.120,00
777	FIO GUIA 014 P/ HEMODINÂMICA (1)	R\$ 2.565,00
778	FIO GUIA 1.25X150MM 1716 - UN	R\$ 1.048,27
779	FIO GUIA AMPLATZ SUPER STIFF - M001465021 - UN	R\$ 110,00
780	FIO GUIA AMPLATZ SUPER STIFF - M001465261 - UN	R\$ 295,00
781	FIO GUIA ANACONDA TERUMO - UN	R\$ 393,71
782	FIO GUIA CARDIOVASCULAR 100231 - UN	R\$ 1.196,00
783	FIO GUIA CARDIOVASCULAR HIDROFÍLICO STIFF ANG CP STIFF 0.035POLX260CM 105355 - UN	R\$ 158,28
784	FIO GUIA CARDIOVASCULAR LUNDERQUIST 0.035POLX260CM PTFE J 15CM 104980 - UN	R\$ 158,28
785	FIO GUIA CARDIOVASCULAR OLYMPIC LONG TAPER J3 0.018POLX300CM - UN	R\$ 158,28
786	FIO GUIA CARDIOVASCULAR ROTOR-TORQUE 109460 - UN	R\$ 197,33
787	FIO GUIA CARDIOVASCULAR TEFLONADO J ANGULADO 0.035POLX150CM 100624 - UN	R\$ 143,73
788	FIO GUIA DE NITINOL COM REVESTIMENTO HIDROFÍLICO. LISTRADO . PONTA RETA. SOFT. STANDARD. 0.35 X 150CM - UN	R\$ 195,00
789	FIO GUIA DE NITINOL RUSSEK PONTA RETA. SOFT. STANDARD 0.035 150CM COMP - UN	R\$ 165,00
790	FIO GUIA DIRECIONÁVEL NEUROVASCULAR - 614481 AGILITY 14 0.014 205 CM STANDARD - UN	R\$ 150,00
791	FIO GUIA FLEXÍVEL 0234500227 - UN	R\$ 800,00
792	FIO GUIA FLEXÍVEL C/ 01 PONTA P/ CONECTOR 3.0 (1403) - UN	R\$ 523,00

793	FIO GUIA HIDROFÍLICO SGH-32-145 - UN	R\$ 500,00
794	FIO GUIA HIDROFÍLICO SGH-35-150 - UN	R\$ 268,50
795	FIO GUIA HIDROFILO NIPRO AQUALINER - AL35150AR - UN	R\$ 256,00
796	FIO GUIA HIDROFILO NIPRO AQUALINER - AL35150AS - UN	R\$ 144,00
797	FIO GUIA LUNDERQUIST - TSCMG-35-260-LESDC - UN	R\$ 143,73
798	FIO GUIA MSB 0.018X300CM PONTA RETA - UN	R\$ 1.478,00
799	FIO GUIA MSB 0.035X260CM PONTA ANGULADA - UN	R\$ 1.400,00
800	FIO GUIA NITINOL - 21735450 - UN	R\$ 1.500,00
801	FIO GUIA NITINOL GYRUS ACMI 35BX - UN	R\$ 211,15
802	FIO GUIA NITINOL HIDROFÍLICO RETO 0.35X150CM - UN	R\$ 210,00
803	FIO GUIA RADIFOCUS M STANDARD PONTA ANGULADA 0.035POLX150X3.0CM RFGA35153M - UN	R\$ 205,00
804	FIO GUIA RADIFOCUS M STANDARD PONTA ANGULADA 0.035POLX180X3.0CM RFGA35183M - UN	R\$ 246,67
805	FIO GUIA RADIFOCUS M STANDARD PONTA ANGULADA 0.035POLX300X3.0CM RFGA35303M - UN	R\$ 240,38
806	FIO GUIA RADIOFOCUS GLIDEWIRE HIDROFÍLICO PONTA FLEXÍVEL RETA MOLDÁVEL 0.035POLX150X03CM RFGS35153A - UN	R\$ 200,00
807	FIO GUIA RADIOFOCUS GLIDEWIRE HIDROFÍLICO PONTA FLEXÍVEL RETA MOLDÁVEL 0.035POLX180X03CM RFGS35183A - UN	R\$ 200,00
808	FIO GUIA RADIOFOCUS GLIDEWIRE HIDROFÍLICO STANDARD PONTA FLEXÍVEL ANGULADA 0.035POLX150X03CM RFGA35153A - UN	R\$ 221,45
809	FIO GUIA RADIOFOCUS GLIDEWIRE HIDROFÍLICO STANDARD PONTA FLEXÍVEL ANGULADA 0.035POLX180X03CM RFGA35183A - UN	R\$ 220,00
810	FIO GUIA RADIOFOCUS GLIDEWIRE HIDROFÍLICO STANDARD PONTA FLEXÍVEL ANGULADA 0.035POLX260X03CM RFGA35263A - UN	R\$ 220,00
811	FIO GUIA RADIOFOCUS GLIDEWIRE HIDROFÍLICO STIFF PONTA FLEXÍVEL ANGULADA 0.035POLX150X03CM RFPA35153A - UN	R\$ 594,00
812	FIO GUIA RADIOFOCUS GLIDEWIRE HIDROFÍLICO STIFF PONTA FLEXÍVEL ANGULADA 0.035POLX260X03CM RFPA35263A - UN	R\$ 228,32
813	FIO GUIA RADIOFOCUS GLIDEWIRE HIDROFÍLICO STIFF PONTA FLEXÍVEL RETA 0.035POLX150X03CM RFPS35153A - UN	R\$ 295,00
814	FIO GUIA RADIOFOCUS GLIDEWIRE HIDROFÍLICO STIFF PONTA FLEXÍVEL RETA 0.035POLX260X03CM RFPS35263A - UN	R\$ 295,00
815	FIO GUIA RADIOFOCUS GLIDEWIRE PONTA ANGULAR 0.035POLX150X03CM 1RFGA35153A - UN	R\$ 594,00
816	FIO GUIA RADIOFOCUS GLIDEWIRE PONTA ANGULAR 0.035POLX260X03CM 1RFGA35263A - UN	R\$ 272,00

817	FIO GUIA RADIOFOCUS GLIDEWIRE PONTA FLEXÍVEL RETA 0.035POLX150X03CM 1RFGS35153A - UN	R\$ 295,00
818	FIO GUIA RADIOFOCUS GLIDEWIRE PONTA FLEXÍVEL RETA 0.035POLX260X03CM 1RFGS35263A - UN	R\$ 295,00
819	FIO GUIA RADIOFOCUS GLIDEWIRE TERUMO - GLIDEWIRE GT PONTA ANGULAR RGA1818SA - UN	R\$ 295,00
820	FIO GUIA RADIOFOCUS GLIDEWIRE TERUMO - GLIDEWIRE GT PONTA ANGULAR RGE1818SA - UN	R\$ 617,00
821	FIO GUIA RADIOFOCUS GLIDEWIRE TERUMO - GLIDEWIRE GT PONTA ANGULAR RGGW1818SA - UN	R\$ 272,00
822	FIO GUIA RADIOFOCUS GLIDEWIRE TERUMO - GLIDEWIRE GT PONTA RETA MOLDÁVEL RGS1818SA - UN	R\$ 246,67
823	FIO GUIA RADIOFOCUS GLIDEWIRE TERUMO - GUIDEWIRE GT PONTA ANGULAR RGGW1615SM - UN	R\$ 289,00
824	FIO GUIA RADIOFOCUS GLIDEWIRE TERUMO - GUIDEWIRE GT PONTA ANGULAR RGGW1618FM - UN	R\$ 272,00
825	FIO GUIA RADIOFOCUS GLIDEWIRE TERUMO - HEADLINER PONTA ANGULAR RGGW1220SA - UN	R\$ 272,00
826	FIO GUIA RETO TEFLONADO (TSF/TSFC) - UN	R\$ 289,00
827	FIO GUIA TEFLONADO 0.035X150CM J3 PONTA J 03MM 612003 - UN	R\$ 197,33
828	FIO GUIA ZIPWIRE - M006630205B1 - UN	R\$ 335,52
829	FIO KIRSCHNER 1.5X150MM 908.210 - UN	R\$ 235,95
830	FIO KIRSCHNER X-WIRE ORTHOFIX - 80122 X-WIRE SEM OLIVA 2.0 COMP. 400 MM - UN	R\$ 39,75
831	FIO LISO DE KIRSCHNER 1.0X150MM 908.524 - UN	R\$ 40,00
832	FIO LISO KIRSCHNER 4 FUROS 310H - UN	R\$ 40,00
833	FIO MALEÁVEL - 31406E - UN	R\$ 40,00
834	FIO MALEÁVEL - 31410E - UN	R\$ 223,30
835	FIO MERSILENE CARDIOVASCULAR VERDE 2-0 75CM AGULHA 02X2.2CM 9763T - UN	R\$ 217,00
836	FIO METÁLICO LISO - 31020E - UN	R\$ 50,00
837	FIO METÁLICO LISO - 31030E - UN	R\$ 41,97
838	FIO METÁLICO LISO - 31040E - UN	R\$ 41,97
839	FIO METÁLICO LISO - 31045E - UN	R\$ 41,97
840	FIO METÁLICO LISO - 32010E - UN	R\$ 20,00
841	FIO METÁLICO LISO - 32015E - UN	R\$ 151,54
842	FIO METÁLICO LISO 1.0X300MM 32010E - UN	R\$ 168,54
843	FIO METÁLICO LISO 4.0X300MM 31040E - UN	R\$ 135,00
844	FIO MONOCRYL PLASTICA INCOLOR 4-0 45CM AGULHA 1.9CM Y496G - UN	R\$ 32,50
845	FIO MONOCRYL PLASTICA INCOLOR 4-0 70CM AGULHA 1.9CM Y426H - UN	R\$ 32,50

846	FIO MONOCRYL PLASTICA INCOLOR 5-0 45CM AGULHA 1.9CM Y495G - UN	R\$ 40,39
847	FIO MONOCRYL PLUS PLÁSTICA INCOLOR 3-0 70CM AGULHA 1.9CM MCP427H - UN	R\$ 40,39
848	FIO MONOCRYL PLUS PLÁSTICA INCOLOR 3-0 70CM AGULHA 2.4CM MCP936H - UN	R\$ 18,71
849	FIO MONOCRYL PLUS PLASTICA INCOLOR 4-0 70CM AGULHA 1.9CM MCP426H - UN	R\$ 40,30
850	FIO MONOCRYL PLUS PLÁSTICA INCOLOR 5-0 45CM AGULHA 1.3CM MCP493G - UN	R\$ 42,00
851	FIO MONOCRYL PLUS PLÁSTICA INCOLOR 5-0 45CM AGULHA 1.9CM MCP495G - UN	R\$ 30,00
852	FIO MONONYLON CUTICULAR PRETO 0-0 45CM AGULHA 1.9CM 14505T - UN	R\$ 32,50
853	FIO MONONYLON CUTICULAR PRETO 2-0 03-45CM AGULHA 03CM 3215T - UN	R\$ 5,33
854	FIO MONONYLON CUTICULAR PRETO 2-0 03-45CM AGULHA 3.64CM 3174T - UN	R\$ 16,13
855	FIO MONONYLON CUTICULAR PRETO 2-0 45CM AGULHA 03CM 1215T - UN	R\$ 14,00
856	FIO MONONYLON CUTICULAR PRETO 2-0 45CM AGULHA 1.9CM 14504T - UN	R\$ 5,45
857	FIO MONONYLON CUTICULAR PRETO 2-0 45CM AGULHA 3.64CM 1174T - UN	R\$ 5,39
858	FIO MONONYLON CUTICULAR PRETO 3-0 03-45CM AGULHA 03CM 3171T - UN	R\$ 5,70
859	FIO MONONYLON CUTICULAR PRETO 3-0 3-75CM AGULHA 06CM 3627T - UN	R\$ 14,00
860	FIO MONONYLON CUTICULAR PRETO 3-0 45CM AGULHA 03CM 1171T - UN	R\$ 16,13
861	FIO MONONYLON CUTICULAR PRETO 3-0 45CM AGULHA 1.9CM 14503T - UN	R\$ 6,29
862	FIO MONONYLON CUTICULAR PRETO 3-0 45CM AGULHA 2.4CM 163T - UN	R\$ 6,29
863	FIO MONONYLON CUTICULAR PRETO 4-0 3-75CM AGULHA 06CM 3626T - UN	R\$ 6,82
864	FIO MONONYLON CUTICULAR PRETO 4-0 45CM AGULHA 03CM 1170T - UN	R\$ 19,10
865	FIO MONONYLON CUTICULAR PRETO 4-0 45CM AGULHA 1.7CM 13502T - UN	R\$ 5,39
866	FIO MONONYLON CUTICULAR PRETO 4-0 45CM AGULHA 1.9CM 14502T - UN	R\$ 8,50
867	FIO MONONYLON CUTICULAR PRETO 4-0 45CM AGULHA 2.4CM 1129T - UN	R\$ 5,39

868	FIO MONONYLON CUTICULAR PRETO 4-0 45CM AGULHA 2.6CM 15502T - UN	R\$ 5,39
869	FIO MONONYLON CUTICULAR PRETO 5-0 45CM AGULHA 1.7CM 13501T - UN	R\$ 6,06
870	FIO MONONYLON CUTICULAR PRETO 5-0 45CM AGULHA 1.9CM 14501T - UN	R\$ 6,29
871	FIO MONONYLON CUTICULAR PRETO 5-0 45CM AGULHA 2.6CM 15501T - UN	R\$ 7,70
872	FIO MONONYLON CUTICULAR PRETO 6-0 45CM AGULHA 1.7CM 13500T - UN	R\$ 8,12
873	FIO MONONYLON CUTICULAR PRETO 6-0 45CM AGULHA 1.9CM 14500T - UN	R\$ 6,29
874	FIO MONONYLON GINECOLOGIA E OBSTRETICIA PRETO 0-0 244CM AGULHA 04CM L886T - UN	R\$ 6,82
875	FIO MONONYLON MICROCIURURGIA PRETO 10-0 13CM AGULHA 0.5 CM W2814 - UN	R\$ 20,00
876	FIO MONONYLON MICROCIURURGIA PRETO 8-0 13CM AGULHA 0.65CM W2808 - UN	R\$ 350,00
877	FIO MONONYLON MICROCIURURGIA PRETO 9-0 13CM AGULHA 0.5 CM W2813 - UN	R\$ 309,79
878	FIO MONONYLON NEUROCIURURGIA PRETO 2-0 45CM AGULHA 2.6CM N2035T - UN	R\$ 375,00
879	FIO MONONYLON NEUROCIURURGIA PRETO 5-0 45CM AGULHA 1.03CM N5002T - UN	R\$ 16,13
880	FIO MONONYLON OFTALMO PRETO 10-0 30CM AGULHA 02X0.55CM 9000G - UN	R\$ 32,49
881	FIO MONONYLON OFTALMO PRETO 10-0 30CM AGULHA 02X0.65CM 7718G - UN	R\$ 87,00
882	FIO MONONYLON PLASTICA INCOLOR 4-0 45CM AGULHA 1.9CM P1611T - UN	R\$ 78,70
883	FIO MONONYLON PLASTICA INCOLOR 5-0 45CM AGULHA 1.6CM P1602T - UN	R\$ 16,13
884	FIO MONONYLON PLASTICA INCOLOR 6-0 45CM AGULHA 1.1CM P689T - UN	R\$ 16,19
885	FIO MONONYLON PLASTICA PRETO 3-0 45CM AGULHA 2.4CM 1163T - UN	R\$ 16,19
886	FIO MONONYLON PLASTICA PRETO 3-0 45CM AGULHA 2.4CM P1663T - UN	R\$ 14,00
887	FIO MONONYLON PLASTICA PRETO 4-0 45CM AGULHA 1.9CM 1167T - UN	R\$ 21,20
888	FIO MONONYLON PLASTICA PRETO 4-0 45CM AGULHA 1.9CM P1667T - UN	R\$ 10,92
889	FIO MONONYLON PLASTICA PRETO 4-0 45CM AGULHA 2.4CM P1664T - UN	R\$ 16,13

890	FIO MONONYLON PLASTICA PRETO 5-0 45CM AGULHA 1.03CM P698T - UN	R\$ 15,00
891	FIO MONONYLON PLASTICA PRETO 5-0 45CM AGULHA 1.6CM P1661T - UN	R\$ 15,00
892	FIO MONONYLON PLASTICA PRETO 5-0 45CM AGULHA 1.6CM P1668T - UN	R\$ 14,00
893	FIO MONONYLON PLASTICA PRETO 5-0 45CM AGULHA 1.9CM 1166T - UN	R\$ 16,13
894	FIO MONONYLON PLASTICA PRETO 5-0 45CM AGULHA 1.9CM P1666T - UN	R\$ 14,00
895	FIO MONONYLON PLASTICA PRETO 6-0 45CM AGULHA 1.03CM P1698T - UN	R\$ 17,39
896	FIO MONONYLON PLASTICA PRETO 6-0 45CM AGULHA 1.6CM 1165T - UN	R\$ 19,10
897	FIO MONONYLON PLASTICA PRETO 6-0 45CM AGULHA 1.6CM P1660T - UN	R\$ 14,00
898	FIO MONONYLON PLASTICA PRETO 6-0 45CM AGULHA 1.6CM P1665T - UN	R\$ 17,39
899	FIO MONONYLON PRETO 0-0 1.5M SEM AGULHA FN505T - UN	R\$ 17,39
900	FIO MONONYLON PRETO 4-0 150CM SEM AGULHA FN502T - UN	R\$ 3,60
901	FIO MONONYLON VASCULAR PRETO 6-0 75CM AGULHA 02X1.7CM V8350T - UN	R\$ 17,39
902	FIO ÓSSEO METÁLICO - UN	R\$ 1.500,00
903	FIO PARA CERCLAGEM IOL - 40011000066 FIO PARA CERCLAGEM 0.60 MM - UN	R\$ 220,00
904	FIO PARA CERCLAGEM IOL - 40011000082 FIO PARA CERCLAGEM 0.80 MM - UN	R\$ 220,00
905	FIO PARA CERCLAGEM IOL - 40011000120 FIO PARA CERCLAGEM 1.20 MM - UN	R\$ 220,00
906	FIO PDS II CARDIOVASCULAR VIOLETA 6-0 75CM AGULHA 02X1.3CM Z127H - UN	R\$ 240,51
907	FIO PDS II CARDIOVASCULAR VIOLETA 6-0 75CM AGULHA 02X1.5 CM Z123H - UN	R\$ 80,00
908	FIO PDS II CARDIOVASCULAR VIOLETA 7-0 75CM AGULHA 02X0.93CM Z135H - UN	R\$ 72,96
909	FIO PDS II INCOLOR 4-0 45CM AGULHA PS-2 PRIME Z496G C/ 12UN - UN	R\$ 168,78
910	FIO PDS II LACADO FECHAMENTO GERAL OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA VIOLETA 1-0 120CM AGULHA 07CM Z881G - UN	R\$ 43,74
911	FIO PDS II LACADO FECHAMENTO GERAL OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA VIOLETA 1-0 120CM AGULHA 6.5 CM Z880G - UN	R\$ 181,09
912	FIO POLYCOT AZUL 0-0 15X45CM SEM AGULHA SPA45T - UN	R\$ 152,50
913	FIO POLYCOT AZUL 2-0 15X45CM SEM AGULHA SPA44T - UN	R\$ 5,85

914	FIO POLYCOT AZUL 3-0 15X45CM SEM AGULHA SPA43T - UN	R\$ 6,45
915	FIO POLYCOT AZUL 4-0 15X45CM SEM AGULHA SPA42T - UN	R\$ 5,40
916	FIO POLYCOT CUTICULAR AZUL 0-0 45CM AGULHA 3.64CM P19T - UN	R\$ 7,60
917	FIO POLYCOT CUTICULAR AZUL 2-0 03X45CM AGULHA 06CM 3P65T - UN	R\$ 11,10
918	FIO POLYCOT CUTICULAR AZUL 2-0 03X45CM AGULHA 3.64CM 3P15T - UN	R\$ 29,20
919	FIO POLYCOT CUTICULAR AZUL 2-0 45CM AGULHA 03CM P13T - UN	R\$ 28,89
920	FIO POLYCOT CUTICULAR AZUL 2-0 45CM AGULHA 2.6CM P12T - UN	R\$ 12,10
921	FIO POLYCOT CUTICULAR AZUL 3-0 03X45CM AGULHA 03CM 3P14T - UN	R\$ 14,58
922	FIO POLYCOT CUTICULAR AZUL 3-0 45CM AGULHA 03CM P14T - UN	R\$ 29,20
923	FIO POLYCOT GASTRO AZUL 0-0 03X45CM AGULHA 3.64CM 3P21T - UN	R\$ 12,44
924	FIO POLYCOT GASTRO AZUL 0-0 45CM AGULHA 3.64CM P21T - UN	R\$ 21,07
925	FIO POLYCOT GASTRO AZUL 0-0 70CM AGULHA 3.1CM PA425T - UN	R\$ 10,37
926	FIO POLYCOT GASTRO AZUL 2-0 03X45CM AGULHA 2.6CM 3P22T - UN	R\$ 9,27
927	FIO POLYCOT GASTRO AZUL 2-0 45CM AGULHA 2.6CM P22T - UN	R\$ 22,40
928	FIO POLYCOT GASTRO AZUL 2-0 70CM AGULHA 3.1CM PA424T - UN	R\$ 10,20
929	FIO POLYCOT GASTRO AZUL 3-0 03X45CM AGULHA 2.6CM 3P23T - UN	R\$ 9,00
930	FIO POLYCOT GASTRO AZUL 3-0 45CM AGULHA 2.6CM P23T - UN	R\$ 21,98
931	FIO POLYCOT GASTRO AZUL 3-0 70CM AGULHA 3.1CM PA423T - UN	R\$ 8,00
932	FIO POLYCOT GASTRO AZUL 4-0 03X45CM AGULHA 2.6CM 3P24T - UN	R\$ 8,78
933	FIO POLYCOT GASTRO AZUL 4-0 45CM AGULHA 2.6CM P24T - UN	R\$ 19,18
934	FIO POLYCOT INCOLOR 0-0 15X45CM SEM AGULHA SPI35T - UN	R\$ 8,00
935	FIO POLYCOT INCOLOR 2-0 15X45CM SEM AGULHA SPI34T - UN	R\$ 5,04
936	FIO POLYCOT INCOLOR 3-0 15X45CM SEM AGULHA SPI33T - UN	R\$ 5,04
937	FIO POLYCOT INCOLOR 4-0 15X45CM SEM AGULHA SPI32T - UN	R\$ 5,04
938	FIO PROLENE CARDIO PEDIÁTRICO AZUL 4-0 60CM AGULHA 02X1.3CM 8204T - UN	R\$ 5,20
939	FIO PROLENE CARDIO PEDIÁTRICO AZUL 5-0 75CM AGULHA 01CM 7831T - UN	R\$ 22,40

940	FIO PROLENE CARDIOVASCULAR AZUL 2-0 75CM AGULHA 02X2.2CM 9523T - UN	R\$ 32,00
941	FIO PROLENE CARDIOVASCULAR AZUL 2-0 75CM AGULHA 02X2.6CM 8723T - UN	R\$ 16,52
942	FIO PROLENE CARDIOVASCULAR AZUL 3-0 75CM AGULHA 02X2.2CM 9522T - UN	R\$ 11,60
943	FIO PROLENE CARDIOVASCULAR AZUL 3-0 75CM AGULHA 02X2.6CM 8722T - UN	R\$ 16,52
944	FIO PROLENE CARDIOVASCULAR AZUL 3-0 90CM AGULHA 02X3.1CM 8822T - UN	R\$ 16,52
945	FIO PROLENE CARDIOVASCULAR AZUL 4-0 75CM AGULHA 02X1.7CM 9557T - UN	R\$ 24,50
946	FIO PROLENE CARDIOVASCULAR AZUL 4-0 75CM AGULHA 02X1.7CM AT957T - UN	R\$ 23,77
947	FIO PROLENE CARDIOVASCULAR AZUL 4-0 75CM AGULHA 02X2.2CM 9521T - UN	R\$ 26,98
948	FIO PROLENE CARDIOVASCULAR AZUL 4-0 90CM AGULHA 02X2.6CM 8521T - UN	R\$ 21,54
949	FIO PROLENE CARDIOVASCULAR AZUL 5-0 75CM AGULHA 02X1.7CM 8356T - UN	R\$ 18,17
950	FIO PROLENE CARDIOVASCULAR AZUL 5-0 75CM AGULHA 02X1.7CM 9556T - UN	R\$ 21,83
951	FIO PROLENE CARDIOVASCULAR AZUL 6-0 60CM AGULHA 02X0.93CM M8805T - UN	R\$ 27,28
952	FIO PROLENE CARDIOVASCULAR AZUL 6-0 75CM AGULHA 02X0.93CM M8709T - UN	R\$ 30,00
953	FIO PROLENE CARDIOVASCULAR AZUL 6-0 75CM AGULHA 02X1.3CM M8306T - UN	R\$ 30,00
954	FIO PROLENE CARDIOVASCULAR AZUL 6-0 75CM AGULHA 02X1.3CM M8706T - UN	R\$ 31,27
955	FIO PROLENE CARDIOVASCULAR AZUL 7-0 60CM AGULHA 02X0.93CM 8704T - UN	R\$ 40,30
956	FIO PROLENE CARDIOVASCULAR AZUL 7-0 60CM AGULHA 02X0.93CM M8304T - UN	R\$ 95,92
957	FIO PROLENE CARDIOVASCULAR AZUL 7-0 60CM AGULHA 02X0.93CM M8702T - UN	R\$ 95,00
958	FIO PROLENE CARDIOVASCULAR AZUL 7-0 75CM AGULHA 02X0.93CM M8703T - UN	R\$ 95,73
959	FIO PROLENE CARDIOVASCULAR AZUL 8-0 45CM AGULHA 02X0.65CM 8730T - UN	R\$ 78,00
960	FIO PROLENE CUTICULAR AZUL 2-0 45CM AGULHA 2.6CM 8185T - UN	R\$ 259,00
961	FIO PROLENE FECHAMENTO GERAL OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA AZUL 0-0 75CM AGULHA 04CM 8434T - UN	R\$ 11,95

962	FIO PROLENE FECHAMENTO GERAL OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA AZUL 0-0 75CM AGULHA 2.6CM 8412T - UN	R\$ 12,84
963	FIO PROLENE FECHAMENTO GERAL OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA AZUL 0-0 75CM AGULHA 3.64CM 8424T - UN	R\$ 11,60
964	FIO PROLENE FECHAMENTO GERAL OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA AZUL 2-0 03X50CM AGULHA 7.5 CM 3846G - UN	R\$ 9,80
965	FIO PROLENE FECHAMENTO GERAL OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA AZUL 2-0 75CM AGULHA 2.6CM 8411T - UN	R\$ 57,00
966	FIO PROLENE FECHAMENTO GERAL OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA AZUL 2-0 75CM AGULHA 3.64CM 8423T - UN	R\$ 10,74
967	FIO PROLENE GASTRO AZUL 2-0 75CM AGULHA 3.1CM 8513T - UN	R\$ 10,49
968	FIO PROLENE GASTRO AZUL 3-0 75CM AGULHA 2.6CM 8832T - UN	R\$ 9,73
969	FIO PROLENE GASTRO AZUL 3-0 75CM AGULHA 3.1CM 8512T - UN	R\$ 10,82
970	FIO PROLENE GASTRO AZUL 4-0 75CM AGULHA 2.6CM 8831T - UN	R\$ 8,76
971	FIO PROLENE OFTALMO AZUL 10-0 20CM AGULHA 02X1.6CM 1713G - UN	R\$ 12,70
972	FIO SEDA GASTRO PRETA 0-0 70CM AGULHA 3.1CM G814T - UN	R\$ 135,00
973	FIO SEDA GASTRO PRETA 2-0 70CM AGULHA 3.1CM G813T - UN	R\$ 15,77
974	FIO SEDA GASTRO PRETA 3-0 70CM AGULHA 3.1CM G812T - UN	R\$ 13,50
975	FIO SEDA LAPAROSCOPIA PRETA 2-0 20CM AGULHA 1.7CM E8217G - UN	R\$ 13,50
976	FIO SEDA LAPAROSCOPIA PRETA 3-0 20CM AGULHA 1.7CM E8317G - UN	R\$ 31,50
977	FIO SEDA PLÁSTICA PRETA 6-0 45CM AGULHA 1.6CM P1685T - UN	R\$ 31,50
978	FIO SEDA PRETA 0-0 10X75CM SEM AGULHA SA86T - UN	R\$ 15,77
979	FIO SEDA PRETA 0-0 15X45CM SEM AGULHA SSP15T - UN	R\$ 19,69
980	FIO SEDA PRETA 1-0 15X45CM SEM AGULHA SSP16T - UN	R\$ 20,83
981	FIO SEDA PRETA 2-0 15X45CM SEM AGULHA SSP14T - UN	R\$ 15,77
982	FIO SEDA PRETA 3-0 15X45CM SEM AGULHA SSP13T - UN	R\$ 15,77
983	FIO SEDA PRETA 4-0 15X45CM SEM AGULHA SSP12T - UN	R\$ 20,00
984	FIO SEDA TRANÇADO OFTALMO PRETA 4-0 45CM AGULHA 1.3CM 789G - UN	R\$ 15,77
985	FIO SEDA TRANÇADO OFTALMO PRETA 4-0 45CM AGULHA 1.3CM 790G - UN	R\$ 13,50
986	FIO SEDA TRANÇADO OFTALMO PRETA 6-0 45CM AGULHA 02X0.65CM 1732G - UN	R\$ 80,79
987	FIO SEDA TRANÇADO OFTALMO PRETA 8-0 45CM AGULHA 02X0.65CM 1767G - UN	R\$ 80,79
988	FIO SEDA TRANÇADO PLÁSTICA PRETA 4-0 45CM AGULHA 1.6CM 1187T - UN	R\$ 10,45
989	FIO SEDA VIRGEM OFTALMO AZUL 8-0 45CM AGULHA 02X0.65CM 7819G - UN	R\$ 120,02

990	FIO SUTURA CHROMIC GUT GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA 1-0 75CM MCR40 COM AGULHA CC27201 - UN	R\$ 6,59
991	FIO SUTURA MAXSORB VIOLETA GASTRO 3-0 70CM MC25 244030 - UN	R\$ 28,44
992	FIO SUTURA PDS II COM AGULHA INCOLOR 3-0 45CM Z497G C/12UN - UN	R\$ 47,13
993	FIO SUTURA PGC25 INCOLOR 4-0 70CM AGULHA 19MM 3/8 CÍRCULO TRIANGULAR REVERSO CORTANTE PREMIUM PE1904-BH - UN	R\$ 22,30
994	FIO SUTURA POLYGLACTIN 910 GASTRO VIOLETA 0-0 70CM CC30 COM AGULHA 158000 - UN	R\$ 12,44
995	FIO SUTURA POLYGLACTIN 910 GASTRO VIOLETA 3-0 70CM MC26 COM AGULHA 248030 - UN	R\$ 13,00
996	FIO VICRYL CUTICULAR INCOLOR 4-0 70CM AGULHA 1.9CM J122H - UN	R\$ 18,17
997	FIO VICRYL CUTICULAR INCOLOR 5-0 70CM AGULHA 1.9CM J121H - UN	R\$ 18,00
998	FIO VICRYL CUTICULAR VIOLETA 2-0 70CM AGULHA 03CM J186H - UN	R\$ 22,30
999	FIO VICRYL CUTICULAR VIOLETA 2-0 70CM AGULHA 2.2CM J161H - UN	R\$ 18,00
1000	FIO VICRYL CUTICULAR VIOLETA 3-0 70CM AGULHA 2.2CM J160H - UN	R\$ 33,00
1001	FIO VICRYL FECHAMENTO GERAL OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA VIOLETA 1-0 70CM AGULHA 04CM J353H - UN	R\$ 18,29
1002	FIO VICRYL FECHAMENTO GERAL OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA VIOLETA 2-0 70CM AGULHA 04CM J351H - UN	R\$ 16,90
1003	FIO VICRYL FECHAMENTO GERAL OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA VIOLETA 2-0 70CM AGULHA 2.6CM J333H - UN	R\$ 13,10
1004	FIO VICRYL GASTRO VIOLETA 0-0 70CM AGULHA 3.1CM J408H - UN	R\$ 12,41
1005	FIO VICRYL GASTRO VIOLETA 2-0 70CM AGULHA 2.6CM J317H - UN	R\$ 14,58
1006	FIO VICRYL GASTRO VIOLETA 2-0 70CM AGULHA 3.1CM J407H - UN	R\$ 14,70
1007	FIO VICRYL GASTRO VIOLETA 3-0 70CM AGULHA 2.6CM J316H - UN	R\$ 18,29
1008	FIO VICRYL GASTRO VIOLETA 3-0 70CM AGULHA 3.1CM J406H - UN	R\$ 14,70
1009	FIO VICRYL GASTRO VIOLETA 4-0 70CM AGULHA 2.6CM J315H - UN	R\$ 14,58
1010	FIO VICRYL LAPAROSCOPIA VIOLETA 2-0 20CM AGULHA 2.6CM JE226G - UN	R\$ 28,39

1011	FIO VICRYL OFTÁLMICO VIOLETA 5-0 45CM AGULHA 02X0.8CM J571G - UN	R\$ 95,00
1012	FIO VICRYL OFTÁLMICO VIOLETA 6-0 45CM AGULHA 02X0.65CM J544G - UN	R\$ 95,00
1013	FIO VICRYL OFTÁLMICO VIOLETA 6-0 45CM AGULHA 02X0.8CM J570G - UN	R\$ 62,20
1014	FIO VICRYL OFTÁLMICO VIOLETA 7-0 45CM AGULHA 02X0.65CM J546G - UN	R\$ 110,00
1015	FIO VICRYL OFTÁLMICO VIOLETA 8-0 20CM AGULHA 02X0.65CM J547G - UN	R\$ 115,00
1016	FIO VICRYL OFTÁLMICO VIOLETA 8-0 30CM AGULHA 02X0.65CM J548G - UN	R\$ 119,90
1017	FIO VICRYL ORTOPEDIA VIOLETA 2-0 70CM AGULHA 04CM J536H - UN	R\$ 40,77
1018	FIO VICRYL PLASTICA INCOLOR 3-0 45CM AGULHA 2.4CM J183G - UN	R\$ 17,39
1019	FIO VICRYL PLASTICA INCOLOR 3-0 45CM AGULHA 2.4CM JP683G - UN	R\$ 22,30
1020	FIO VICRYL PLASTICA INCOLOR 4-0 45CM AGULHA 1.6CM J107G - UN	R\$ 18,89
1021	FIO VICRYL PLASTICA INCOLOR 4-0 45CM AGULHA 1.9CM J196G - UN	R\$ 18,89
1022	FIO VICRYL PLASTICA INCOLOR 4-0 45CM AGULHA 1.9CM JP496G - UN	R\$ 18,89
1023	FIO VICRYL PLASTICA INCOLOR 5-0 45CM AGULHA 1.6CM J100G - UN	R\$ 21,56
1024	FIO VICRYL PLASTICA INCOLOR 5-0 45CM AGULHA 1.6CM J106G - UN	R\$ 20,58
1025	FIO VICRYL PLASTICA INCOLOR 5-0 45CM AGULHA 1.6CM JP500G - UN	R\$ 32,00
1026	FIO VICRYL PLASTICA INCOLOR 5-0 45CM AGULHA 1.6CM JP506G - UN	R\$ 22,30
1027	FIO VICRYL PLASTICA INCOLOR 6-0 45CM AGULHA 02X1.1CM JP688G - UN	R\$ 28,89
1028	FIO VICRYL PLASTICA INCOLOR 6-0 45CM AGULHA 1.6CM JP505G - UN	R\$ 28,89
1029	FIO VICRYL PLUS CUTICULAR INCOLOR 3-0 70CM AGULHA 1.9CM VCP123H - UN	R\$ 27,59
1030	FIO VICRYL PLUS CUTICULAR INCOLOR 4-0 70CM AGULHA 1.9CM VCP122H - UN	R\$ 20,03
1031	FIO VICRYL PLUS GASTRO VIOLETA 0-0 70CM AGULHA 2.6CM VCP318H - UN	R\$ 22,40
1032	FIO VICRYL PLUS GASTRO VIOLETA 2-0 70CM AGULHA 3.64CM VCP323H - UN	R\$ 17,00

1033	FIO VICRYL PLUS GASTRO VIOLETA 3-0 70CM AGULHA 3.64CM VCP322H - UN	R\$ 13,85
1034	FIO VICRYL PLUS UROLOGIA VIOLETA 1-0 70CM AGULHA 3.64CM VCP168H - UN	R\$ 14,35
1035	FIO VICRYL RÁPIDA ABSORÇÃO CUTICULAR INCOLOR 2-0 70CM AGULHA 2.4CM VR9941G - UN	R\$ 34,00
1036	FIO VICRYL RÁPIDA ABSORÇÃO CUTICULAR INCOLOR 3-0 70CM AGULHA 2.4CM VR9940G - UN	R\$ 24,40
1037	FIO VICRYL RÁPIDA ABSORÇÃO CUTICULAR INCOLOR 4-0 70CM AGULHA 1.9CM VR9930G - UN	R\$ 24,62
1038	FIO VICRYL UROLOGIA VIOLETA 0-0 70CM AGULHA 2.6CM J603H - UN	R\$ 18,00
1039	FIO VICRYL UROLOGIA VIOLETA 4-0 70CM AGULHA 1.7CM J304H - UN	R\$ 28,89
1040	FIO VICRYL UROLOGIA VIOLETA 5-0 70CM AGULHA 1.7CM J303H - UN	R\$ 14,58
1041	FIO VICRYL UROLOGIA VIOLETA 6-0 70CM AGULHA 1.7CM J302H - UN	R\$ 14,70
1042	FIO VICRYL VIOLETA 1-0 150CM SEM AGULHA JS617H - UN	R\$ 19,18
1043	FIO-GUIA HI-WIRE E BI-WIRE COM NÚCLEO NITINOL E REVESTIMENTO HIDROFÍLICO - HW-035150 (FIO-GUIA HIWIRE) - UN	R\$ 141,47
1044	FIO-GUIA HI-WIRE E BI-WIRE COM NÚCLEO NITINOL E REVESTIMENTO HIDROFÍLICO - HWAS-035150 (FIO-GUIA HIWIRE) - UN	R\$ 143,73
1045	FIO-GUIA HIDROFÍLICO - NITINOL 150-0.032R - UN	R\$ 228,32
1046	FIO-GUIA HIDROFÍLICO - NITINOL 150-0.035R - UN	R\$ 240,38
1047	FIO-GUIA NITINOL - GTHA 150-32 - UN	R\$ 240,38
1048	FIO-GUIA NITINOL - GTHS 150-32 - UN	R\$ 240,38
1049	FIO-GUIA NITINOL - GTHS 150-35 - UN	R\$ 240,38
1050	FIOS DE SUTURAS COM PONTA ENDURECIDA - AR - 7209 - UN	R\$ 295,40
1051	FIOS DE SUTURAS COM PONTA ENDURECIDA - AR - 7209T - UN	R\$ 295,40
1052	FIOS DE SUTURAS FIBERWIRE COM AGULHA - AR-7200 - UN	R\$ 295,00
1053	FIOS E PINOS IMPLANTÁVEIS - 0131201-530 - FIO DE KIRSCHNER COM PONTA TROCAR. ENGATE LISO 1.5X300 - UN	R\$ 33,74
1054	FIOS E PINOS IMPLANTÁVEIS - 0131202-030 - FIO DE KIRSCHNER COM PONTA TROCAR. ENGATE LISO 2X300 - UN	R\$ 33,74
1055	FIOS GUIA CORDIS - EMERALD 0.032. 150 CM . CENTRO MÓVEL. PONTA PADRÃO J RAI0 3MM - UN	R\$ 140,00
1056	FIOS GUIA CORDIS - EMERALD 0.035. 150 CM . CENTRO MÓVEL. AMPLATZ. PONTA PADRÃO J RAI0 3MM - UN	R\$ 143,73
1057	FIOS GUIA CORDIS - EMERALD 0.035. 150 CM . CENTRO MÓVEL. PONTA PADRÃO - UN	R\$ 150,00

1058	FIOS GUIA CORDIS - EMERALD 0.035. 260 CM . CENTRO FIXO. PONTA PADRÃO J RAI0 3MM - UN	R\$ 143,73
1059	FITA ALGODÃO CARDIAC TAPE 1X80CM 3.5MM SEM AGULHA FC500 - UN	R\$ 5,00
1060	FITA CARDÍACA ALGODÃO BRANCO 7-0 0.3X80CM FAB46T - UN	R\$ 5,00
1061	FITA MICROPORE TRANSPORE 10CM X 4.5M - 3M - CM	R\$ 0,01
1062	FITA P/ GLICEMIA CAPILAR P/ GLICOSÍMETRO	R\$ 2,20
1063	FITA P/ GLICOSÚRIA	R\$ 2,33
1064	FIXADOR ESTÉRIL IV FIX - UN	R\$ 1,69
1065	FIXADOR EXTERNO, MATERIAL AÇO INOXIDÁVEL, TIPO MINI, APLICAÇÃO P/ MÃO E DEDOS OU	R\$ 11.779,96
1066	FIXADOR SONDA ENDOTRAQUEAL ADULTO WELL LEAD 991.921.01 - UN	R\$ 8,94
1067	FLEXIMA CATÉTER BILIAR REVESTIDO - 27-154 - UN	R\$ 973,34
1068	FLEXIMA CATÉTER DE MÚLTIPLOS PROPÓSITOS - M001271240 - UN	R\$ 1.000,00
1069	FLUORESCÉINA 1% SOL. OFT. FR. GTS X 5 ML - GTS	R\$ 9,80
1070	FLUORESCÉINA SÓDICA 20% 05ML - FA	R\$ 23,00
1071	FORMOL (FORMALDEIDO 10%) 10 ML	R\$ 9,80
1072	FÓRMULA INFANTIL 1 VOLUME 400ML	R\$ 46,80
1073	FÓRMULA INFANTIL 2 VOLUME 400ML	R\$ 106,00
1074	FRASCO ALIMENTAÇÃO ENTERAL ESTÉRIL 300ML - UN	R\$ 1,17
1075	FRASCO COLETOR DRENAGEM TORÁCICA COM EXTTOROZAMM 250ML - UN	R\$ 24,20
1076	FRASCO COLETOR DRENAGEM TORÁCICA COM EXTTOROZAMM 500ML - UN	R\$ 15,90
1077	FRASCO COLETOR SECREÇÕES E URINA SISTEMA ABERTO 1200 ML TUBO EXTENSOR 120CM 360271 - UN	R\$ 4,12
1078	FRASCO P/NUTRIÇÃO ENTERAL 300ML NUTRIZ - UN	R\$ 0,79
1079	FRASCO P/NUTRIÇÃO ENTERAL 500ML NUTRIZ - UN	R\$ 1,12
1080	FRASCO PARA COLETA DE AMOSTRA - BRONCOZAMM TR ZAMMI 120ML - UN	R\$ 9,58
1081	FREKA PAED - CH 6.5 - UN	R\$ 42,33
1082	FREKA-SONDA ENTERAL - FREKA SONDA ENTERAL CH8 - UN	R\$ 44,67
1083	FRESA DIAMANTADA P/ DRILL/ CRÂNIO FOMO DE ALTA FREQUÊNCIA	R\$ 1.487,86
1084	GANCHO SUPERIOR DE DISTRAÇÃO, APLICAÇÃO PROCEDIMENTO ORTOPÉDICO,	R\$ 1.461,54
1085	GAZE ANTIMICROBIANA COM PHMB CURATEC 10X12CM K371012 - UN	R\$ 15,07
1086	GAZE BANDAGEM ROLO COM ANTIMICROBIANO KERLIX A.M.D 15X17CM 6662 - CM	R\$ 40,43

1087	GAZE BOLINHA GRD.ESTÉRIL 05UNID - PC	R\$ 0,90
1088	GAZE BOLINHA PEQ.ESTÉRIL 05UNID - PC	R\$ 0,90
1089	GAZE P/AMÍGDALA 05UNID - PC	R\$ 0,34
1090	GAZE P/LAPAROSCOPIA ESTÉRIL 05UNID - PC	R\$ 0,34
1091	GAZE PIPOCA ESTÉRIL C/ 05UN - PC	R\$ 0,34
1092	GAZE RAYON 7.5X40CM C/ÓLEO DERMOPROTETOR PIELSANA 1SACH 10ML - UN	R\$ 13,25
1093	GAZE RAYON COM ÓLEO DERMOPROTETOR PIELSANA 03ML7.5X7.5 CM PT-510 C/ 24UN - UN	R\$ 4,06
1094	GAZE TAMPÃO VAGINAL 4.5X100MM - PC	R\$ 1,33
1095	GELFOAM - UN	R\$ 97,70
1096	GRAMPEADOR CIRÚRGICO LINEAR - PROXIMATE TECIDO ESPESSE - 76 GRAMPOS - UN	R\$ 1.662,76
1097	GRAMPEADOR CIRÚRGICO LINEAR - PROXIMATE TECIDO NORMAL / ESPESSE - 76 GRAMPOS - UN	R\$ 1.652,77
1098	GRAMPEADOR CIRÚRGICO LINEAR - SELECIONÁVEL 55 MM - 88 GRAMPOS - UN	R\$ 1.652,77
1099	GRAMPEADOR CIRÚRGICO LINEAR - SELECIONÁVEL 75MM - 118 GRAMPOS - UN	R\$ 1.652,77
1100	GRAMPEADOR LINEAR ENDOSCÓPICO - ETS45-DISPOSITIVO DE CORTE LINEAR ENDOSCÓPICO ETS45. SEM RECARGAS - UN	R\$ 2.999,22
1101	GRAMPEADOR LINEAR ENDOSCÓPICO ENDOPATH - 6CB45 - UN	R\$ 1.434,22
1102	GRAMPEADOR LINEAR ENDOSCÓPICO ENDOPATH - 6SB45 - UN	R\$ 2.999,22
1103	GRAMPEADOR LINEAR ENDOSCÓPICO ENDOPATH - 6TB45 - UN	R\$ 2.999,22
1104	GRAMPEADOR LINEAR ENDOSCÓPICO ENDOPATH - ATB35 - UN	R\$ 2.999,22
1105	GRAMPEADOR LINEAR ENDOSCÓPICO ENDOPATH - ATB45 - UN	R\$ 2.999,22
1106	GRAMPEADOR LINEAR ENDOSCÓPICO ENDOPATH - ATG45 - UN	R\$ 2.999,22
1107	GRAMPEADOR LINEAR ENDOSCÓPICO ENDOPATH - ATW35 - UN	R\$ 2.999,22
1108	GRAMPEADOR LINEAR ENDOSCÓPICO ENDOPATH - ATW45 - UN	R\$ 2.999,22
1109	GRAMPEADOR LINEAR ENDOSCÓPICO ENDOPATH - ET45B - UN	R\$ 2.999,22
1110	GRAMPEADOR LINEAR ENDOSCÓPICO ENDOPATH - ET45G - UN	R\$ 2.999,22
1111	GRAMPEADOR LINEAR ENDOSCÓPICO ENDOPATH - LONG45A - UN	R\$ 3.375,86
1112	GRAMPEADOR LINEAR ENDOSCÓPICO ENDOPATH - SCB45 - UN	R\$ 5.324,21
1113	GRAMPEADOR LINEAR ENDOSCÓPICO ENDOPATH - SCG45 - UN	R\$ 5.324,21
1114	GRAMPEADOR LINEAR ENDOSCÓPICO ENDOPATH - SCW45 - UN	R\$ 3.375,10
1115	GRAMPEADOR LINEAR ENDOSCÓPICO ENDOPATH - TSB35 - UN	R\$ 5.324,21
1116	GRAMPEADOR LINEAR ENDOSCÓPICO ENDOPATH - TSB45 - UN	R\$ 5.324,21
1117	GRAMPEADOR LINEAR ENDOSCÓPICO ENDOPATH - TSG45 - UN	R\$ 5.324,21
1118	GRAMPEADOR LINEAR ENDOSCÓPICO ENDOPATH - TSW35 - UN	R\$ 5.324,21
1119	GRAMPEADOR LINEAR ENDOSCÓPICO ENDOPATH - TSW45 - UN	R\$ 5.324,21

1120	GRAMPEADORES LINEARES ENDOSCÓPICOS ARTICULADOS COM CORTE ECHELON FLEX - ECHELON FLEX 45 - UN	R\$ 5.324,21
1121	GRAMPEADORES LINEARES ENDOSCÓPICOS ARTICULADOS COM CORTE ECHELON FLEX - ECHELON FLEX 45 LONGO - UN	R\$ 5.324,21
1122	GRAMPEADORES LINEARES ENDOSCÓPICOS ARTICULADOS COM CORTE ECHELON FLEX - ECHELON FLEX 60 - UN	R\$ 5.324,21
1123	GRAMPO / AGRAFE - USO MÉDICO, MATERIAL AÇO, COMPRIMENTO 11, DIÂMETRO 20,	R\$ 290,00
1124	GUIA DE TROCA PARA ANGIOPLASTIA	R\$ 1.503,33
1125	GUIA METÁLICO PARA INTRODUÇÃO DE CATÉTER DUPLO LÚMEN	R\$ 248,88
1126	HASTE COTONETE ESTÉRIL 02UN - PC	R\$ 2,24
1127	HASTE COTONETE ESTÉRIL 05UN - PC	R\$ 2,24
1128	HASTE COTONETE ESTÉRIL 10UN - PC	R\$ 2,24
1129	HASTE INTRAMEDULAR FEMORAL, MATERIAL TITÂNIO, TIPO BLOQUEADA, MODELO	R\$ 13.592,03
1130	HASTE INTRAMEDULAR FEMORAL, MATERIAL TITÂNIO, TIPO NÃO BLOQUEADA, ESTRUTURA	R\$ 6.192,21
1131	HASTE ORTOPÉDICA, MATERIAL TITÂNIO, TIPO BLOQUEADA DE TÍBIA, COMPRIMENTO VÁRIOS,	R\$ 13.569,36
1132	HASTE ORTOPÉDICA, MATERIAL TITÂNIO, TIPO MINI FLEXÍVEL, APLICAÇÃO P/ MÃO,	R\$ 5.088,67
1133	HEMOCLIP LIGADURA VERMELHO	R\$ 77,19
1134	HEMOCONCENTRADOR P/ CEC	R\$ 371,94
1135	HEMOSTÁTICO ABSORVÍVEL SURGICEL 10X20CM 1952 - UN	R\$ 486,67
1136	HEMOSTÁTICO ABSORVÍVEL SURGICEL 5.1X06CM - UN	R\$ 126,60
1137	HEMOSTÁTICO ABSORVÍVEL SURGICEL FIBRILLAR - 5.1 X 10.2 CM - UN	R\$ 176,67
1138	HEMOSTÁTICO ABSORVÍVEL SURGICEL NU KNIT 7.6X10.2CM 1943 - UN	R\$ 649,71
1139	HEMOSTÁTICO CIRÚRGICO SPONGOSTAN - SPONGOSTAN PÓ - UN	R\$ 186,67
1140	HEMOSTÁTICO SURGICEL 5.1CMX7.6CM 12UNID 1953 - UN	R\$ 189,22
1141	HEPA CUT AGULHA PARA BIÓPSIA HEPÁTICA 18GX9CM - UN	R\$ 38,70
1142	HIDROGEL C/AGE 15GRS-CAIXA C/10 UNID-CURATEC - G	R\$ 1,62
1143	HIDROGEL C/ALGINATO 25GRS-CAIXA C/3 UNID-CURATEC - G	R\$ 1,00
1144	HIDROGEL C/ALGINATO 30GRS CURATEC - G	R\$ 1,10
1145	HIDROGEL C/ALGINATO 85GRS CURATEC - G	R\$ 1,00
1146	HYLO-COMOD 10ML - UN	R\$ 52,95
1147	IMPULSE CATÉTER ANGIOGRAFICO - H749163912401 - UN	R\$ 109,17
1148	INCIFILM 45X55 - IN 4555 - UN	R\$ 54,33
1149	INTRODUTOR CONTRA LATERAL LONGO	R\$ 1.399,67
1150	INTRODUTOR DE CATÉTER 60 CM 05039560 - UN	R\$ 143,30

1151	INTRODUTOR DE CATÉTER TRANSRADIAL - 504615Z - UN	R\$ 157,27
1152	INTRODUTOR DE CATETERES CORDIS - 504605T - UN	R\$ 119,25
1153	INTRODUTOR DE PTFE DESCARTÁVEL LI-XX-PLUS - LI-10 PLUS - UN	R\$ 300,00
1154	INTRODUTOR DE PTFE DESCARTÁVEL LI-XX-PLUS - LI-9 PLUS - UN	R\$ 342,33
1155	INTRODUTOR DE PUNÇÃO P/IMP DE ELETRODO ENDOCARDIACO	R\$ 300,00
1156	INTRODUTOR P/ ELETRODO ENDOCARDICO PI DESFIBRILADORCAMARA DUPLA COM	R\$ 769,57
1157	INTRODUTOR P/ ELETRODO ENDOCARDICO VENTRICULAR DESFIBRILADOR UNECAIVIERAL	R\$ 713,15
1158	INTRODUTOR PERCUTÂNEO COM VÁLVULA (IVA) BALT EXTRUSION - IVA9F - UN	R\$ 199,67
1159	INTRODUTOR PERCUTÂNEO HEMOSTÁTICO ADULTO VALVULADO 07FRX10CM - UN	R\$ 119,33
1160	IRRIGADOR PARA UROLOGIA TODOS OS TAMANHOS	R\$ 1.024,00
1161	ISOLADOR DE PRESSÃO (ATÉ 2/SESSÃO)	R\$ 80,67
1162	KIT DE MONITORIZAÇÃO PRESSÃO INVASIVA ADULTO/INFANTIL	R\$ 189,32
1163	KIT (01 CÂNULA 02 SERINGAS) P/ LIBERAÇÃO DE MICRO MOLAS DE PLATINA NÃO	R\$ 2.359,53
1164	KIT AGULHA BIÓPSIA MEDULA ÓSSEA JAMSHIDI BEN 11GX3.0MMX15CM BEN1115 - UN	R\$ 100,00
1165	KIT ANESTESIA CATÉTER PERIFIX - KIT	R\$ 65,00
1166	KIT CÂNULAS P/ CEC	R\$ 1.017,83
1167	KIT CATARATA (NYLON 10-0/SEDA PRETA TRANC.4-0) 02 AGULHAS KF310G - KIT	R\$ 43,18
1168	KIT CATARATA (NYLON 10-0/SEDA PRETA TRANC.4-0) 02 AGULHAS KF410G - KIT	R\$ 108,29
1169	KIT CATARATA (NYLON 10-0/SEDA PRETA TRANC.4-0) 02 AGULHAS KF903G - KIT	R\$ 108,29
1170	KIT CATARATA (NYLON 10-0/SEDA PRETA TRANC.4-0) 02 AGULHAS KF910G - KIT	R\$ 73,06
1171	KIT CATÉTER ANESTESIA PERIDURAL PERIFIX SIMPLES - UN	R\$ 74,65
1172	KIT CATÉTER DUPLO LÚMEN PARA AVC TODOS OS TAMANHOS	R\$ 950,67
1173	KIT CATÉTER DUPLO LÚMEN PEDIÁTRICO TODOS OS TAMANHOS	R\$ 1.100,00
1174	KIT CATÉTER MONO LÚMEN TODOS OS TAMANHOS	R\$ 983,67
1175	KIT CATÉTER PARA NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA - KIT	R\$ 700,00
1176	KIT CATÉTER PARA QUIMIOTERAPIA TOTALMENTE IMPLANTÁVEL INFANTIL COM	R\$ 1.996,67
1177	KIT CATÉTER PERIFIX - KIT	R\$ 45,52
1178	KIT CATÉTER SPLITH-CATH HD TODOS OS TAMANHOS	R\$ 2.040,41
1179	KIT CATÉTER TOTALMENTE IMPLANTÁVEL P/ QUIMIOTERAPIA LONGA PERMANÊNCIA EM	R\$ 2.536,67

1180	KIT CATÉTER TRIPLO LÚMEN TODOS OS TAMANHOS	R\$ 596,00
1181	KIT CATÉTER VENOSO E ARTERIAL SELDINGER 20 GAUGE 5.0CM SAC-00520 - KIT	R\$ 134,75
1182	KIT CATÉTER/SERINGA PERIFIX (PERDA DE RESISTÊNCIA)	R\$ 72,00
1183	KIT COMP VITRECTOMIA POST C/ SONDA P/APARELHO MVS 20	R\$ 2.900,00
1184	KIT COMP VITRECTOMIA POSTERIOR C/ SONDA P/ APARELHO OCUTONE	R\$ 760,05
1185	KIT COMPLETO PARA ESFÍNCTER URINÁRIO ARTIFICIAL IMPORTADO ()	R\$ 82.634,51
1186	KIT CORONÁRIA PROLENE AZUL AG. MK112G	R\$ 416,00
1187	KIT DE CLIP RANEY PACOTE COM 10 UNIDADE	R\$ 420,78
1188	KIT DE DRENAGEM PERCUTÂNEA PARA NEFROSTOMIA RABO DE PORCO - BCPC4208030 (KIT CONTENDO AGULHAS IP E CHIBA. FIO GUIA PTFE. 3 DILATADORES FASCIAS RADIOPACO. CATÉTER PIGTAIL. CLAMP DE SILICONE. TUBO DE CONEXÃO. LÂMINA DE BISTURI) - KIT	R\$ 725,47
1189	KIT DE GASTROSTOMIA ENDOSC PERCUT DE SILICONE LONGA PERMANÊNCIA TODOS OS	R\$ 1.339,00
1190	KIT DE INFUSÃO PRESSURIZADA (OFTALMO)	R\$ 185,00
1191	KIT DE LIGADURA ELÁSTICA PARA VARIZES GFOVL100 - KIT	R\$ 38,67
1192	KIT DESCARTÁVEL PARA ASPIRADOR CIRÚRGICO ULTRASSÔNICO	R\$ 1.605,74
1193	KIT DRENAGEM MEDIASTINAL 18FR COM DRENO BIO KIT 2000ML - KIT	R\$ 35,00
1194	KIT DRENAGEM MEDIASTINAL 20FR COM DRENO BIO KIT 2000ML - KIT	R\$ 35,00
1195	KIT ELETRODO NAVX TODOS OS TAMANHOS	R\$ 3.500,00
1196	KIT ENDOGRAMPEADOR LINEAR CORTANTE 45MM (GRAMPEADOR CARGA) PARA CIRUG	R\$ 3.289,33
1197	KIT ENDOGRAMPEADOR PARA FIXAÇÃO DE TELA (HÉRNIAS)	R\$ 3.289,33
1198	KIT GRAMPEADOR CIRCULAR ENDOLUMINAL (GRAMPEADOR CARGA) C/ AUT PRÉVIA E	R\$ 2.386,00
1199	KIT GRAMPEADOR CURVO CORTANTE TODOS OS TAMANHOS	R\$ 1.113,00
1200	KIT GRAMPEADOR LINEAR 75/80MM (GRAMPEADOR CARGA)	R\$ 2.197,17
1201	KIT GRAMPEADOR LINEAR CORTANTE 75/80 MM (GRAMPEADOR+CARGA)	R\$ 22,00
1202	KIT GRAMPO ORTOPÉDICO, MATERIAL TITÂNIO, ESTERILIDADE ESTÉRIL, APLICAÇÃO	R\$ 4.995,32
1203	KIT INJEÇÃO EXTRAÇÃO ÓLEO SILICONE CONSTELLATION 8663 - KIT	R\$ 568,00
1204	KIT INSUFLAÇÃO CATÉTER BALÃO EVEREST AC3205P - KIT	R\$ 319,67
1205	KIT INTRODUTOR VALVULADO MAXIMUM 5 A 7 FR X 12 CM - KIT	R\$ 101,34
1206	KIT INTRODUTOR VALVULADO MAXIMUM 5 A 7 FR X 23 CM - KIT	R\$ 106,51

1207	KIT MONITORIZAÇÃO P/CATETERISMO TRANSTAR MEDEX MX700357 - KIT	R\$ 783,33
1208	KIT MONITORIZAÇÃO PRESSÃO NEONATAL LOGICAL MEDEX MX9630A - KIT	R\$ 406,02
1209	KIT MONITORIZAÇÃO PRESSÃO USO GERAL TRANSTAR MEDEX MX9504T - KIT	R\$ 426,29
1210	KIT OBSTETRÍCIA CATGUT SIMPLES 0-0 03X70CM AGULHA KO105G - KIT	R\$ 21,04
1211	KIT OBSTETRÍCIA CATGUT SIMPLES 2-0 03X70CM AGULHA KO104G - KIT	R\$ 26,17
1212	KIT P/ ANGIOPLASTIA COM FIO DE POLIPROPILENO AZUL 6 0 DE 45 CM COM AGULHA 3/8 CIRC	R\$ 84,70
1213	KIT P/ ARTROSCOPIA. ESTÉRIL, DESCARTÁVEL. COMPOSTO:1 COBERTURA P/ MESA DE	R\$ 2.855,00
1214	KIT P/ DRENAGEM PERCUTÂNEA DE VIAS BILIARES (CAT FIO GUIA DILATADORES AGULHAS	R\$ 5.523,50
1215	KIT P/ FACO UNIVERSAL	R\$ 135,00
1216	KIT P/ FAD 100 (HEMOD RENAL AG)02LIN VENOS/ ARTER 02 EQUIP 01DRENO 2 CONECT 03	R\$ 1.496,00
1217	KIT PARA ANESTESIA PLEXO CONTÍNUO	R\$ 239,40
1218	KIT PARA ANGIOPLASTIA (CAT BALÃO P/ ANGIO + GUIA EM J + CAT GUIA + INTRODUTOR)	R\$ 3.000,00
1219	KIT PARA CARDIOPLEGIA SANGUE BAIXO VOLUME	R\$ 634,87
1220	KIT PARA CATARATA COM FIO NYLON PRETO 10 0 DE 15 CM COM AGULHA 3/8 CIRC ESPAT	R\$ 85,29
1221	KIT PARA CEC ADULTO - KIT	R\$ 253,07
1222	KIT PARA CEC NEONATAL - KIT	R\$ 253,07
1223	KIT PARA CEC PEDIÁTRICO E INFANTIL - KIT	R\$ 253,07
1224	KIT PARA CIRURGIA CORONÁRIA SEM CEC MIDCAB - KIT	R\$ 246,33
1225	KIT PARA GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA - KIT	R\$ 1.005,00
1226	KIT PARA GASTROSTOMIA PERCUTÂNEA FLOW - KIT DE ADAPTADORES COMPOSTO DE 1 AGULHA 22GA COM 1-1/21 DISCO PARA FIXAÇÃO.1 AGULHA DE 22 GA COM 1-1/21 ADAPTADOR PARA O DISCO DE FIXAÇÃO .1 AGULHA DE 25 GA COM 5/81 FIO PARA APERTAR O DISCO DE FIXAÇÃO.1 BISTURI. 1 ADAPTADOR UNIVERSAL (UFA-20).. 1 TRO - CONJ	R\$ 982,66
1227	KIT PARA VALVULOPLASTIA COM 8 FIOS DE POLIÉSTER VERDE RECOBERTO 2 0 DE 75 CM COM	R\$ 519,67
1228	KIT PARA VERTEBROPLASTIA (CIMENTO/ APLICADOR/ AGULHA) COMPLETO TODOS OS	R\$ 12.666,67
1229	KIT RADICULOTOMIA (RIZOTOMIA COM TRÊS AGULHAS)	R\$ 8.850,00
1230	KIT SERINGA INJETORA DE CONTRASTE COMPLETO (1 SERINGA DE 200 ML, 1 LINHA EM	R\$ 223,00

1231	KIT SIGNATURE P/ VITRECTOMIA ANTERIOR 20G - KIT	R\$ 953,33
1232	KIT SONDA DE JEJUNOSTOMIA ENDOSCÓPICA (KIT CAT GUIA FIO GUIA POSIC ADAPTADOR) DE	R\$ 1.968,33
1233	KIT SUBSTITUIÇÃO BALÃO STANDARD SONDA RETA ENDOVIVE M00582080 - KIT	R\$ 389,67
1234	KIT VALVEKIT ETHIBOND 2-0 75CM 07 FIOS BRANCO/08 FIOS VERDE 02 AGULHAS 2.2MM SEM ALMOFADA TEFLON AKV15G - KIT	R\$ 242,08
1235	KIT VALVULADO 5000CPM 23G 11802 - UN	R\$ 3.766,88
1236	LÂMINA BISTURI DESC ESTÉRIL 20 4405 C/ 100UN - UN	R\$ 0,54
1237	LÂMINA BISTURI DESC WILTEX PLUS NÚMERO 11 HB11 C/ 100UN - UN	R\$ 68,13
1238	LÂMINA BISTURI DESC WILTEX PLUS NÚMERO 15C HB15C C/ 100UN - UN	R\$ 64,58
1239	LÂMINA BISTURI SOLIDOR 15 - UN	R\$ 52,32
1240	LÂMINA DE ARTROSCOPIA SHAVER	R\$ 713,65
1241	LÂMINA DE BISTURI EM AÇO CARBONO PARA CIRURGIA GERAL AESCULAP - BB510 - UN	R\$ 64,92
1242	LÂMINA DE BISTURI EM AÇO CARBONO PARA CIRURGIA GERAL AESCULAP - BB520 - UN	R\$ 67,99
1243	LÂMINA DE SHAVER PARA ARTROSCOPIA DE QUADRIL	R\$ 1.590,77
1244	LÂMINA DE SHAVER PARA OTORRINOLARINGOLOGIA	R\$ 823,00
1245	LÂMINA DE SHAVER PARA OTORRINOLARINGOLOGIA	R\$ 823,00
1246	LÂMINA DE SHAVER PONTA FLEXÍVEL, INDICAÇÃO ENDOSCÓPICO EM CIRURGIAS DE COLUNA	R\$ 4.750,77
1247	LÂMINA PARA BISTURI FEATHER - 10 - UN	R\$ 1,14
1248	LÂMINA, MATERIAL AÇO INOXIDÁVEL, FORMATO SHAVER, DIÂMETRO VÁRIOS, CARACTE-	R\$ 960,00
1249	LANCETA P/ GLICEMIA CAPILAR	R\$ 2,94
1250	LENTE ACRÍLICA TECNIS 1 PEÇA MODELO ZCB00 - ZCB00 - UN	R\$ 673,89
1251	LENTE CONTATO GELATINOSA HIDROSOL - UN	R\$ 349,40
1252	LENTE DE CONTATO BIOMEDICS 55 EVOLUTION - UN	R\$ 349,40
1253	LENTE DE CONTATO GELATINOSA HIDROBLUE UV ESFÉRICA - UN	R\$ 349,40
1254	LENTE DOBRÁVEL RAYNER SULCOFLEX ASFÉRICA 653L - 2.00 - CONSTANTE 117.2 - ANGULACAO 10 - ZONA ÓPTICA 6.5MM - COMPRIMENTO TOTAL 14.5MM - UN	R\$ 320,00
1255	LENTE INTRAOCULAR ACRÍLICA - TECNIS ZA 9003 - UN	R\$ 314,30
1256	LENTE INTRAOCULAR ACRÍLICA AIALA - UN	R\$ 320,00
1257	LENTE INTRAOCULAR ACRÍLICA AKREOS ADAPT AO - UN	R\$ 320,00
1258	LENTE INTRAOCULAR ACRÍLICA AKREOS FIT - UN	R\$ 320,00
1259	LENTE INTRAOCULAR ACRÍLICA AR40E - UN	R\$ 320,00

1260	LENTE INTRAOCULAR ASFÉRICA INJ.ALTO MÍOPE A-C 118.0 D 6.25MM - 10.0 A + 9.5 D SUPER-FLEX A.M. - UN	R\$ 320,00
1261	LENTE INTRAOCULAR ASFÉRICA INJ.RAYACRYL A-C 118.0 D 5.75MM + 22.5 A 30.0 D C-FLEX - UN	R\$ 319,05
1262	LENTE INTRAOCULAR ASFÉRICA INJ.RAYACRYL A-C 118.0 D 6.25MM + 10.0 A +22.0 D SUPER-FLEX - UN	R\$ 314,30
1263	LENTE INTRAOCULAR DOBRAV.ACR.HIDROFOB.FOT.CONST.A 118.5 Z.OPT.6MM 0.0 A 30.0 DIOP.MATRIX 400 - UN	R\$ 320,00
1264	LENTE INTRAOCULAR DOBRAV.ESP.ACR.HIDROFOB.CONST.A 118.5 Z.OPT.6MM 0.0 A 9.0 DIOP.MATRIX 401E - UN	R\$ 320,00
1265	LENTE INTRAOCULAR DOBRÁVEL ALCON - ACRYSOF IQ SN60WF - UN	R\$ 320,00
1266	LENTE INTRAOCULAR DOBRÁVEL ALCON - ACRYSOF IQ TORICA SN6AT5 - UN	R\$ 320,00
1267	LENTE INTRAOCULAR DOBRÁVEL LITEFLEX - UN	R\$ 320,00
1268	LENTE INTRAOCULAR DOBRÁVEL LITEFLEX ESPECIAL - UN	R\$ 320,00
1269	LENTE INTRAOCULAR HIDROFÍLICA DOBRÁVEL EYEOL - LW 625A - UN	R\$ 320,00
1270	LENTE INTRAOCULAR HIDROFÓBICA DOBRÁVEL - HYFLEX - UN	R\$ 320,00
1271	LENTE INTRAOCULAR LITEFIT A - UN	R\$ 320,00
1272	LENTE INTRAOCULAR MEDIPHACOS - IV-52 - UN	R\$ 320,00
1273	LENTE INTRAOCULAR MEDIPHACOS - IV-64 - UN	R\$ 320,00
1274	LENTE INTRAOCULAR MEDIPHACOS - IV-72 - UN	R\$ 320,00
1275	LENTE INTRAOCULAR MEDIPHACOS - KL-100 - UN	R\$ 320,00
1276	LENTE INTRAOCULAR MEDIPHACOS - OP-65C - UN	R\$ 320,00
1277	LENTE INTRAOCULAR MEDIPHACOS - OP-6UG - UN	R\$ 320,00
1278	LENTE INTRAOCULAR MEDIPHACOS - OP-72 - UN	R\$ 320,00
1279	LENTE INTRAOCULAR MEDIPHACOS - SF-70H - UN	R\$ 320,00
1280	LENTE INTRAOCULAR MEDIPHACOS - SI-52L - UN	R\$ 320,00
1281	LENTE INTRAOCULAR MEDIPHACOS - SLIM - UN	R\$ 320,00
1282	LENTE INTRAOCULAR SQUARE EDGE - P5512 - UN	R\$ 320,00
1283	LENTE INTRAOCULAR SQUARE EDGE - P6535 - UN	R\$ 320,00
1284	LENTE DOBRÁVEIS - LENTES INTRA-OCULARES RAYNER - C-FLEX 970C - UN	R\$ 320,00
1285	LENTE DOBRÁVEIS - LENTES INTRA-OCULARES RAYNER - SULCOFLEX MULTIFOCAL 653F - UN	R\$ 320,00
1286	LENTE DOBRÁVEIS - LENTES INTRA-OCULARES RAYNER - T-FLEX 573T - UN	R\$ 320,00
1287	LENTE INTRA-OCULARES DOBRÁVEIS MINIFLEX - MFD2 - UN	R\$ 320,00
1288	LENTE INTRA-OCULARES DOBRÁVEIS MINIFLEX - MFD3 - UN	R\$ 320,00
1289	LENTE INTRA-OCULARES AKREOS AO - MI60 - UN	R\$ 320,00
1290	LIGACLIP 100	R\$ 270,00

1291	LIGACLIP 200	R\$ 270,00
1292	LINHA DE SANGUE ARTERIAL ADULTO P/ HEMODIÁLISE (1/12)	R\$ 7,25
1293	LINHA DE SANGUE ARTERIAL COM CATABOLHA B00.73.010.50 - UN	R\$ 8,73
1294	LINHA DE SANGUE ARTERIAL PEDIÁTRICO P/ HEMODIÁLISE (1/12)	R\$ 7,25
1295	LINHA DE SANGUE VENOSA P/ HEMODIÁLISE DIALINE C/ CATABOLHA UNIVERSAL - UN	R\$ 7,15
1296	LINHA DE SANGUE VENOSA PEDIÁTRICO P/ HEMODIÁLISE (1/12)	R\$ 7,15
1297	LINHA TROCA FLUIDO GASOSA ACCURUS GFX 8000 5900 - UN	R\$ 6,70
1298	LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL 106 SENSITEX 6.5 - PAR	R\$ 0,87
1299	LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL 106 SENSITEX 7.0 - PAR	R\$ 0,87
1300	LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL 106 SENSITEX 7.5 - PAR	R\$0,87
1301	LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL 106 SENSITEX 8.0 - PAR	R\$0,87
1302	LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL 111 DIAL 6.5 - PAR	R\$ 1,68
1303	LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL 111 DIAL 7.0 - PAR	R\$ 3,00
1304	LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL 111 DIAL 7.5 - PAR	R\$ 3,00
1305	LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL 111 DIAL 8.0 - PAR	R\$ 1,40
1306	LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL 111 DIAL 8.5 - PAR	R\$ 1,76
1307	LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL 111 DIAL 9.0 - PAR	R\$ 1,00
1308	LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL 121 SENSIMAX 6.5 - PAR	R\$ 1,25
1309	LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL 121 SENSIMAX 7.0 - PAR	R\$ 3,00
1310	LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL 121 SENSIMAX 7.5 - PAR	R\$ 2,99
1311	LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL 121 SENSIMAX 8.0 - PAR	R\$ 1,60
1312	LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL 121 SENSIMAX 8.5 - PAR	R\$ 1,00
1313	LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL COM PÓ SÉRIE BC30 6.5 - PAR	R\$0,87
1314	LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL LÁTEX C/PÓ N.6.5 MAXITEX (PAR) - PAR	R\$ 0,98
1315	LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL SEM PÓ SENSIFREE 7.5 - PAR	R\$ 2,60
1316	LUVA CIRÚRGICA NÃO ESTÉRIL 101 DIAL 6.5 - PAR	R\$ 0,98
1317	LUVA CIRÚRGICA NÃO ESTÉRIL 101 DIAL 7.0 - PAR	R\$ 0,99
1318	LUVA CIRÚRGICA NÃO ESTÉRIL 101 DIAL 7.5 - PAR	R\$ 0,99
1319	LUVA CIRÚRGICA NÃO ESTÉRIL 101 DIAL 8.0 - PAR	R\$ 0,99
1320	LUVA CIRÚRGICA NÃO ESTÉRIL 101 DIAL 8.5 - PAR	R\$ 0,99
1321	LUVA LÁTEX CIRÚRGICA 6 1/2 (PAR) - PAR	R\$ 0,57
1322	LUVA LÁTEX CIRÚRGICA 7 (PAR) - PAR	R\$ 0,57
1323	LUVA LÁTEX CIRÚRGICA 7 1/2 (PAR) - PAR	R\$ 0,57
1324	LUVA LÁTEX CIRÚRGICA 8 (PAR) - PAR	R\$ 0,57
1325	LUVA LÁTEX CIRÚRGICA 8 1/2 (PAR) - PAR	R\$ 0,57
1326	LUVA LÁTEX P/PROCEDIMENTO MED.100UNID - UN	R\$ 0,15
1327	LUVA PROCEDIMENTO ESTÉRIL C/ 01 PAR P - PAR	R\$ 1,00

1328	LUVA PROCEDIMENTO TARGA PROCED ESTÉRIL TAM.G(PAR) - PAR	R\$ 0,15
1329	LUVA PROCEDIMENTO TARGA TAM.M N/ESTÉRIL 100UNID - UN	R\$ 1,00
1330	LUVA PROCEDIMENTO TARGA TAM.P N/ESTÉRIL 100UNID - UN	R\$ 1,00
1331	MALHA BIOMESH P 30X30CM - UN	R\$ 19,50
1332	MALHA TUBULAR 04CMX20MT ORTOPÉDICA (MEIA MALHA) - CM	R\$ 4,53
1333	MALHA TUBULAR 06CMX20MT ORTOPÉDICA (MEIA MALHA) - CM	R\$ 4,53
1334	MALHA TUBULAR 08CMX20MT ORTOPÉDICA (MEIA MALHA) - CM	R\$ 4,53
1335	MALHA TUBULAR 10CMX20MT ORTOPÉDICA (MEIA MALHA) - CM	R\$ 4,53
1336	MALHA TUBULAR 12CMX20MT ORTOPÉDICA (MEIA MALHA) - CM	R\$ 4,53
1337	MALHA TUBULAR 15CMX20MT ORTOPÉDICA (MEIA MALHA) - CM	R\$ 4,53
1338	MALHA TUBULAR 20CMX20MT ORTOPÉDICA (MEIA MALHA) - CM	R\$ 4,53
1339	MALHA TUBULAR ALGODÃO 04CMX25M F08148 - CM	R\$ 4,53
1340	MALHA TUBULAR ALGODÃO 06CMX15M F08140 - CM	R\$ 4,53
1341	MALHA TUBULAR ALGODÃO 06CMX25M F08149 - CM	R\$ 4,53
1342	MALHA TUBULAR ALGODÃO 08CMX15M F08141 - CM	R\$ 4,53
1343	MALHA TUBULAR ALGODÃO 08CMX25M F08150 - CM	R\$ 4,75
1344	MALHA TUBULAR ALGODÃO 10CMX15M F08142 - CM	R\$ 4,75
1345	MALHA TUBULAR ALGODÃO 10CMX25M F08151 - CM	R\$ 4,75
1346	MALHA TUBULAR ALGODÃO 12CMX15M F08143 - CM	R\$ 4,75
1347	MALHA TUBULAR ALGODÃO 12CMX25M F08152 - CM	R\$ 4,75
1348	MALHA TUBULAR ALGODÃO 15CMX15M F08144 - CM	R\$ 4,75
1349	MALHA TUBULAR ALGODÃO 15CMX25M F08153 - CM	R\$ 4,75
1350	MALHA TUBULAR ALGODÃO 20CMX15M F08145 - CM	R\$ 4,75
1351	MALHA TUBULAR ALGODÃO 20CMX25M F08154 - CM	R\$ 4,75
1352	MALHA TUBULAR ALGODÃO 30CMX25M F08156 - CM	R\$ 4,75
1353	MALHA TUBULAR ESTÉRIL 04CMX1.5M - UN	R\$ 4,75
1354	MALHA TUBULAR ESTÉRIL 06CMX1.5M - UN	R\$ 4,75
1355	MALHA TUBULAR ESTÉRIL 08CMX1.5M - UN	R\$ 4,75
1356	MALHA TUBULAR ESTÉRIL 10CMX1.5M - UN	R\$ 4,75
1357	MALHA TUBULAR ESTÉRIL 12CMX1.5M - UN	R\$ 4,75
1358	MALHA TUBULAR ESTÉRIL 15CMX1.5M - UN	R\$ 4,75
1359	MALHA TUBULAR ESTÉRIL 20CMX1.5M - UN	R\$ 4,75
1360	MALHA TUBULAR ESTÉRIL SINTÉTICA 04 10CMX01M - UN	R\$ 4,75
1361	MALHA TUBULAR MEDI HOUSE - 10CM X 15M - CM	R\$ 4,75
1362	MALHA TUBULAR MEDI HOUSE - 10CM X 25M - CM	R\$ 4,75
1363	MALHA TUBULAR MEDI HOUSE - 12CM X 15M - CM	R\$ 4,75
1364	MALHA TUBULAR MEDI HOUSE - 12CM X 25M - CM	R\$ 4,75
1365	MALHA TUBULAR MEDI HOUSE - 15CM X 15M - CM	R\$ 4,75
1366	MALHA TUBULAR MEDI HOUSE - 15CM X 25M - CM	R\$ 4,75

1367	MALHA TUBULAR MEDI HOUSE - 20CM X 15M - CM	R\$ 4,75
1368	MALHA TUBULAR MEDI HOUSE - 20CM X 25M - CM	R\$ 4,75
1369	MALHA TUBULAR MEDI HOUSE - 30CM X 15M - CM	R\$ 4,75
1370	MALHA TUBULAR MEDI HOUSE - 30CM X 25M - CM	R\$ 4,75
1371	MALHA TUBULAR MEDI HOUSE - 4CM X 15M - CM	R\$ 4,75
1372	MALHA TUBULAR MEDI HOUSE - 4CM X 25M - CM	R\$ 4,75
1373	MALHA TUBULAR MEDI HOUSE - 6CM X 15M - CM	R\$ 4,75
1374	MALHA TUBULAR MEDI HOUSE - 6CM X 25M - CM	R\$ 4,75
1375	MALHA TUBULAR MEDI HOUSE - 8CM X 15M - CM	R\$ 4,75
1376	MALHA TUBULAR MEDI HOUSE - 8CM X 25M - CM	R\$ 4,75
1377	MALHA TUBULAR NR.08 1.5MT ESTÉRIL - UN	R\$ 4,75
1378	MALHA TUBULAR NR.10 1.5MT ESTÉRIL - UN	R\$ 4,75
1379	MALHA TUBULAR NR.12 1.5MT ESTÉRIL - UN	R\$ 4,75
1380	MALHA TUBULAR NR.15 1.5MT ESTÉRIL - UN	R\$ 7,34
1381	MALHA TUBULAR NR.20 1.5MT ESTÉRIL - UN	R\$ 4,75
1382	MALHA TUBULAR NR.30 1.5MT ESTÉRIL - UN	R\$ 8,90
1383	MALHA TUBULAR STOCKINET - MALHA TUBULAR STOCKINET MS 04 CAIXA CONTENDO 1 ROLO DE 10 CM X 22.8M - CM	R\$ 4,53
1384	MALHA TUBULAR STOCKINET - MALHA TUBULAR STOCKINET MS 06 CAIXA CONTENDO 1 ROLO DE 15 CM X 22.8M - CM	R\$ 4,30
1385	MANIFOLD 3 TORNEIRAS ALTA PRESSÃO 250PSI OFF MEDEX MX1233MR - UN	R\$ 125,00
1386	MANIFOLD 3 TORNEIRAS ALTA PRESSÃO 250PSI OPEN MEDEX MX1223MR - UN	R\$ 125,00
1387	MANIFOLD 3 TORNEIRAS ALTA PRESSÃO 550PSI OPEN MEDEX MX1323MR - UN	R\$ 125,00
1388	MANIFOLD 5 TORNEIRAS 4VIAS USO GERAL MEDEX MX434-5LM - UN	R\$ 125,00
1389	MANIFOLD ANGIOGRAFICO NAMIC H965700373031 - UN	R\$ 125,00
1390	MANIFOLD UMBRA 14227 - UN	R\$ 125,00
1391	MANIPULADOR UTERINO	R\$ 818,90
1392	MANTA TÉRMICA TAMANHO ADULTO PARA USO EM BLOCO CIRÚRGICO (1/10)	R\$25,99
1393	MANTA TÉRMICA TAMANHO ADULTO/PEDIÁTRICO PARA USO EM CTI/LEITO POR INTERNACAO	R\$ 30,00
1394	MARCADOR TECIDO MAMÁRIO ULTRACLIP DUAL TRIGGER BIODUR ESPIRAL 108 17GX10CM 864017D - UN	R\$ 655,00
1395	MARCAPASSO CARDÍACO BICAMERAL (DDD) GERADOR	R\$ 22.500,00
1396	MARCAPASSO CARDÍACO UNICAMERAL (VVIR) (VDD) GERADOR	R\$ 15.400,00
1397	MARROW CUT CÂNULA PARA BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA - MARROW CUT 8G X 150MM - UN	R\$ 128,00

1398	MÁSCARA CIRÚRGICA DESCARTÁVEL DESCARPACK C/ TIRAS CX 50UND - UN	R\$ 0,16
1399	MÁSCARA DESCARTÁVEL	R\$ 0,24
1400	MÁSCARA LARÍNGEA TAM 1 - UN	R\$ 86,89
1401	MÁSCARA N95 / PFF2 DESCARPACK - UN	R\$ 5,95
1402	MATRIX ACRYLIC - LENTE INTRAOCULAR MEDENNIUM - 400 - UN	R\$ 320,00
1403	MATRIX ACRYLIC - LENTE INTRAOCULAR MEDENNIUM - 401 - UN	R\$ 320,00
1404	MATRIZ ENXERTO DURAL ESPONJA 5X5 PARA REPARAÇÃO E RECONSTRUÇÃO DE	R\$ 4.999,00
1405	MATRIZ ENXERTO DURAL ESPONJA 75X75 PARA REPARAÇÃO E RECONSTRUÇÃO DE	R\$ 7.860,00
1406	MATRIZ ENXERTO DURAL FILME 5X5 PARA REPARAÇÃO E RECONSTRUÇÃO DE DURAMATER	R\$ 4.999,00
1407	MATRIZ ENXERTO DURAL FILME 75X75 PARA REPARAÇÃO E RECONSTRUÇÃO DE DURAMATER	R\$ 8.782,20
1408	MAXIMUM INTRODUTOR HEMOSTÁTICO - 406249 - UN	R\$ 150,00
1409	MEMBRANA BIOABSORVÍVEL DURAGEN 5X5 (EMBALAGEM COM 2UNIDADE)	R\$ 5.600,00
1410	MEMBRANA BIOABSORVÍVEL DURAGEN 7,5 X 7,5 (EMBALAGEM COM 2 UNIDADE)	R\$ 9.000,00
1411	MEPILEX TRANSFER AG 10X12.5 CM 394190 - UN	R\$ 267,90
1412	MERSILENE - 1760G - UN	R\$ 85,23
1413	MERSILENE - G704T - UN	R\$ 27,00
1414	MERSILENE - SMV73T - UN	R\$ 27,00
1415	MERSILENE - SMV74T - UN	R\$ 24,00
1416	MERSILENE - SMV75T - UN	R\$ 27,00
1417	MESALT 10CM X 10CM (5 CM X 5 CM DOBRADO) - 285580 - UN	R\$ 15,00
1418	METILCELULOSE 2% COM SERINGA 2.5 ML - SER	R\$ 63,00
1419	MICRO BALÃO DESTACÁVEL PARA EMBOLIZAÇÃO	R\$ 2.736,42
1420	MICRO CATETER MARKSMAN (STENT DIFUSOR DE FLUXO)	R\$ 9.340,78
1421	MICRO CATETER P/ EMBOLIZAÇÃO	R\$ 4.890,00
1422	MICRO FIO GUIA P/ EMBOLIZAÇÃO	R\$ 2.500,00
1423	MICRO MOLAS DE PLATINA ELETRO DESTACÁVEIS OU NÃO (P/ EMBOLIZAÇÃO) COM	R\$ 7.820,00
1424	MICROGUIA TRANSEND (STENT DIFUSOR DE FLUXO)	R\$ 3.000,00
1425	MICROTELA EM TITÂNIO 85 X 53 X 0 3 MM	R\$ 3.064,00
1426	MINI PLACA P/ FRAGMENTOS	R\$ 444,70
1427	MINILOC SAFETY INFUSION SET S02020-75 - UN	R\$ 67,74
1428	MONITORIZAÇÃO INTRA OPERATÓRIA DO NERVO FACIAL	R\$ 8.300,00
1429	MONOSOF - SUTURA DE NYLON (POLIAMIDA) NÃO ABSORVÍVEL MONOFILAMENTAR COM AGULHA - NPXF83340 - UN	R\$ 8,95
1430	NEURONAVEGADOR	R\$ 19.515,00

1431	NEW IMAGE - SISTEMA DE DUAS PEÇAS PARA ESTOMIA - BARREIRAS - BARREIRA PROTETORA DE PELE FLEXTEND CONVEXA RECORTÁVEL C/ FLANGE FLOTANTE E ADESIVO 14804 - UN	R\$ 30,00
1432	NEW IMAGE SISTEMA DE DUAS PEÇAS PARA ESTOMIA - BOLSAS - 18183 (BOLSA DRENÁVEL OPACA PARA ESTOMIA INTESTINAL) - UN	R\$ 34,20
1433	NEW IMAGE SISTEMA DE DUAS PEÇAS PARA ESTOMIA - BOLSAS - 18194 (BOLSA DRENÁVEL TRANSPARENTE PARA ESTOMIA INTESTINAL) - UN	R\$ 34,01
1434	OBTURADOR ESTOMIA ALTERNA CONSEAL ESTOMA 20-35MMX45MM 1445 - UN	R\$ 51,19
1435	OBTURADOR ESTOMIA ALTERNA CONSEAL ESTOMA 35-45MMX45MM 1495 - UN	R\$ 43,21
1436	OFTCRYL LIO ACRÍLICA DOBRÁVEL. HIDROFÍLICA CONST. 118.0 DIAM. 12.50MM - UN	R\$ 360,00
1437	OKTA-LINE 5 ML - UN	R\$ 1.721,08
1438	OPSITE INCISE PELÍCULA ADESIVA INCISIONAL - UN	R\$ 43,41
1439	OPSITE POST OP CURATIVO TRANSPARENTE COM COMPRESSA ABSORVENTE 66000708 - UN	R\$ 7,92
1440	OPSITE POST OP CURATIVO TRANSPARENTE COM COMPRESSA ABSORVENTE 66000712 - UN	R\$ 21,27
1441	OPSITE POST OP CURATIVO TRANSPARENTE COM COMPRESSA ABSORVENTE 66000715 - UN	R\$ 86,89
1442	OPTIVE FRASCO 10ML - GTS	R\$ 5,95
1443	OSTEONIL 20MG 2ML - UN	R\$ 320,00
1444	OSTEONIL MINI 1 SERINGA PREENCHIDA DE 10 MG/1 ML - UN	R\$ 320,00
1445	OSTEONIL PLUS 1 SERINGA PREENCHIDA 40MG/2ML - UN	R\$ 4.999,00
1446	OXANE 1300 - ÓLEO DE SILICONE PURIFICADO E FRACIONADO - OXANE 1300 - ÓLEO DE SILICONE PURIFICADO E FRACIONADO - SER	R\$ 7.860,00
1447	OXANE 5700 - SER	R\$ 4.999,00
1448	OXANE HD VRL700-D - SER	R\$ 8.782,20
1449	PAPILOTOMO DUPLO LUMEN	R\$ 150,00
1450	PAPILOTOMO MONO LUMEN	R\$ 5.600,00
1451	PAPILOTOMO TRIPLO LUMEN	R\$ 9.000,00
1452	PARAFUSO CANULADO - MM-215.10 PARAFUSO CANULADO ROSCA TOTAL 3.5 X 10 MM - UN	R\$ 267,90
1453	PARAFUSO CANULADO - PARAFUSO CANULADO 7.0 - UN	R\$ 85,23
1454	PARAFUSO CANULADO TIPO HERBERT EM TITÂNIO	R\$ 27,00
1455	PARAFUSO CIRÚRGICO - MINI E MICRO FRAGMENTOS, MATERIAL TITÂNIO, TIPO BLOQUEIO,	R\$ 27,00

1456	PARAFUSO CIRÚRGICO - MINI E MICRO FRAGMENTOS, MATERIAL TITÂNIO, TIPO CORTICAL,	R\$ 24,00
1457	PARAFUSO CORTICAL 4.5MM - UN	R\$ 27,00
1458	PARAFUSO CORTICAL EM TITÂNIO 5,0MM DE BLOQUEIO AUTOSQUEANTE DE 10 A 60 MM	R\$ 15,00
1459	PARAFUSO CORTICAL, MATERIAL AÇO INOXIDÁVEL, DIÂMETRO 3,50, APLICAÇÃO P/ORIFÍCIO	R\$ 63,00
1460	PARAFUSO CORTICAL, MATERIAL AÇO INOXIDÁVEL, DIÂMETRO 4,50 MM OU SIMILAR	R\$ 2.736,42
1461	PARAFUSO CORTICAL, MATERIAL TITÂNIO, DIÂMETRO 3,50 OU SIMILAR	R\$ 9.340,78
1462	PARAFUSO DE COMPRESSÃO ROSQUEÁVEL DHS,DCS, EM TITÂNIO BIOCAMPATÍVEL DIÂMETRO	R\$ 4.890,00
1463	PARAFUSO DE FIXAÇÃO TIBIAL BIOABSORVÍVEL DE TAMANHO APROXIMADO DE 7 A 12MM	R\$ 2.500,00
1464	PARAFUSO DE FIXAÇÃO TIBIAL EM TITÂNIO DE 7 A 12MM	R\$ 7.820,00
1465	PARAFUSO DESLIZANTE DHS/DCS EM TITÂNIO, BIOCAMPATÍVEL DIÂMETRO APROXIMADO DA	R\$ 3.000,00
1466	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0MM EM AÇO INOX BIOCAMPATÍVEL	R\$ 3.064,00
1467	PARAFUSO ESPONJOSO 6,5MM EM AÇO INOX BIOCAMPATÍVEL	R\$ 444,70
1468	PARAFUSO ESPONJOSO 6,5MM EM AÇO INOX BIOCAMPATÍVEL DIÂMETRO DA ROSCA 6,5MM,	R\$ 67,74
1469	PARAFUSO ESPONJOSO, MATERIAL TITÂNIO, DIÂMETRO 6,50, APLICAÇÃO P/COMPONENTE	R\$ 8.300,00
1470	PARAFUSO MALEOLAR 4,5MM EM AÇO INOX BIOCAMPATÍVEL	R\$ 8,95
1471	PARAFUSO NÃO CANULADO PARA USO EM GRANDES FRAGMENTOS HEXAGON - PARAFUSO MALEOLAR 4.5 CÓDIGOS 10645 - UN	R\$ 19.515,00
1472	PARAFUSO ORTOPÉDICO, MATERIAL AÇO INOXIDÁVEL, TIPO BLOQUEIO, DIÂMETRO 3,5,	R\$ 30,00
1473	PARAFUSO ORTOPÉDICO, MATERIAL TITÂNIO, TIPO TAMPÃO, OU SIMILAR	R\$ 34,20
1474	PARAFUSO ORTOPÉDICO., MATERIAL ÁCIDO POLILÁTICO(PLLA), DIÂMETRO VÁRIOS,	R\$ 34,01
1475	PARAFUSO ORTOPÉDICO., MATERIAL AÇO INOXIDÁVEL, TIPO DHS/DCS, APLICAÇÃO PLACAS	R\$ 51,19
1476	PARAFUSO ORTOPÉDICO., MATERIAL AÇO INOXIDÁVEL, TIPO ESPONJOSO, DIÂMETRO 6,50,	R\$ 43,21
1477	PARAFUSO ORTOPÉDICO., MATERIAL AÇO INOXIDÁVEL, TIPO ESPONJOSO, DIÂMETRO DA	R\$ 360,00
1478	PARAFUSO ORTOPÉDICO., MATERIAL AÇO, TIPO CONEXÃO P/PLACA DHS E DCS (CONTRAPINO)	R\$ 1.540,00
1479	PARAFUSO ORTOPÉDICO., MATERIAL TITÂNIO, APLICAÇÃO P/HASTE BLOQUEADA FEMURAL E	R\$ 65,00

1480	PARAFUSO ORTOPÉDICO., MATERIAL TITÂNIO, TIPO BLOQUEIO, DIÂMETRO 3,5, ESTERILIDADE	R\$ 14,80
1481	PARAFUSO ORTOPÉDICO., MATERIAL TITÂNIO, TIPO LÂMINA ESPIRAL PARA CONSERVAÇÃO DO	R\$ 22,20
1482	PARTÍCULAS DE PVA P/ EMBOLIZAÇÃO	R\$ 55,00
1483	PASTA HIDROATIVA DUODERM 30G 1197974 - G	R\$ 2,98
1484	PASTA PROTETORA PELE STOMAHESIVE 56.7G 1197662 - G	R\$ 1.350,00
1485	PATCH INORGÂNICO (POR CM2) ATÉ 125 CM	R\$ 429,54
1486	PD NIGHT SET VARIO PLUS PIN 5 VIAS F00006995 - UN	R\$ 2.015,00
1487	PDS PLUS ANTIBACTERIAL - PDP303H PDS PLUS ANTIBACTERIAL / VIOLETA / 5-0 / 70 CM / RB-1 - UN	R\$ 437,50
1488	PDS PLUS ANTIBACTERIAL - PDP304H PDS PLUS ANTIBACTERIAL / VIOLETA / 4-0 / 70 CM / RB-1 - UN	R\$ 1.850,00
1489	PDS PLUS ANTIBACTERIAL - PDP316H PDS PLUS ANTIBACTERIAL / VIOLETA / 3-0 / 70 CM / SH - UN	R\$ 257,00
1490	PDS PLUS ANTIBACTERIAL - PDP317H PDS PLUS ANTIBACTERIAL / VIOLETA / 2-0 / 70 CM / SH - UN	R\$ 994,30
1491	PERFLUOROCTANO FA X 5ML - FA	R\$ 1.250,00
1492	PERFUSOR SET - DISPOSITIVO PARA A EXTENSÃO DE EQUIPOS - PERFUSOR SET 120CM - UN	R\$ 2.354,73
1493	PERFUSOR SET FS - DISPOSITIVO PARA A EXTENSÃO DE EQUIPOS - 834231- PERFUSOR SET 150 FS - UN	R\$ 115,00
1494	PERFUSOR SET PE - DISPOSITIVO PARA A EXTENSÃO DE EQUIPOS - EMBALAGEM PRIMÁRIA (UNITÁRIA) FILME PA/PE + PAPEL GRAU CIRÚRGICO.EMBALAGEM SECUNDÁRIA CAIXA DE PAPELÃO CONTENDO 100 UNIDADES DE TUBO DE 150CM OU 200CM. NA CONDIÇÃO ESTÉRIL - UN	R\$ 4,19
1495	PERMCATH CATÉTER DUPLO LÚMEN PARA HEMODIÁLISE. AFÉRESE E INFUSÃO QUINTON E ACESSÓRIOS NOS MODELOS ADULTO E INFANTIL - ADULTO 36 CM - UN	R\$ 2.366,66
1496	PERMCATH CATÉTER DUPLO LÚMEN PARA HEMODIÁLISE. AFÉRESE E INFUSÃO QUINTON E ACESSÓRIOS NOS MODELOS ADULTO E INFANTIL - ADULTO 40 CM - UN	R\$ 2.366,66
1497	PERMCATH CATÉTER DUPLO LÚMEN PARA HEMODIÁLISE. AFÉRESE E INFUSÃO QUINTON E ACESSÓRIOS NOS MODELOS ADULTO E INFANTIL - PEDIÁTRICO 28 CM - UN	R\$ 2.366,66
1498	PERNEIRA SCD 90X61CM LBTK500-L - UN	R\$ 410,00
1499	PIELSANA GEL DERMOPROTETOR BISN.X 100 G - G	R\$ 1,34
1500	PIELSANA GEL DERMOPROTETOR BISN.X 50 G - G	R\$ 1,34
1501	PIELSANA ÓLEO DERMOPROTETOR ALMOTOLIA X 20 ML - ML	R\$ 3,00
1502	PIELSANA ÓLEO DERMOPROTETOR GAZE RAYON 7.5 X 15 EMBEBIDA C/ 5 ML CX. 24 UNID. - UN	R\$ 4,95
1503	PINÇA CHERRON KOLPLAST - UN	R\$ 1,74

1504	PINÇA ESTÉRIL DESC GRIESHABER REVOLUTION DSP ENDGRASPING FÓRCEPS 23G 706.43/8473 - UN	R\$ 1.730,00
1505	PINÇA ESTÉRIL DESC GRIESHABER REVOLUTION DSP ILM FÓRCEPS 23G 8474/706.44 - UN	R\$ 1.611,83
1506	PINÇA PARA BIÓPSIA	R\$ 522,50
1507	PINO ORTOPÉDICO, MATERIAL AÇO INOXIDÁVEL, TIPO SCHANZ OU SIMILAR. TODOS OS	R\$ 1.100,00
1508	PLACA 1/3 TUBULAR 3,5MM EM AÇO INOX BIOCAMPATÍVEL	R\$ 402,00
1509	PLACA ADESIVA BOLSA ESTOMIA SENSURA MIO CONVEXO LIGHT COM SUPORTE CINTO 60X15X40MM 16921 - UN	R\$ 78,00
1510	PLACA ANGULADA, AÇO INOXIDÁVEL, PARA PARAFUSOS 4,5MM OU SIMILAR	R\$ 9.500,00
1511	PLACA AUTO COMPRESSÃO DINÂMICA 3,5 MM EM AÇO INOX BIOCAMPATÍVEL	R\$ 259,70
1512	PLACA BLOQUEADORA DHS, LCP EM TITÂNIO, BIOCAMPATÍVEL PARA FIXAÇÃO COM	R\$ 2.100,00
1513	PLACA BLOQUEADORA EM TITÂNIO PARA OSTEOTOMIA DO JOELHO E TÍBIA	R\$ 10,30
1514	PLACA COBRA 4,5MM EM AÇO INOX BIOCAMPATÍVEL	R\$ 982,00
1515	PLACA DE AUTO COMPRESSÃO DINÂMICA ESTREITA, 4,5MM EM AÇO INOX BIOCAMPATÍVEL	R\$ 627,00
1516	PLACA DE AUTO COMPRESSÃO DINÂMICA LARGA, 4,5MM EM AÇO INOX BIOCAMPATÍVEL	R\$ 627,00
1517	PLACA DE BISTURI	R\$ 6,86
1518	PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5MM EM AÇO INOX BIOCAMPATÍVEL	R\$ 267,55
1519	PLACA DE RECONSTRUÇÃO 4,5MM EM AÇO INOX BIOCAMPATÍVEL	R\$ 533,16
1520	PLACA DE SUPORTE DE PLATEAU TIBIAL DE 4.5MM (INCLUI PARAFUSOS) - UN	R\$ 705,33
1521	PLACA EM L 3,5MM EM AÇO INOX BIOCAMPATÍVEL	R\$ 456,67
1522	PLACA EM L 4,5MM EM AÇO INOX BIOCAMPATÍVEL	R\$ 516,67
1523	PLACA EM T 3,5MM EM AÇO INOX BIOCAMPATÍVEL	R\$ 431,77
1524	PLACA EM T 4,5MM EM AÇO INOX BIOCAMPATÍVEL	R\$ 475,11
1525	PLACA ORTOPÉDICA, AÇO INOXIDÁVEL, CARACTERÍSTICAS C/04 ORIFÍCIOS PARA PARAFUSOS	R\$ 11.164,36
1526	PLACA ORTOPÉDICA, AÇO INOXIDÁVEL, CARACTERÍSTICAS C/05 ORIFÍCIOS PARA PARAFUSOS	R\$ 12.622,51
1527	PLACA ORTOPÉDICA, AÇO INOXIDÁVEL, ESPECIAL, TREVO, P/PARAFUSO DE 4,5MM, P/ TÍBIA OU	R\$ 4.380,67
1528	PLACA ORTOPÉDICA, AÇO INOXIDÁVEL, P/PARAFUSO CORTICAL 4,5MM/ESPONJOSO 6,5MM,	R\$ 6.016,39

1529	PLACA ORTOPÉDICA, AÇO INOXIDÁVEL, TIPO PONTE,LARGA, 150 MM, P/PARAFUSOS DE 4,5MM	R\$ 5.688,89
1530	PLACA ORTOPÉDICA, MATERIAL AÇO INOXIDÁVEL, APLICAÇÃO P/ PILÃO TIBIAL, TIPO	R\$ 12.391,48
1531	PLACA ORTOPÉDICA, MATERIAL AÇO INOXIDÁVEL, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS COM 4	R\$ 7.699,88
1532	PLACA ORTOPÉDICA, MATERIAL AÇO INOXIDÁVEL, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, MODELO	R\$ 4.398,87
1533	PLACA ORTOPÉDICA, MATERIAL AÇO INOXIDÁVEL, COMPRIMENTO 95, CARACTERÍSTICAS	R\$ 5.844,44
1534	PLACA ORTOPÉDICA, MATERIAL AÇO INOXIDÁVEL, LARGURA 14, MODELO PLACA EM 'L'	R\$ 5.860,83
1535	PLACA ORTOPÉDICA, MATERIAL AÇO INOXIDÁVEL, MODELO TUBO DESLIZANTE CONDILIANA	R\$ 7.711,88
1536	PLACA ORTOPÉDICA, MATERIAL AÇO INOXIDÁVEL, TIPO TUBO(DHS/DCS), FORMATO ÂNGULO	R\$ 8.133,22
1537	PLACA ORTOPÉDICA, MATERIAL TITÂNIO, APLICAÇÃO ARTRODESE PUNHO, TIPO ESPECIAL,	R\$ 8.341,22
1538	PLACA ORTOPÉDICA, MATERIAL TITÂNIO, COMPRIMENTO 12, LARGURA 4, CARACTERÍSTICAS	R\$ 5.189,00
1539	PLACA ORTOPÉDICA, MATERIAL TITÂNIO, TIPO 1/3 TUBO(CANA), FORMATO RETA, TIPO	R\$ 6.847,43
1540	PLACA ORTOPÉDICA, MATERIAL TITÂNIO, TIPO BLOQUEADA, FORMATO ANATÔMICO, TIPO	R\$ 9.691,36
1541	PLACA ORTOPÉDICA, MATERIAL TITÂNIO, TIPO BLOQUEADA, QUANTIDADE FUROS COM 8	R\$ 12.147,32
1542	PLACA ORTOPÉDICA, MATERIAL TITÂNIO, TIPO BLOQUEADA, RETA, TIPO FIXAÇÃO	R\$ 8.800,00
1543	PLACA PARA CONJUNTO 60MM DE 2 PEÇAS SENSURA XPRO PARA COLO E ILEOSTOMIA 10035 - UN	R\$ 14,91
1544	PLACA RETA, MATERIAL AÇO INOXIDÁVEL, MODELO ESTREITA AUTO-COMPRESSÃO,	R\$ 7.473,69
1545	PLACA SEMITUBULAR 4,5MM EM AÇO INOX BIOCOMPATÍVEL	R\$ 657,33
1546	PLACA TERMOPLÁSTICA PARA IMOBILIZAÇÃO - AQUAPLAST ORIGINAL - UN	R\$ 460,00
1547	PLACA TREVO 3,5MM EM AÇO INOX BIOCOMPATÍVEL	R\$ 415,28
1548	PLASTIBEL TODOS OS TAMANHOS	R\$ 56,17
1549	PLUG ADAPTADOR C/ LÁTEX AUTO-CICAT CONECTOR LUER LOCK	R\$ 1,01
1550	PLUGUES PARA PONTO LACRIMAL EAGLE VISION - 3071 - UN	R\$ 260,29
1551	POLIFIX EQUIPO PARA INFUSÃO SIMULTÂNEA DE SOLUÇÕES PARENTERAIS - POLIFIX 2 - UN	R\$ 4,85
1552	PONTEIRA DE RADIOFREQUÊNCIA ABLATOR PARA ARTROSCOPIA	R\$ 785,82



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA

CONTROLE DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS DO DOCUMENTO

Documento:	Parte 4 - 1ª Atualização EDITAL 2024
Data/Hora de Criação:	13/09/2024 15:45:05
Páginas do Documento:	65
Páginas Totais (Doc. + Ass.)	66
Hash MD5:	b300d7742213f8cbcf9dbebdd04ba7f
Verificação de Autenticidade:	https://autenticidade-documento.sti.fab.mil.br/assinatura

Este documento foi assinado e conferido eletronicamente com fundamento no artigo 6º, do Decreto nº 8.539 de 08/10/2015 da Presidência da República pelos assinantes abaixo:

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Major JULIANA GARCIA GOMES NETO DANTAS no dia 13/09/2024 às 12:54:40 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Segundo Sargento BRUNO RIBEIRO DA SILVA no dia 04/11/2024 às 14:44:44 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Cap NELSON RUBENS COUTINHO FILHO no dia 12/11/2024 às 12:37:10 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Cel FRANCISCO IRAN DE VASCONCELOS MURAYAMA no dia 12/11/2024 às 18:11:21 no horário oficial de Brasília.

CONTROLE DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS DO DOCUMENTO

1553	PONTEIRA DE SHAVER PARA PARTES MOLE COM FORNECIMENTO DO ARTROSCÓPIO E	R\$ 211,31
1554	PONTEIRA I/A SILICONE CURVA 8636 8065740969 - UN	R\$ 414,73
1555	PONTEIRA I/A SILICONE PONTA CURVA 8636 - UN	R\$ 398,07
1556	PONTEIRA P/ FACO 45G CURVA (1/5)	R\$ 257,53
1557	PONTEIRA P/ FACO 45G RETA (1/5)	R\$ 206,33
1558	PONTEIRA PARA FACO 30/45G CÔNICA 1/5	R\$ 111,50
1559	PONTEIRA, TIPO FLEXÍVEL, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS TIPO PROBE INTERMITENTE,	R\$ 1.959,67
1560	PONTEIRA, TIPO FORMÃO, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS TIPO PROBE INTERMITENTE,	R\$ 2.020,33
1561	PRO OSTEON 200 - BLOCOS 2BE003 (10 X 5 X 5) MM - UN	R\$ 167,24
1562	PRO OSTEON 200 - GRÂNULOS 425-600 MICRON 2GE003 - UN	R\$ 180,57
1563	PRODUTOS PARA TRATAMENTO DE FERIDAS PRONTOSAN 350ML 400451 - ML	R\$ 82,27
1564	PROPÉ	R\$ 0,38
1565	PRÓTESE DE QUADRIL, APLICAÇÃO CIRURGIA PRIMÁRIA, ESTRUTURA MODULAR, MATERIAL	R\$ 11.932,87
1566	PRÓTESE DE QUADRIL, ESTRUTURA MODULAR, MATERIAL AÇO INOXIDÁVEL E POLIETILENO,	R\$ 4.219,10
1567	PRÓTESE DE QUADRIL, ESTRUTURA MODULAR, MATERIAL AÇO INOXIDÁVEL, COMPONENTE	R\$ 3.074,33
1568	PRÓTESE DE QUADRIL, ESTRUTURA MODULAR, MATERIAL POLIETILENO E CERÂMICA,	R\$ 7.000,00
1569	PRÓTESE DE QUADRIL, ESTRUTURA MODULAR, MATERIAL POLIETILENO, COMPONENTE	R\$ 5.454,00
1570	PRÓTESE DE QUADRIL, ESTRUTURA MODULAR, MATERIAL POLIETILENO, INSERT ANTI-	R\$ 10.883,33
1571	PRÓTESE DE QUADRIL, ESTRUTURA MODULAR, POLIETILENO E TITÂNIO, COMPONENTE	R\$ 10.066,45
1572	PROTETOR CUTIMED PROTECT CREAM 90G 72652-03 - TUB	R\$ 0,69
1573	PURILON GEL COMFEEL COLOPLAST - EMBALAGEM ESTÉRIL CONTENDO 15G DE PURILON GEL COMFEEL. ACONDICIONADA EM CAIXA CONTENDO 10 UNIDADES - G	R\$ 2,72
1574	PURILON GEL COMFEEL COLOPLAST - EMBALAGEM ESTÉRIL CONTENDO 25G DE PURILON GEL COMFEEL. ACONDICIONADA EM CAIXA CONTENDO 10 UNIDADES - G	R\$ 2,41
1575	PURILON GEL COMFEEL COLOPLAST - EMBALAGEM ESTÉRIL CONTENDO 8G DE PURILON GEL COMFEEL. ACONDICIONADA EM CAIXA CONTENDO 10 UNIDADES - G	R\$ 3,65
1576	RADIFOCUS GLIDECATH - CATÉTER ANGIOGRAFICO TERUMO - RFWA15110M -5FR -PONTA SIMMONS SIDEWINDER I -100 CM - UN	R\$ 127,38

1577	RADIFOCUS GLIDECATH - CATÉTER ANGIOGRAFICO TERUMO - RFWA25110M -5FR -PONTA SIMMONS SIDEWINDER II -100 CM - UN	R\$ 127,38
1578	RADIFOCUS GLIDECATH - CATÉTER ANGIOGRAFICO TERUMO - RFYA25110M -5FR -PONTA SIMMONS SIDEWINDER II -100 CM - UN	R\$ 140,58
1579	RADIFOCUS OPTITORQUE CATÉTER ANGIOGRAFICO - TERUMO - RH4AP4561M - UN	R\$ 97,06
1580	RADIFOCUS OPTITORQUE CATÉTER ANGIOGRAFICO - TERUMO - RHBA34110M - UN	R\$ 97,06
1581	RADIFOCUS OPTITORQUE CATÉTER ANGIOGRAFICO - TERUMO - RHBA35110M - UN	R\$ 98,47
1582	RESERVATÓRIO CARDIOTOMIA 30MICRAS CDR14 - UN	R\$ 1.236,91
1583	RESERVATÓRIO CARDIOTOMIA DESC - UN	R\$ 300,33
1584	RESERVATÓRIO CARDIOTOMIA RC20 CDR07 - UM	R\$ 300,33
1585	RESERVATÓRIO CARDIOTOMIA RC20 CDR07 - UN	R\$ 411,00
1586	RESERVATÓRIO DE SILICONE DESCARTÁVEL 200ML SR200S - UN	R\$ 144,89
1587	RESERVATÓRIO JVAC 100ML 2160 - UN	R\$ 227,83
1588	RESERVATÓRIO P/ CARDIOPLEGIA	R\$ 975,00
1589	RESERVATÓRIO PARA SOLUÇÃO CARDIOPLÉGICA - 1200 ML - UN	R\$ 404,47
1590	RESERVATÓRIOS DE SUCÇÃO JACKSON-PRATT - SU130-1305 - UN	R\$ 307,47
1591	RESTRITOR, MATERIAL POLIETILENO, APLICAÇÃO CIMENTAÇÃO PARA FÊMUR, TAMANHO	R\$ 228,67
1592	RUNWAY CATÉTER GUIA - KIMMY - H749389695830 - UN	R\$ 433,33
1593	SAFE CUT CÂNULA PARA BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA - SAFE CUT 11G X 100MM - UN	R\$ 117,27
1594	SAFE CUT CÂNULA PARA BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA - SAFE CUT 8G X 100MM - UN	R\$ 116,82
1595	SAFE CUT CÂNULA PARA BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA - SAFE CUT 8G X 150MM - UN	R\$ 116,82
1596	SALTO ORTOPÉDICO BORRACHA PDE. 12UNID. TAYLOR 0470-G - UN	R\$ 3,20
1597	SALTO ORTOPÉDICO BORRACHA PEQ. 12UNID. TAYLOR 0470-P - UN	R\$ 2,98
1598	SELANTE DE DURAMATER 05ML	R\$ 8.427,50
1599	SENSOR FIO GUIA - M0066703080 - UN	R\$ 197,28
1600	SERINGA 60ML COM BICO SONDA	R\$ 20,45
1601	SERINGA DESC 1.0ML COM AGULHA 13X4.5MM - UN	R\$ 0,83
1602	SERINGA DESC 1.0ML COM AGULHA LUER SLIP 13X3.8 MM - UN	R\$ 0,82
1603	SERINGA DESC DESCARPACK LUER LOCK 10 ML - UN	R\$ 0,25
1604	SERINGA DESC DESCARPACK LUER LOCK 3.0ML - UN	R\$ 0,17
1605	SERINGA DESC DESCARPACK LUER LOCK 5.0ML - UN	R\$ 0,16
1606	SERINGA DESC DESCARPACK LUER LOCK 60ML - UN	R\$ 3,63

1607	SERINGA DESC ÊMBOLO QUEBRÁVEL 20ML COM AGULHA LUER LOCK 25X8.0MM - UN	R\$ 0,44
1608	SERINGA DESC ÊMBOLO QUEBRÁVEL SEM AGULHA LUER LOCK 20ML - UN	R\$ 0,44
1609	SERINGA DESC ÊMBOLO QUEBRÁVEL SEM AGULHA LUER SLIP 10ML - UN	R\$ 0,25
1610	SERINGA DESC INSULINA 1.0ML AGULHA FIXA 29G - UN	R\$ 0,54
1611	SERINGA HIPODÉRMICA DESC SEM AGULHA BICO LUER LOCK 10ML SS+10LM - UN	R\$ 0,25
1612	SERINGA HIPODÉRMICA DESC SEM AGULHA BICO LUER LOCK 5.0ML SS+05LM - UN	R\$ 0,16
1613	SERINGA INJETORA CONTRASTE SHENZHEN 200ML 100101 - UN	R\$ 62,83
1614	SERINGA INSUFLAÇÃO ALLIANCE 60ML 5060-05 - UN	R\$ 185,53
1615	SERINGA INSULINA BD ULTRA FINE 31GX0.3MLX0.25MMX6.0MMX15/64POL 324916 - UN	R\$ 933,33
1616	SERINGA PERDA RESISTÊNCIA PERIFIX LUER LOCK 10ML 4638107 - UN	R\$ 0,43
1617	SERINGA PERFUSORA OPS 20ML 8728615 - UN	R\$ 0,48
1618	SERINGA PERFUSORA OPS 50ML 8728844F - UN	R\$ 22,13
1619	SERINGA PLÁSTICA EPIDURAL PERDA RESISTÊNCIA UNIEVER UNISIS LUER LOCK 10ML 51103 - UN	R\$ 22,50
1620	SERINGA SAMTRONIC ENTERAL PARA BOMBA SERISAM ENFIT 60ML ES 0603 0000 - UN	R\$ 0,64
1621	SERINGA SEM AGULHA BD BICO CATÉTER 50ML 303553 - UN	R\$ 14,17
1622	SERINGA SEM AGULHA BD EMERALD SAF-T 5.0ML - UN	R\$ 0,55
1623	SERRA GIGLI (OLIVECRONA)ESTÉRIL 40CM PROFESSIONAL MA.57.64.40S - UN	R\$ 14,64
1624	SHUNT INTRAVASCULAR PARA CAROTIDA	R\$ 1.461,61
1625	SISTEMA DE CONTROLE FECAL FLEXI-SEAL SIGNAL 418000 - UN	R\$ 1.481,02
1626	SISTEMA DE DRENAGEM MEDIASTINAL/TÓRAX TODOS OS TAMANHOS	R\$ 205,00
1627	SISTEMA DE FIXAÇÃO DE LIGAMENTO ARTIFICIAL COM BUTTON DE TITÂNIO DE TAMANHO	R\$ 1.575,03
1628	SISTEMA DE FIXAÇÃO PEDICULAR DPZ - 113-010 DISPOSITIVO DE BLOQUEIO PEDICULAR DPZ - UN	R\$ 174,00
1629	SISTEMA DE IRRIGAÇÃO CIRCON ACMI IRRI-FLO II - IRRI-FLO II - UN	R\$ 145,00
1630	SISTEMA DE LAVAGEM PULSÁTIL	R\$ 1.239,48
1631	SISTEMA DE PLACA TUBO E PARAFUSO DESLIZANTE PARA FIXAÇÃO ÓSSEA - 4594/10 (PARAFUSO DESLIZANTE SDQ 18 MM) - UN	R\$ 291,00
1632	SISTEMA DRENAGEM TORÁCICA THORAMETRIX 2300ML NC-7514 - UN	R\$ 750,00

1633	SISTEMA FECH.ASP.TRAQUEAL TRACH CARE PED/NEO BALLARD - UN	R\$ 75,00
1634	SISTEMA FECH.ASP.TRAQUEAL TRACH CARE TRAQ./MDI ADU.BALLARD - UN	R\$ 90,00
1635	SISTEMA FECHADO ASPIRAÇÃO TRAQUEAL 14FR CGH AIRTRAQUEO ATE14B - UN	R\$ 90,09
1636	SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL FREE TRACHEA COM MDI - 81SAF14T SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL FREE TRACHEA 14FR (TRAQUEO) (ADULTO) - UN	R\$ 0,40
1637	SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL TRACH CARE - 2216-5 - TRACH CARE WET PAK EM COTOVELO. 14 FR/4.6 MM DIÂMETRO EXTERNO. 21.3 - UN	R\$ 0,82
1638	SISTEMA FIXAÇÃO EXTERNA P/ OSTEOSSÍNTESE, CONJUNTO COMPLETO: LINEAR, AÇO	R\$ 12.000,00
1639	SISTEMA FIXAÇÃO EXTERNA PARA OSTEOSSÍNTESE, APRESENTAÇÃO CONJUNTO COMPLETO,	R\$ 447,67
1640	SISTEMA INTRODUTOR SEIO CORONÁRIO 6227 DEF - UN	R\$ 230,00
1641	SISTEMA P/ FIXAÇÃO TRANSVERSAL (CONJUNTO DDT) EM TITÂNIO - CONJ	R\$ 2.250,00
1642	SLING VAGINAL PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA	R\$ 1.160,00
1643	SOLOSITE - HIDROGEL PRE-MISTURADO PARA CURATIVO 449600 - G	R\$ 0,75
1644	SOLUÇÃO ARTICULAÇÃO REVISCON MONO 2,0% 8718802072010	R\$ 2.088,33
1645	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL 04 FR EMBALAGEM P.G.C. C/ 10UN FT2.04 - UN	R\$ 0,70
1646	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL 06FR EMBALAGEM P.G.C. C/ 10UN FT2.06 - UN	R\$ 0,64
1647	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL 08FR EMBALAGEM P.G.C. C/ 10UN FT2.08 - UN	R\$ 0,82
1648	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL 10FR EMBALAGEM P.G.C. C/ 10UN FT2.10 - UN	R\$ 0,81
1649	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL 14FR EMBALAGEM P.G.C. C/ 10UN FT2.14 - UN	R\$ 0,92
1650	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL 16FR EMBALAGEM P.G.C. C/ 10UN FT2.16 - UN	R\$ 0,93
1651	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL 18FR EMBALAGEM P.G.C. C/ 10UN FT2.18 - UN	R\$ 0,99
1652	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL 20FR EMBALAGEM P.G.C. C/ 10UN FT2.20 - UN	R\$ 0,90
1653	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL EMBALAGEM P.G.C. 18 FR 30018 - UN	R\$ 0,38
1654	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL SPIRATECH NR.12 50CM C/SIST.FECH.ANTI-REFLUXO 24HRS 383324 - UN	R\$ 19,80

1655	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL SPIRATECH NR.14 54CM C/ SIST. FECH. 24HRS 383430 - UN	R\$ 0,38
1656	SONDA CIRUFOLEY 02 VIAS 18FR 30ML CF2-18-3 - UN	R\$ 3,36
1657	SONDA DE DRENAGEM NELATON DE BORRACHA RUSCH - CALIBRE - 10 (CH) - UN	R\$ 0,80
1658	SONDA DE DRENAGEM NELATON DE BORRACHA RUSCH - CALIBRE - 12 (CH) - UN	R\$ 0,80
1659	SONDA DE DRENAGEM NELATON DE BORRACHA RUSCH - CALIBRE - 14 (CH) - UN	R\$ 0,80
1660	SONDA DE DRENAGEM NELATON DE BORRACHA RUSCH - CALIBRE - 16 (CH) - UN	R\$ 0,80
1661	SONDA DE DRENAGEM NELATON DE BORRACHA RUSCH - CALIBRE - 18 (CH) - UN	R\$ 0,80
1662	SONDA DE DRENAGEM NELATON DE BORRACHA RUSCH - CALIBRE - 20 (CH) - UN	R\$ 0,80
1663	SONDA DE DRENAGEM NELATON DE BORRACHA RUSCH - CALIBRE - 22 (CH) - UN	R\$ 0,80
1664	SONDA DE DRENAGEM NELATON DE BORRACHA RUSCH - CALIBRE - 24 (CH) - UN	R\$ 0,80
1665	SONDA DE DRENAGEM NELATON DE BORRACHA RUSCH - CALIBRE - 26 (CH) - UN	R\$ 0,80
1666	SONDA DE DRENAGEM NELATON DE BORRACHA RUSCH - CALIBRE - 30 (CH) - UN	R\$ 0,80
1667	SONDA DE DRENAGEM NELATON DE BORRACHA RUSCH - CALIBRE - 6 (CH) - UN	R\$ 0,80
1668	SONDA DE DRENAGEM NELATON DE BORRACHA RUSCH - CALIBRE - 8 (CH) - UN	R\$ 0,80
1669	SONDA DORMIA EXTRATORA DE CÁLCULOS UROLOGIA TODOS OS TAMANHOS	R\$ 1.786,64
1670	SONDA ELATON URETRAL 08FR 420-08 - UN	R\$ 0,80
1671	SONDA ELATON URETRAL 10FR 420-10 - UN	R\$ 0,80
1672	SONDA ELATON URETRAL 12FR 420-12 - UN	R\$ 0,60
1673	SONDA ELATON URETRAL 14FR 420-14 - UN	R\$ 0,80
1674	SONDA ELATON URETRAL 16FR 420-16 - UN	R\$ 0,80
1675	SONDA ELATON URETRAL 18FR 420-18 - UN	R\$ 0,80
1676	SONDA ELATON URETRAL 20FR 420-20 - UN	R\$ 0,80
1677	SONDA ELATON URETRAL 22FR 420-22 - UN	R\$ 0,80
1678	SONDA ENDOBRONQUIAL DUPLO LÚMEN PVC COM CARINA DIREITO BCI MEDICAL CH39 97723904 - UN	R\$ 500,00
1679	SONDA ENDOBRONQUIAL DUPLO LÚMEN PVC COM CARINA ESQUERDA BCI MEDICAL CH39 97733904 - UN	R\$ 494,13
1680	SONDA ENDOBRONQUIAL DUPLO LÚMEN PVC SEM CARINA DIREITO BCI MEDICAL CH35 97913504 - UN	R\$ 494,79

1681	SONDA ENDOBRONQUIAL DUPLO LÚMEN PVC SEM CARINA ESQUERDA BCI MEDICAL CH35 97923504 - UN	R\$ 500,00
1682	SONDA ENDOLASER FLEXÍVEL PUREPOINT 23G 8065751113 - UN	R\$ 1.930,00
1683	SONDA ENDOLASER RETA PUREPOINT 23G 8065750991 - UN	R\$ 1.435,00
1684	SONDA ENDOTRAQUEAL AGT ANATÔMICA NASAL PVC COM BALÃO RUSCH 6.0MM 111781-060 - UN	R\$ 68,10
1685	SONDA ENDOTRAQUEAL AGT ANATÔMICA NASAL PVC COM BALÃO RUSCH 6.5MM 111781-065 - UN	R\$ 91,98
1686	SONDA ENDOTRAQUEAL AGT ANATÔMICA NASAL PVC COM BALÃO RUSCH 8.0MM 111781-080 - UN	R\$ 72,15
1687	SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA	R\$ 49,87
1688	SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA COM BALÃO COMPER 4.0MM 020040C - UN	R\$ 21,89
1689	SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA COM BALÃO COMPER 4.5MM 020045C - UN	R\$ 22,00
1690	SONDA ENDOTRAQUEAL ASPIRAÇÃO SUPRA CUFF COMPER 7.0MM 120070C - UN	R\$ 8,30
1691	SONDA ENDOTRAQUEAL ASPIRAÇÃO SUPRA CUFF COMPER 8.0MM 120080C - UN	R\$ 8,36
1692	SONDA ENDOTRAQUEAL ASPIRAÇÃO SUPRA CUFF COMPER 9.0MM 120090C - UN	R\$ 7,81
1693	SONDA ENDOTRAQUEAL COM BALÃO BARRIL COMPER 6.0MM 010060CB - UN	R\$ 8,30
1694	SONDA ENDOTRAQUEAL COM BALÃO BARRIL COMPER 7.5MM 010075CB - UN	R\$ 10,63
1695	SONDA ENDOTRAQUEAL COM BALÃO DAHLHAUSEN 8.0MM 44.000.10.080 - UN	R\$ 6,00
1696	SONDA ENDOTRAQUEAL COM BALÃO DAHLHAUSEN 8.5MM 44.000.10.085 - UN	R\$ 6,00
1697	SONDA ENDOTRAQUEAL COM BALÃO DAHLHAUSEN 9.5MM 44.000.10.095 - UN	R\$ 6,00
1698	SONDA ENDOTRAQUEAL COM BALÃO SOFT SEAL PORTEX POLAR NORTE 100/133/060 - UN	R\$ 93,00
1699	SONDA ENDOTRAQUEAL COM BALÃO SOFT SEAL PORTEX POLAR NORTE 100/133/065 - UN	R\$ 78,50
1700	SONDA ENDOTRAQUEAL COM BALÃO SOFT SEAL PORTEX POLAR NORTE 7.0MM 100/133/070 - UN	R\$ 41,20
1701	SONDA ENDOTRAQUEAL COM BALÃO SOFT SEAL PORTEX POLAR NORTE 7.5MM 100/133/075 - UN	R\$ 43,33
1702	SONDA ENDOTRAQUEAL COM BALÃO WELL LEAD 7.5MM 211.10.075 - UN	R\$ 11,58
1703	SONDA ENDOTRAQUEAL PVC COM BALÃO RUSCH 3.0MM 112482-030 - UN	R\$ 16,00

1704	SONDA ENDOTRAQUEAL SEM BALÃO POLAR NORTE SIMS PORTEX 5.5MM 100.132.055 - UN	R\$ 8,25
1705	SONDA ENTERAL NASAL C/MANDRIL CH12 FREKA ENLOCK 10 UNID BR7981823 - UN	R\$ 47,42
1706	SONDA ESTOMACAL NASOGÁSTRICA 08FR LONGA EMBALAGEM P.G.C. C/ 10UN FNL2.08 - UN	R\$ 0,85
1707	SONDA ESTOMACAL NASOGÁSTRICA 22FR LONGA EMBALAGEM P.G.C. C/ 10UN FNL2.22 - UN	R\$ 1,41
1708	SONDA EXTRATORA DE CÁLCULOS NITINOL SE-12-120-3-N-P - UN	R\$ 736,00
1709	SONDA EXTRATORA DE CÁLCULOS NITINOL SE-30-90-4-N-P - UN	R\$ 736,00
1710	SONDA EXTRATORA DE CÁLCULOS NITINOL SE-50-70-3-N-P - UN	R\$ 736,00
1711	SONDA FAUCHER ESOFAGIANA DESC 80CMX36FR 10.7MM GC8037A36 - UN	R\$ 19,80
1712	SONDA FOLEY LÁTEX COM BALÃO 02 VIAS 18FR 30ML 112218 - UN	R\$ 3,10
1713	SONDA FOLEY LÁTEX COM BALÃO 02 VIAS 20FR 30ML 112220 - UN	R\$ 4,50
1714	SONDA FOLEY LÁTEX SILICONIZADO WELL LEAD 02 VIAS 08FR 3.0ML 111.10.803 - UN	R\$ 3,65
1715	SONDA FOLEY RUSCH LÁTEX 03 VIAS 24FR 30ML 183.430.24 - UN	R\$ 26,90
1716	SONDA FOLEY RUSCH VÁLVULA PVC 02 VIAS 02 FUIROS 20FR 5.0ML 189.205.20 - UN	R\$ 7,98
1717	SONDA FOLEY SILICONE WELL LEAD 03 VIAS 16FR 30ML 124.11.611 - UN	R\$ 26,36
1718	SONDA FOLEY SILICONE WILTEX 02 VIAS 12FR 5.0/10ML 2W12 - UN	R\$ 24,80
1719	SONDA FOLEY SILICONE WILTEX 02 VIAS 14FR 5.0/15ML 2W14 - UN	R\$ 3,65
1720	SONDA FOLEY SILICONE WILTEX 02 VIAS 16FR 5.0/15ML 2W16 - UN	R\$ 24,90
1721	SONDA FOLEY SILICONE WILTEX 02 VIAS 18FR 5.0/15ML 2W18 - UN	R\$ 24,81
1722	SONDA FOLEY SILICONE WILTEX 02 VIAS 20FR 30ML 2W20 - UN	R\$ 24,20
1723	SONDA FOLEY SILICONE WILTEX PEDIÁTRICA 02 VIAS 08FR 3.0/5.0ML 2W08 - UN	R\$ 23,80
1724	SONDA FOLEY SILICONE WILTEX PEDIÁTRICA 02 VIAS 10FR 3.0/3.0ML 2W10 - UN	R\$ 4,50
1725	SONDA FOLEY SOLIDOR 02 VIAS 14FR 30ML - UN	R\$ 4,88
1726	SONDA FOLEY SOLIDOR 03 VIAS 16FR 30ML - UN	R\$ 6,38
1727	SONDA FOLEY SOLIDOR 03 VIAS 18FR 30ML - UN	R\$ 6,40
1728	SONDA FOLEY SOLIDOR 03 VIAS 20FR 30ML - UN	R\$ 6,38
1729	SONDA FOLEY SOLIDOR 03 VIAS 22FR 30ML - UN	R\$ 6,40
1730	SONDA GÁSTRICA TODOS OS TAMANHOS	R\$ 8,95

1731	SONDA GUIA - 835455 - UN	R\$ 315,00
1732	SONDA GUIA - 838455 - UN	R\$ 315,00
1733	SONDA LARINGEAL DESC TIPO MÁSCARA AMBU AURASTRAIGHT 3.0 324.300.000 - UN	R\$ 51,27
1734	SONDA LARINGEAL DESC TIPO MÁSCARA AMBU AURASTRAIGHT 4.0 324.400.000 - UN	R\$ 48,75
1735	SONDA LARINGEAL DESC TIPO MÁSCARA AMBU NÚMERO 03 321 300 000 - UN	R\$ 309,00
1736	SONDA NASOGÁSTRICA 04/50CM EMB.P.G.C. - UN	R\$ 0,64
1737	SONDA NASOGÁSTRICA 06/50CM EMB.P.G.C. - UN	R\$ 0,64
1738	SONDA NASOGÁSTRICA 08/50CM EMB.P.G.C. - UN	R\$ 0,64
1739	SONDA NASOGÁSTRICA 10/1M EMB.P.G.C. - UN	R\$ 0,64
1740	SONDA NASOGÁSTRICA 12/1M EMB.P.G.C. - UN	R\$ 0,64
1741	SONDA NASOGÁSTRICA 14/1M EMB.P.G.C. - UN	R\$ 0,64
1742	SONDA NASOGÁSTRICA 16/1M EMB.P.G.C. - UN	R\$ 0,64
1743	SONDA NASOGÁSTRICA 18/1M EMB.P.G.C. - UN	R\$ 0,64
1744	SONDA NASOGÁSTRICA 20/1M EMB.P.G.C. - UN	R\$ 0,64
1745	SONDA NASOGÁSTRICA 22/1M EMB.P.G.C. - UN	R\$ 0,63
1746	SONDA NASOGÁSTRICA 24/1M EMB.P.G.C. - UN	R\$ 0,63
1747	SONDA NASOGÁSTRICA CURTA 04 FR 1.35MMX40CM - UN	R\$ 0,63
1748	SONDA NASOGÁSTRICA CURTA 04 FR 40CM 10103040 - UN	R\$ 0,63
1749	SONDA NASOGÁSTRICA CURTA 04/34CM EMB.P.G.C. - UN	R\$ 0,63
1750	SONDA NASOGÁSTRICA CURTA 06/34CM EMB.P.G.C. - UN	R\$ 0,63
1751	SONDA NASOGÁSTRICA CURTA 06FR 2.0MMX40CM - UN	R\$ 0,63
1752	SONDA NASOGÁSTRICA CURTA 06FR 40CM 10103060 - UN	R\$ 0,64
1753	SONDA NASOGÁSTRICA CURTA 08/34CM EMB.P.G.C. - UN	R\$ 0,63
1754	SONDA NASOGÁSTRICA CURTA 08FR 2.7MMX40CM - UN	R\$ 0,63
1755	SONDA NASOGÁSTRICA CURTA 08FR 40CM 10103080 - UN	R\$ 0,64
1756	SONDA NASOGÁSTRICA CURTA 10FR 3.3MMX40CM - UN	R\$ 0,64
1757	SONDA NASOGÁSTRICA CURTA 12FR 4.0MMX40CM - UN	R\$ 0,65
1758	SONDA NASOGÁSTRICA CURTA 12FR 40CM 10103120 - UN	R\$ 0,64
1759	SONDA NASOGÁSTRICA CURTA 14FR - UN	R\$ 0,59
1760	SONDA NASOGÁSTRICA CURTA 16FR - UN	R\$ 0,62
1761	SONDA NASOGÁSTRICA CURTA 18FR - UN	R\$ 0,67
1762	SONDA NASOGÁSTRICA GMI - 392-09 (INFANTIL) - UN	R\$ 38,87
1763	SONDA NASOGÁSTRICA LONGA 10FR 110CM 10104100 - UN	R\$ 0,64
1764	SONDA NASOGÁSTRICA LONGA 12FR 110CM 10104120 - UN	R\$ 0,63
1765	SONDA NASOGÁSTRICA LONGA 14FR 110CM 10104140 - UN	R\$ 0,64
1766	SONDA NASOGÁSTRICA LONGA 16FR 110CM 10104160 - UN	R\$ 0,64
1767	SONDA NASOGÁSTRICA LONGA 18FR 110CM 10104180 - UN	R\$ 0,64
1768	SONDA NASOGÁSTRICA LONGA 20FR 110CM 10104200 - UN	R\$ 0,64

1769	SONDA NASOGÁSTRICA LONGA 24FR - UN	R\$ 0,64
1770	SONDA NASOGÁSTRICA NR.16 LONGA - UN	R\$ 1,09
1771	SONDA NASOGÁSTRICA NR.18 LONGA - UN	R\$ 1,20
1772	SONDA NASOGÁSTRICA NR.20 LONGA - UN	R\$ 1,67
1773	SONDA NUTRIÇÃO ENTERAL GASTROSTOMIA SILICONE FOYOMED 18FR LB612318 - UN	R\$ 95,00
1774	SONDA OROTRAQUEAL SEM CARINA DIREITA OU ESQUERDA (TIPO CARLENS)	R\$ 390,00
1775	SONDA P/ VITRECTOMIA ANTERIOR	R\$ 965,00
1776	SONDA P/ VITRECTOMIA POSTERIOR	R\$ 965,00
1777	SONDA PARA ALIMENTAÇÃO ENTERAL - SONDA PARA GASTROSTOMIA - 0112-20 - UN	R\$ 230,00
1778	SONDA PARA ALIMENTAÇÃO ENTERAL - SONDA PARA GASTROSTOMIA - 0112-24 - UN	R\$ 250,00
1779	SONDA PARA ALIMENTAÇÃO ENTERAL - SONDA PARA GASTROSTOMIA TRANSGÁSTRICA JEJUNAL 22FR/45CM - UN	R\$ 1.930,00
1780	SONDA PARA ALIMENTAÇÃO ENTERAL SONDA PARA GASTROSTOMIA AO NIVEL PELE MIC KEY - 0120-14-1.7 (14 FR / 1.7 CM) - UN	R\$ 1.250,00
1781	SONDA PARA ALIMENTAÇÃO ENTERAL SONDA PARA GASTROSTOMIA AO NIVEL PELE MIC KEY - 0120-16-1.7 (16 FR / 1.7 CM) - UN	R\$ 1.290,00
1782	SONDA PARA ALIMENTAÇÃO ENTERAL SONDA PARA GASTROSTOMIA AO NIVEL PELE MIC KEY - 0120-18-2.5 (18 FR / 2.5 CM) - UN	R\$ 1.250,00
1783	SONDA PARA ALIMENTAÇÃO ENTERAL SONDA PARA GASTROSTOMIA AO NIVEL PELE MIC KEY - 0120-20-1.5 (20 FR / 1.5 CM) - UN	R\$ 1.250,00
1784	SONDA PARA ALIMENTAÇÃO ENTERAL SONDA PARA GASTROSTOMIA AO NIVEL PELE MIC KEY - 0120-20-2.5 (20 FR / 2.5 CM) - UN	R\$ 1.200,00
1785	SONDA PARA ALIMENTAÇÃO ENTERAL SONDA PARA GASTROSTOMIA AO NIVEL PELE MIC KEY - 0120-24-2.0 (24 FR / 2.0 CM) - UN	R\$ 1.200,00
1786	SONDA PARA ALIMENTAÇÃO ENTERAL SONDA PARA GASTROSTOMIA AO NIVEL PELE MIC KEY - 0120-24-4.0 (24 FR / 4.0 CM) - UN	R\$ 1.620,00
1787	SONDA PARA ALIMENTAÇÃO ENTERAL SONDA PARA GASTROSTOMIA AO NIVEL PELE MIC KEY - 0120-24-4.5 (24 FR / 4.5 CM) - UN	R\$ 1.620,00
1788	SONDA PARA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL TODOS OS TAMANHOS DESCARTÁVEL	R\$ 2,49
1789	SONDA PARA ENDOLASER	R\$ 350,00

1790	SONDA PARA EXTRAÇÃO DE CÁLCULOS - 18650 (EXTRATORES TIPO CESTA) - UN	R\$ 703,00
1791	SONDA PARA EXTRAÇÃO DE CÁLCULOS - 22640 (EXTRATORES TIPO CESTA) - UN	R\$ 703,00
1792	SONDA PARA EXTRAÇÃO DE CÁLCULOS - 22660 (EXTRATORES TIPO CESTA) - UN	R\$ 705,67
1793	SONDA PARA GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA PEG-PULL 0640-24 - UN	R\$ 1.020,00
1794	SONDA PARA GASTROSTOMIA MEDICONE - 94584 - UN	R\$ 320,00
1795	SONDA PARA SUBSTITUIÇÃO DE TUBO DE GASTROSTOMIA PERCUTÂNEA - PEG-24-BRT-S - UN	R\$ 400,00
1796	SONDA PARA VARIZES ESOFÁGICAS - 98251404 - UN	R\$ 1.357,75
1797	SONDA PARA VARIZES ESOFÁGICAS - 98251604 - UN	R\$ 1.357,75
1798	SONDA PARA VARIZES ESOFÁGICAS - 98252104 - UN	R\$ 1.357,75
1799	SONDA RETAL 04FR EMBALAGEM P.G.C. C/ 10UN FR2.04 - UN	R\$ 0,54
1800	SONDA RETAL 06FR EMBALAGEM P.G.C. C/ 10UN FR2.06 - UN	R\$ 0,56
1801	SONDA RETAL 08FR EMBALAGEM P.G.C. C/ 10UN FR2.08 - UN	R\$ 0,55
1802	SONDA RETAL 10FR EMBALAGEM P.G.C. C/ 10UN FR2.10 - UN	R\$ 0,58
1803	SONDA RETAL 12FR EMBALAGEM P.G.C. C/ 10UN FR2.12 - UN	R\$ 0,58
1804	SONDA RETAL 14FR EMBALAGEM P.G.C. C/ 10UN FR2.14 - UN	R\$ 0,60
1805	SONDA RETAL 16FR EMBALAGEM P.G.C. C/ 10UN FR2.16 - UN	R\$ 0,60
1806	SONDA RETAL 18FR EMBALAGEM P.G.C. C/ 10UN FR2.18 - UN	R\$ 0,60
1807	SONDA RETAL 20FR EMBALAGEM P.G.C. C/ 10UN FR2.20 - UN	R\$ 0,60
1808	SONDA RETAL 22FR EMBALAGEM P.G.C. C/ 10UN FR2.22 - UN	R\$ 0,60
1809	SONDA RETAL 24FR EMBALAGEM P.G.C. C/ 10UN FR2.24 - UN	R\$ 0,60
1810	SONDA RETAL 26FR EMBALAGEM P.G.C. C/ 10UN FR2.26 - UN	R\$ 0,60
1811	SONDA RETAL 28FR EMBALAGEM P.G.C. C/ 10UN FR2.28 - UN	R\$ 0,60
1812	SONDA RETAL 30FR EMBALAGEM P.G.C. C/ 10UN FR2.30 - UN	R\$ 0,60
1813	SONDA RETAL 32FR EMBALAGEM P.G.C. C/ 10UN FR2.32 - UN	R\$ 0,60
1814	SONDA SENGSTAKEN-BLAKEMORE RUSCH - 204.801.14 INFANTIL CH 14 X 65 CM - UN	R\$ 685,00
1815	SONDA TUBO TRAQUEAL COM BALÃO RUSCH - 2.0 MM (D.I.) - UN	R\$ 8,10
1816	SONDA TUBO TRAQUEAL SEM BALÃO RUSCH - 3.0 MM (D.I.) - UN	R\$ 9,10
1817	SONDA TUBO TRAQUEAL SEM BALÃO RUSCH - 3.5 MM (D.I.) - UN	R\$ 9,50
1818	SONDA TUBO TRAQUEAL SEM BALÃO RUSCH - 4.0 MM (D.I.) - UN	R\$ 9,50
1819	SONDA TUBO TRAQUEAL SEM BALÃO RUSCH - 4.5 MM (D.I.) - UN	R\$ 9,50
1820	SONDA TUBO TRAQUEAL SEM BALÃO RUSCH - 5.0 MM (D.I.) - UN	R\$ 9,10
1821	SONDA TUBO TRAQUEAL SEM BALÃO RUSCH - 5.5 MM (D.I.) - UN	R\$ 9,50
1822	SONDA TUBO TRAQUEAL SEM BALÃO RUSCH - 6.0 MM (D.I.) - UN	R\$ 9,50
1823	SONDA TUBO TRAQUEAL SEM BALÃO RUSCH - 6.5 MM (D.I.) - UN	R\$ 9,50
1824	SONDA TUBO TRAQUEAL SEM BALÃO RUSCH - 7.0 MM (D.I.) - UN	R\$ 9,50

1825	SONDA TUBO TRAQUEAL SEM BALÃO RUSCH - 7.5 MM (D.I.) - UN	R\$ 9,50
1826	SONDA TUBO TRAQUEAL SEM BALÃO RUSCH - 8.0 MM (D.I.) - UN	R\$ 9,50
1827	SONDA TUBO TRAQUEAL SEM BALÃO RUSCH - 8.5 MM (D.I.) - UN	R\$ 9,50
1828	SONDA TUBO TRAQUEAL SEM BALÃO RUSCH - 9.0 MM (D.I.) - UN	R\$ 9,60
1829	SONDA UROLÓGICA EXTRATORA EM NITINOL FÓRCEPS PERK - BUPB011237 - UN	R\$ 669,90
1830	SONDAS UROLÓGICAS DUPLO RABO DE PORCO - 009728 - CONJ	R\$ 184,80
1831	SONDAS UROLÓGICAS DUPLO RABO DE PORCO - 039310 - CONJ	R\$ 181,50
1832	SORBALGON - 10X10CM - UN	R\$ 38,77
1833	SORBALGON - 10X20 - UN	R\$ 83,00
1834	SORBALGON - 5X5CM - UN	R\$ 21,85
1835	SORBALGON - T- FITA - 30CM - UN	R\$ 36,86
1836	SORBALGON - ZT - FITA - 30CM - UN	R\$ 79,99
1837	SPINOCAN - AGULHA ESPECIAL PARA RAQUIANESTESIA - G22 X 1 POL 0.70 X 40 MM - UN	R\$ 16,56
1838	SPINOCAN - AGULHA ESPECIAL PARA RAQUIANESTESIA - G22 X 3 POL 0.70 X 88 MM - UN	R\$ 10,50
1839	SPINOCAN - AGULHA ESPECIAL PARA RAQUIANESTESIA - G27 X 3 0.42 X 88 MM - UN	R\$ 31,71
1840	SPINOCAN - AGULHA ESPECIAL PARA RAQUIANESTESIA - G27 X 4 0.42 X 120 MM - UN	R\$ 31,44
1841	SPONGOSTAN ESPONJA GELATINOSA ABSORVÍVEL - FILME - UN	R\$ 156,52
1842	SPONGOSTAN ESPONJA GELATINOSA ABSORVÍVEL - ESPECIAL - UN	R\$ 156,52
1843	STENT BILIAR AMSTERDAM - M00539320 (FLEXIMA) - UN	R\$ 648,00
1844	STENT CONVENCIONAL (TODAS AS ESPECIFICAÇÕES/TAMANHO)	R\$ 2.608,00
1845	STENT FARMACOLÓGICO (TODAS AS ESPECIFICAÇÕES/TAMANHO)	R\$ 8.000,00
1846	STENT URETERAL DUPLO J URODRAIN SEM FIO GUIA ACESSO PONTA FLEX PR 06FR 28CM DJ-6028-O-S1 - UN	R\$ 189,00
1847	STRATAFIX SPIRAL PDO - SXPD1B401 - UN	R\$ 225,00
1848	STRATAFIX SPIRAL PDO - SXPD2B202 - UN	R\$ 213,84
1849	STRATAFIX SPIRAL PDO - SXPD2B404 - UN	R\$ 212,85
1850	STRATAFIX SPIRAL PDO - SXPD2B414 - UN	R\$ 211,68
1851	STRATAFIX SPIRAL PGA-PCL - SXMD1B405 - UN	R\$ 220,00
1852	STRATAFIX SPIRAL PGA-PCL - SXMD1B406 - UN	R\$ 234,50
1853	SUPRAHYAL DUO - 1 SERINGA - SUPRAHYAL DUO 25MG SIX1 - SER	R\$ 339,00
1854	SUR-FIT PLUS - BOLSA DE UROSTOMIA DE DUAS PEÇAS - PLACA PROTETORA DE PELE STOMAHESIVE 70 MM 1197830 - UN	R\$ 31,32

1855	SUR-FIT PLUS - BOLSA DE UROSTOMIA DE DUAS PEÇAS - PLACA PROTETORA DE PELE STOMAHESIVE COM ADESIVO MICROPOROSO 70 MM 1197825 - UN	R\$ 31,32
1856	SUR-FIT PLUS BOLSAS DE COLOSTOMIA/ILEOSTOMIA DE DUAS PEÇAS - 1197862 - UN	R\$ 19,00
1857	SURGICEL 2,5X5,1	R\$ 156,52
1858	SUTURA CIRÚRGICA AGULHADA SUTURFIX - 0234251-090 - SUTURFIX. SUTURA CIR. TRANCADA C/ 2 AGULHAS USP 2 - 90 B/A - UN	R\$ 665,00
1859	SUTURA CIRÚRGICA TRANCADA UHMWPE COM AGULHA - 0234251-090 - SUTURFIX. SUTURA CIR. TRANCADA C/ 2 AGULHAS USP 2 - 90 B/A - UN	R\$ 635,18
1860	SUTURAS ALGODÃO COM POLIÉSTER AGULHADO - AA0CR30G - UN	R\$ 15,26
1861	SUTURAS ALGODÃO COM POLIÉSTER AGULHADO - AA20CR30G - UN	R\$ 15,26
1862	SUTURAS BIOPDO - POLIDIOXANONA MONOFILAMENTAR - PDO0MR40.BIOPDO VIOLETA.0.70 CM. CÍRCULO.CILÍNDRICA.40 MM.FEC. GERAL / GINEC. E OBST. - UN	R\$ 15,78
1863	SYNOLIS V - A - SYNOLIS VA 80/160 - SERINGA DE VIDRO DE 5 ML PRÉ-CHEIA CONTENDO 4 ML DE GEL VISCO-ANTALGICO. (1 SERINGA) - UN	R\$ 1.736,64
1864	SYNVISC - 010140 - SERINGA COM 2 ML DO PRODUTO - UN	R\$ 512,13
1865	SYNVISC-ONE - PRODUTO COMPOSTO DE HILANO GF-20 (ORIGEM ANIMAL). ESTÉRIL POR TÉCNICA ASSÉPTICA. APRESENTAÇÃO DE 6ML CÓDIGO DE REFERÊNCIA 7410-028. - UN	R\$ 1.656,61
1866	SYSTANE UL SOLUÇÃO OFTÁLMICA 10ML - UN	R\$ 31,00
1867	TALA METÁLICA 19X25MM FP0047 - UN	R\$ 1,50
1868	TAMPÃO NASAL 8.0X1.5X2.0CM COM CÂNULA E7182 - UN	R\$ 88,00
1869	TAMPÃO NASAL MEROCEL 1.5X2.5X10.0CM M400406 - UN	R\$ 99,00
1870	TAMPÃO NASAL MEROCEL 1.5X4.5X2.0CM M400400 - UN	R\$ 80,00
1871	TAMPÃO NASAL MEROCEL SEM CÂNULA XOMED - 4.5 X 0.9 X 2.0 CM - UN	R\$ 80,00
1872	TAMPÃO OCULAR OCLUSOR ESTÉRIL C/ 01UN - UN	R\$ 6,59
1873	TELA INORG POLIPROPILENO 15X15	R\$ 425,00
1874	TELA INORG POLIPROPILENO 30X30	R\$ 675,00
1875	TELEBRIX 30 MEGLUMINA 100 ML	R\$ 164,98
1876	TELEBRIX 30 MEGLUMINA 50 ML	R\$ 110,00
1877	TELEBRIX 35 100 ML	R\$ 280,00
1878	TELEBRIX 35 20 ML	R\$ 130,00
1879	TELEBRIX 35 50 ML	R\$ 75,80
1880	TELEBRIX HYSTERO 20 ML	R\$ 140,00
1881	TEMPORARY CARDIAC PACING WIRE - TPW30 - UN	R\$ 81,60

1882	TERUMO PTCA CATHETER RX-1 - RYUJIN - CATÉTER BALÃO PARA DILATAÇÃO DC-RD4030EHW - UN	R\$ 715,00
1883	TERUMO PTCA CATHETER RX-1 - RYUJIN PLUS - CATÉTER BALÃO PARA DILATAÇÃO DC-RH4030EHW - UN	R\$ 720,00
1884	TESOURA COAGULADORA PARA BISTURI HARMÔNICO PARA VÍDEO (ULTRACISION)	R\$ 2.340,00
1885	TIRA TESTE B-CETONA NO SANGUE FREESTYLE OPTIUM - UN	R\$ 1,50
1886	TIRAS REAGENTES G-TECH FREE 1 X 50 TIRAS - UN	R\$ 0,69
1887	TKL SERINGA PREMIUM - 1ML (LUER LOCK) - UN	R\$ 0,25
1888	TKL SERINGA PREMIUM - 3.0ML (LUER SLIP) - UN	R\$ 0,16
1889	TKL SERINGA PREMIUM - 5ML (LUER LOCK) - UN	R\$ 0,16
1890	TORNEIRA DE 3 VIAS PARA INFUSÃO E MEDIÇÃO DA PRESSÃO FISIOLÓGICA - DISCOFIX 3 - TORNEIRA INDIVIDUAL - UN	R\$ 3,90
1891	TORNEIRA DESC 03 VIAS LUER LOCK - UN	R\$ 0,96
1892	TORNEIRINHA	R\$ 16,25
1893	TOUCA / GORRO DESCARTÁVEL	R\$ 1,00
1894	TRANSDUTOR DE PRESSÃO DESCARTÁVEL PARA SISTEMA LOGICAL MX690XY - UN	R\$ 67,00
1895	TRANSDUTOR DE PRESSÃO DESCARTÁVEL PARA SISTEMA LOGICAL MX960X2SC - UN	R\$ 67,00
1896	TRANSDUTOR DE PRESSÃO DESCARTÁVEL PARA SISTEMA LOGICAL MX960XX - UN	R\$ 67,00
1897	TRANSDUTOR DE PRESSÃO DESCARTÁVEL TRUWAVE-VAMP PLUS - UN	R\$ 65,00
1898	TRANSDUTOR DESC. P/ SISTEMA DE MONITORAÇÃO DE PRESSÃO KMP 7004 - UN	R\$ 65,00
1899	TRANSDUTOR PRESSÃO DESC PARA SISTEMA LOGICAL DISPOSITIVO INFUSÃO CONTÍNUA MX9604A - UM	R\$ 68,99
1900	TRANSOFIX N 409085 - UN	R\$ 1,09
1901	TREPANO A VACUO SURGISTAR - UN	R\$ 549,99
1902	TREPANO DESCARTÁVEL SURGISTAR S/VACUO 10MM COD. 341000 - UN	R\$ 572,00
1903	TROCATER DESC SEM LÂMINA VICARE 10MM VTBE10 - UN	R\$ 150,00
1904	TROCATER DESC SEM LÂMINA VICARE 12MM VTBE12 - UN	R\$ 148,78
1905	TROCATER DESC SEM LÂMINA VICARE 15MM VTBE15 - UN	R\$ 156,01
1906	TROCATER DESC SEM LÂMINA VICARE 5.0MM VTBE05 - UN	R\$ 156,01
1907	TUBO DE ASPIRAÇÃO	R\$ 800,00
1908	TUBO DE VENTILAÇÃO MEDICONE 1011 SHEPARD - EMBALAGEM ESTÉRIL CONTENDO 01 TUBO DE VENTILAÇÃO MEDICONE 1011 SHEPARD. COM OU SEM HASTE. DIMENSÃO 1.0MM X 2.4MM. - UN	R\$ 100,00
1909	TUBO DE VENTILAÇÃO MEDICONE 1063 ARMSTRONG - EMBALAGEM ESTÉRIL CONTENDO 01 TUBO DE VENTILAÇÃO MEDICONE 1063 ARMSTRONG. DIMENSÃO 1.2MM X 6.5MM. - UN	R\$ 100,00

1910	TUBO DE VENTILAÇÃO MEDICONE 1092 TIPO T - EMBALAGEM ESTÉRIL CONTENDO 01 TUBO DE VENTILAÇÃO MEDICONE 1092 TIPO T. DIMENSÕES 1.1MM X 9.0MM. - UN	R\$ 168,00
1911	TUBO ENDOBRONQUIAL DUAS VIAS CARLENS PVC COM CARINA ESQUERDA RUSCH CH37 116101-037 - UN	R\$ 449,00
1912	TUBO ENDOTRAQUEAL 100/150/050 - UN	R\$ 16,45
1913	TUBO ENDOTRAQUEAL 100/150/055 - UN	R\$ 16,50
1914	TUBO ENDOTRAQUEAL AGT COM BALÃO 6,5MM 112482-000065	R\$ 10,80
1915	TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO COM BALÃO SOLIDOR 7.5MM - UN	R\$ 7,25
1916	TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALÃO 7.0MM 100/150/070 - UN	R\$ 4,76
1917	TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALÃO SOLIDOR 3.5MM - UN	R\$ 6,67
1918	TUBO ENDOTRAQUEAL REFORÇADO CURVO COM BALÃO 7.5MM 103902-000075 - UN	R\$ 71,37
1919	TUBO ENDOTRAQUEAL RS MEDICAL ARAMADO 3.0MM ET1P30-R1 - UN	R\$ 5,55
1920	TUBO ENDOTRAQUEAL RS MEDICAL ARAMADO 3.5MM ET1P35-R1 - UN	R\$ 5,50
1921	TUBO EXTENSOR - QMT - UN	R\$ 160,00
1922	TUBO PARA HIPOSPADIA - UN	R\$ 80,00
1923	TUBO VENTILAÇÃO DONALDSON PAPARELLA SILICONE 1.27/1.52MM - UN	R\$ 104,78
1924	TUBO VENTILAÇÃO OTOLÓGICA TYMPO VENT DONALDSON 1.1MM 7037 - UN	R\$ 168,00
1925	TUBO VENTILAÇÃO OTOLÓGICA TYMPO VENT SHEPARD COM PROLONGAMENTO 1.1MM 7020 - UN	R\$ 168,00
1926	TUBO VENTILAÇÃO PAPARELLA SILICONE COM TAB 1.02MM - UN	R\$ 101,00
1927	TUBO VENTILAÇÃO SILICONE DONALDSON 1.2X2.6CM 1021 - UN	R\$ 100,00
1928	TUBO VENTILAÇÃO T SILICONE 1.14X9.5X12MM - UN	R\$ 100,00
1929	TUBOS DESCARTÁVEIS MTP 031117-01 - UN	R\$ 450,00
1930	TURP LOOP - BUCE01SZ24 - UN	R\$ 305,59
1931	TURP LOOP - T01SZ24 - UN	R\$ 305,59
1932	V-LOC 90 - FIO DE SUTURA ABSORVÍVEL SINTÉTICO - VLOCM0644 - UN	R\$ 207,00
1933	VÁLVULA AHMED PARA GLAUCOMA - FP7 AHMED GLAUCOMA VALVE IMPLANT - UN	R\$ 7.000,00
1934	VÁLVULA BIOLÓGICA PERICÁRDIO BOVINO MITRAL TODOS OS TAMANHOS COM	R\$ 6.500,00
1935	VÁLVULA BIOLÓGICA PORCINA MOSAIC AÓRTICA TODOS OS TAMANHOS	R\$ 19.890,00
1936	VÁLVULA BIOLÓGICA PORCINA MOSAIC MITRAL TODOS OS TAMANHOS	R\$ 26.500,00

1937	VÁLVULA DRENAGEM PNEUMOTÓRAX PNEUMOVALVE 01 BOLSA 500ML DRENO 14 - UN	R\$ 490,07
1938	VÁLVULA DRENAGEM PNEUMOTÓRAX PNEUMOVALVE DRENO 14 407020 - UN	R\$ 490,07
1939	VÁLVULA HEMOSTÁTICA (MAP 152) - MAP 152 - UN	R\$ 54,75
1940	VÁLVULA HEMOSTÁTICA EASY VALVE PADRÃO 110001 - UN	R\$ 100,00
1941	VARIOTIP PREMIUM URETERAL CATHETER - 3331-21X0 - UN	R\$ 88,24
1942	VICRYL PLUS - AGULHA CT 40MM.1/2 CÍRCULO.VIOLET BRAIDED. DIÂMETRO 0 VCP352H - UN	R\$ 14,85
1943	VICRYL PLUS - AGULHA CT 40MM.1/2 CÍRCULO.VIOLET BRAIDED. DIÂMETRO 1 VCP353H - UN	R\$ 20,10
1944	VICRYL PLUS - AGULHA CT-1 36MM-CP-1 36MM.1/2 CÍRCULO.UNDYED BRAIDED. DIÂMETRO 3-0 VCP931H - UN	R\$ 12,67
1945	VICRYL PLUS - AGULHA CT-1 36MM.1/2 CÍRCULO.VIOLET BRAIDED. DIÂMETRO 0 VCP340HD - UN	R\$ 14,58
1946	VICRYL PLUS - AGULHA CT-1 36MM.1/2 CÍRCULO.VIOLET BRAIDED. DIÂMETRO 1 VCP341H - UN	R\$ 16,90
1947	VICRYL PLUS - AGULHA CT-1 36MM.1/2 CÍRCULO.VIOLET BRAIDED. DIÂMETRO 2-0 VCP339H - UN	R\$ 14,56
1948	VICRYL PLUS - AGULHA CT-2 26MM.1/2 CÍRCULO.VIOLET BRAIDED. DIÂMETRO 3-0 VCP332H - UN	R\$ 14,72
1949	VICRYL PLUS - AGULHA CT-3 22MM.1/2 CÍRCULO.VIOLET BRAIDED. DIÂMETRO 0 VCP329H - UN	R\$ 14,35
1950	VICRYL PLUS - AGULHA CTX- 48MM.1/2 CÍRCULO.VIOLET BRAIDED. DIÂMETRO 0 VCP370H - UN	R\$ 14,39
1951	VICRYL PLUS - AGULHA SH- 26MM.1/2 CÍRCULO.VIOLET BRAIDED. DIÂMETRO 2-0 VCP317H - UN	R\$ 14,07
1952	VICRYL PLUS - AGULHA SH- 26MM.1/2 CÍRCULO.VIOLET BRAIDED. DIÂMETRO 3-0 VCP316H - UN	R\$ 13,66
1953	VICRYL PLUS - AGULHA SH-1- 22MM.1/2 CÍRCULO.VIOLET BRAIDED. DIÂMETRO 4-0 VCP771D - UN	R\$ 13,53
1954	VISCOSEAL - VISCOSEAL - SER	R\$ 212,50
1955	ZIPWIRE FIO GUIA HIDROFÍLICO - M00146154B0 - UN	R\$ 448,90
1956	ZIPWIRE FIO GUIA HIDROFÍLICO - M00146305B0 - UN	R\$ 449,00



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
BASE AÉREA DE NATAL
GRUPO DE SAÚDE DE NATAL

ANEXO N - PACOTES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS

1. PACOTES EM ANESTESIOLOGIA (Somente Honorários Médicos)

PORTE ANESTÉSICO ENFERMARIA/APARTAMENTO: OS PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS SERÃO REMUNERADOS DE ACORDO COM OS PORTES ANESTÉSICOS A SEGUIR DISCRIMINADOS:	VALOR
PROCEDIMENTO DE PORTE 1 – ENFERMARIA	R\$ 226,62
PROCEDIMENTO DE PORTE 1 – APARTAMENTO	R\$ 453,23
PROCEDIMENTO DE PORTE 2 – ENFERMARIA	R\$ 331,69
PROCEDIMENTO DE PORTE 2 – APARTAMENTO	R\$ 663,38
PROCEDIMENTO DE PORTE 3 – ENFERMARIA	R\$ 508,28
PROCEDIMENTO DE PORTE 3 – APARTAMENTO	R\$ 1.016,56
PROCEDIMENTO DE PORTE 4 – ENFERMARIA	R\$ 729,59
PROCEDIMENTO DE PORTE 4 – APARTAMENTO	R\$ 1.459,17
PROCEDIMENTO DE PORTE 5 – ENFERMARIA	R\$ 1.116,05
PROCEDIMENTO DE PORTE 5 – APARTAMENTO	R\$ 2.232,09
PROCEDIMENTO DE PORTE 6 – ENFERMARIA	R\$ 1.557,93
PROCEDIMENTO DE PORTE 6 – APARTAMENTO	R\$ 3.115,87
PROCEDIMENTO DE PORTE 7 – ENFERMARIA	R\$ 2.240,68
PROCEDIMENTO DE PORTE 7 – APARTAMENTO	R\$ 4.481,36
PROCEDIMENTO DE PORTE 8 – ENFERMARIA	R\$ 2.956,12
PROCEDIMENTO DE PORTE 8 – APARTAMENTO	R\$ 5.912,24

- Codificação, portes e regras conforme a versão 2020 da tabela CBHPM;
- Consulta pré-anestésica no valor de R\$ 154,14 (Cento e cinquenta e quatro reais e catorze centavos);

2. PACOTES EM UROLOGIA (Somente Honorários Médicos em Consultas e procedimentos)

CÓDIGOS	UROLOGIA	VALOR
1.01.01.01-2	CONSULTA	R\$ 121,59
PACOTE	PROCEDIMENTOS EM GERAL- UROLOGIA	R\$ 121,59
PACOTE	PROCEDIMENTOS VÍDEO ASSISTIDOS - UROLOGIA	CBHPM 3ª ED PLENA ED + 100%
4.13.01.35-8	PROCEDIMENTOS VÍDEO ASSISTIDOS - UROLOGIA	CBHPM 3ª ED PLENA ED + 100% +50%
	PROCEDIMENTOS QUE NÃO CONSTAM NOS PACOTES	Tabela CBHPM 2016 + 10,67%
4.13.01.34-0	UROFLUXOMETRIA	R\$ 202,98
3.12.05.07-0	URODINÂMICA	R\$ 913,58
TAXA	CIRURGIA ESTERILIZADORA MASCULINA	R\$ 1.628,68
TAXA	TAXA DE VÍDEO UROLOGIA	R\$ 616,40
TAXA	TAXA DE URETEROSCOPIA	R\$ 559,12
TAXA	TAXA DE VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 1.624,10

*Os procedimentos em pacotes serão valorados para acomodação enfermaria, quando a acomodação for apartamento, os valores serão acrescidos 100%.

3. PACOTES EM UROLOGIA (Pequenas Cirurgias: Somente Honorários Médicos)

CÓDIGOS	PEQUENAS CIRURGIAS UROLÓGICAS:	VALOR
3.12.06.21-2	PLÁSTICA DE FREIO BÁLANO PREPUCIAL	R\$ 986,88
3.12.06.22-0	POSTECTOMIA	R\$ 986,88
3.12.06.03-4	BIÓPSIA PENIANA + ELETROCOAGULAÇÃO	R\$ 986,88
3.12.03.04-3	HIDROCELE	R\$ 1.059,49
4.02.01.06-6	CISTOSCOPIA	R\$ 1.346,00
3.12.03.12-4	VARICOCELE	R\$ 1.059,49

*Os procedimentos em pacotes serão valorados para acomodação enfermaria, quando a acomodação for apartamento, os valores serão acrescidos 100%.

4. PACOTES EM UROLOGIA (Pacotes de Pequenas Cirurgias: Incluso Honorários Médicos e Taxas)

CÓDIGOS	PACOTE PEQUENAS CIRURGIAS UROLÓGICAS:	VALOR
3.12.01.13-0	PCT-RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA PRÓSTATA. ATUAÇÃO: CIRURGIÃO, 1ºAUXILIAR E TAXA DE VÍDEO UROLOGIA.	RS 2.650,71
3.11.03.45-6	PCT-TUMOR VESICAL - RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA. ATUAÇÃO: CIRURGIÃO, 1ºAUXILIAR E TAXA DE VÍDEO UROLOGIA	RS 1.357,76
3.11.02.37-9 3.11.02.07-7	PCT - URETERORRENOLITOTRIPSIA RÍGIDA UNILATERAL - COLOCAÇÃO URETEROSCÓPICA DE DUPLO J - UNILATERAL. ATUAÇÃO: CIRURGIÃO, 1ºAUXILIAR, TAXA DE VÍDEO UROLOGIA E TAXA DE URETEROSCOPIA.	RS 3.999,96
3.11.02.07-7	PCT- COLOCAÇÃO URETEROSCÓPICA DE DUPLO J – UNILATERAL. ATUAÇÃO: CIRURGIÃO, 1ºAUXILIAR E TAXA DE VÍDEO UROLOGIA.	RS 1.318,21
3.11.01.27-5 3.11.02.06-9 3.11.01.31-3	PCT -NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA UNILATERAL, COLOCAÇÃO NEFROSCÓPICA DE DUPLO J UNILATERAL E NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA UNILATERAL. ATUAÇÃO: 3 CIRURGIÕES, 1ºAUXILIAR, 2ºAUXILIAR, TAXA DE UROLOGIA.	RS 5.337,48
3.11.01.31-3	PCT - NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA UNILATERAL. ATUAÇÃO: CIRURGIÃO E TAXA DE VÍDEO UROLOGIA	RS 1.882,54
3.11.03.47-2	PCT - RETIRADA ENDOSCÓPICA DE DUPLO J. ATUAÇÃO: CIRURGIÃO E TAXA DE VÍDEO UROLOGIA	RS 1.738,57
3.11.02.06-9 3.11.01.10-0 3.11.01.36-4	COLOCAÇÃO NEFROSCÓPICA DE DUPLO J UNILATERAL, ESTENOSE DE JUNÇÃO PIELOURETERAL - TRAT. CIRÚRGICO, PIELOPLASTIA. ATUAÇÃO: 3 CIRURGIÕES, 1º AUXILIAR, 2º AUXILIAR E TAXA DE VIDEOLAPAROSCOPIA.	RS 5.648,31
3.11.01.18-6 3.09.14.07-8	NEFRECTOMIA RADICAL UNILATERAL E LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL. ATUAÇÃO: 2 CIRURGIÕES, 1º AUXILIAR, 2º AUXILIAR E TAXA DE VIDEOLAPAROSCOPIA.	RS 7.130,41

3.12.01.11-3 3.09.14.06-0	PROSTATOVESICULECTOMIA RADICAL E LINFADENECTOMIA PÉLVICA. ATUAÇÃO: 2 CIRURGIÕES, 1ºAUXILIAR,2ºAUXILIAR E TAXA DE VÍDEO LAPAROSCOPIA.	R\$ 6.512,07
3.12.01.12-1	PROSTATECTOMIA A CÉU ABERTO. ATUAÇÃO: 1 CIRURGIÃO, 1ºAUXILIAR, 2ºAUXILIAR E TAXA DE VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 4.372,37
3.11.01.16-0 3.09.14.07-8	LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL E NEFRECTOMIA PARCIAL UNILATERAL. ATUAÇÃO: 2 CIRURGIÕES, 1ºAUXILIAR, 2ºAUXILIAR E TAXA DE VIDEOLAPAROSCOPIA.	R\$ 6.796,68
3.11.02.36-0 3.11.02.07-7 3.11.02.08-5	URETERORRENOLITOTRIPSIA FLEXÍVEL UNILATERAL, COLOCAÇÃO URETEROSCÓPICA DE DUPLO J UNILATERAL E DILATAÇÃO ENDOSCÓPICA UNILATERAL. ATUAÇÃO: 3 CIRURGIÕES, 1ºAUXILIAR E TAXA DE VÍDEO UTEROSCOPIA.	R\$ 4.314,75
3.11.02.37-9 3.11.02.07-7 3.11.02.08-5	URETERORRENOLITOTRIPSIA FLEXÍVEL UNILATERAL, COLOCAÇÃO URETEROSCÓPICA DE DUPLO J E DILATAÇÃO ENDOSCÓPICA UNILATERAL. ATUAÇÃO: 3 CIRURGIÕES, 1º AUXILIAR E TAXA DE VÍDEO UROLOGIA E TAXA DE VÍDEO UROSCOPIA.	R\$ 4.314,75
3.11.04.20-7 3.11.04.15-0 3.11.03.17-0	URETROPLASTIA POSTERIOR,NEOURETRA PROXIMAL (CISTOURETROPLASTIA) E CISTOSTOMIA CIRÚRGICA. ATUAÇÃO: 3 CIRURGIÕES, 1º AUXILIAR, 2º AUXILIAR E TAXA DE VÍDEO UROLOGIA E TAXA DE VÍDEO URETEROSCOPIA.	R\$ 5.531,83
3.11.04.20-7	URETROPLASTIA POSTERIOR. ATUAÇÃO: 1 CIRURGIÃO, 1ºAUXILIAR, 2ºAUXILIAR E TAXA DE VÍDEO UROLOGIA E TAXA DE VÍDEO URETEROSCOPIA.	R\$ 3.824,00
3.11.04.22-3	URETROTOMIA INTERNA. ATUAÇÃO: CIRURGIÃO, 1ºAUXILIAR E TAXA DE VÍDEO UROLOGIA.	R\$ 1.187,64
3.11.03.21-9 3.11.04.23-3	URETROTOMIA INTERNA E COLO VESICAL - RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA. ATUAÇÃO: 2 CIRURGIÕES, 1º AUXILIAR E TAXA DE VÍDEO UROLOGIA.	R\$ 1.638,47

3.11.01.13-5	MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS RENAI UNILATERAL. ATUAÇÃO: CIRURGIÃO, 1º AUXILIAR E TAXA DE VIDEOLAPAROSCOPIA.	R\$ 3.257,35
3.11.01.19-4	NEFRECTOMIA TOTAL UNIL. LATERAL. ATUAÇÃO: CIRURGIÃO, 1º AUXILIAR, 2º AUXILIAR.	R\$ 2.980,70
3.11.02.37-9 3.11.03.47-2	URETERORRENOLITOTRIPSIA RÍGIDA UNILATERAL E RETIRADA ENDOSCÓPICA DE DUPLO J. ATUAÇÃO: CIRURGIÕES, 1º AUXILIAR, 2º AUXILIAR E TAXA DE VÍDEO UROLOGIA E TAXA DE VÍDEO URETEROSCOPIA	R\$ 4.357,30
3.11.02.37-9 3.11.02.07-7 3.11.02.08-5	URETERORRENOLITOTRIPSIA RÍGIDA UNILATERAL, COLOCAÇÃO ENDOSCÓPICA DE DUPLO J E DILATAÇÃO ENDOSCÓPICA UNILATERAL. ATUAÇÃO: CIRURGIÕES, 1º AUXILIAR, 2º AUXILIAR E TAXA DE VÍDEO UROLOGIA E TAXA DE VÍDEO URETEROSCOPIA	R\$ 4.314,77
3.15.06.01-1 3.11.02.04-2 3.09.06.12-1 3.09.07.02-0	TRANSPLANTE RENAL DOADOR FALECIDO. ATUAÇÃO: CIRURGIÕES, 1º AUXILIAR, 2º AUXILIAR 3º AUXILIAR.	R\$ 34.007,28
3.15.06.01-1 3.11.02.04-2 3.0.90.6.12-1 3.15.06.04-6	TRANSPLANTE RENAL DOADOR VIVO. ATUAÇÃO: CIRURGIÕES, 1º AUXILIAR, 2º AUXILIAR 3º AUXILIAR.	R\$ 29.216,45

*Os procedimentos em pacotes serão valorados para acomodação enfermagem, quando a acomodação for apartamento, os valores serão acrescidos 100%.

5. PACOTES EM NEFROLOGIA/HEMODIÁLISE

CÓDIGOS	PACOTES DE NEFROLOGIA	VALOR
1.01.01.01-2	CONSULTA MÉDICA. SOMENTE HONORÁRIO MÉDICO.	RS 93,58
3.09.09.03-1	HEMODIÁLISE CRÔNICA(SESSÃO) INCLUSO: MAT/MED. EXCLUSO: HONORÁRIO MÉDICO	RS 421,43
3.09.09.03-1	HEMODIÁLISE CRÔNICA(SESSÃO) SOMENTE HONORÁRIO MÉDICO	RS 168,53
3.09.09.03-1	HEMODIÁLISE CRÔNICA(SESSÃO) PACIENTE SOROPOSITIVO INCLUSO:MAT/MED EXCLUSO:HONORÁRIO MÉDICO	RS 791,79
3.09.09.03-1	HEMODIÁLISE AMBULATORIAL (SESSÃO) PACIENTE SORO SOMENTE HONORÁRIO MÉDICO	RS 168,52
3.09.09.14-7	HEMODEPURAÇÃO DE CASOS AGUDOS(SESSÃO DE HEMODIÁLISE, HEMOFILTRAÇÃO, HEMODIAFILTRAÇÃO ISOLADA, PLASMAFERESE OU HEMOPERFUSÃO) ATÉ 12 HORAS OU FRAÇÃO. INCLUSO: MAT/MED, ENF E MAQUINÁRIO. EXCLUSO: HONORÁRIO MÉDICO.	RS 1.317,71
3.09.09.14-7	HEMODEPURAÇÃO DE CASOS AGUDOS(SESSÃO DE HEMODIÁLISE, HEMOFILTRAÇÃO, HEMODIAFILTRAÇÃO ISOLADA, PLASMAFERESE OU HEMOPERFUSÃO) ATÉ 12 HORAS OU FRAÇÃO. SOMENTE HONORÁRIO MÉDICO.	RS 280,80
3.09.09.13-9	HEMODEPURAÇÃO DE CASOS AGUDOS(SESSÃO DE HEMODIÁLISE, HEMOFILTRAÇÃO, HEMODIAFILTRAÇÃO ISOLADA, PLASMAFERESE OU HEMOPERFUSÃO) ATÉ 4 HORAS OU FRAÇÃO. INCLUSO: MATERIAL E MEDICAMENTO HOSPITALAR, ENFERMEIRO E MAQUINÁRIO. EXCLUSO: HONORÁRIO MÉDICO.	RS 1.006,53
3.09.09.13-9	HEMODEPURAÇÃO DE CASOS AGUDOS(SESSÃO DE HEMODIÁLISE, HEMOFILTRAÇÃO, HEMODIAFILTRAÇÃO ISOLADA, PLASMAFERESE OU HEMOPERFUSÃO) ATÉ 4 HORAS OU FRAÇÃO. SOMENTE HONORÁRIO MÉDICO	RS 117,84
3.09.13.10-1	IMPLANTE CIRÚRGICO DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA PARA NPP, QT OU PARA HEMODEPURAÇÃO INCLUSO: MAT/MED, TAXAS E CATETER. EXCLUSO : HONORÁRIO MÉDICO.	RS 2.048,41

3.09.13.10-1	IMPLANTE CIRÚRGICO DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA PARA NPP, QT OU PARA HEMODEPURAÇÃO. SOMENTE HONORÁRIO MÉDICO	R\$ 208,00
3.09.13.01-2	IMPLANTE DE CATETER VENOSO CENTRAL POR PUNÇÃO PARA NPP, QT, HEMODEPURAÇÃO E PARA INFUSÃO DE SORO/DROGAS. EXCLUSO: HONORÁRIO MÉDICO. INCLUSO: MAT, MED, TAXAS E CATETER.	R\$ 799,61
3.09.13.01-2	IMPLANTE DE CATETER VENOSO CENTRAL POR PUNÇÃO PARA NPP, QT, HEMODEPURAÇÃO E PARA INFUSÃO DE SORO/DROGAS. SOMENTE HONORÁRIO MÉDICO	R\$ 124,90
1.01.02.01-9	VISITA HOSPITALAR EM ENFERMARIA. SOMENTE HONORÁRIO MÉDICO.	R\$ 71,75
1.01.01.03-9	PARECER MÉDICO EM PRONTO-SOCORRO. SOMENTE HONORÁRIO MÉDICO.	R\$ 76,95
3.10.08.11-9	DIÁLISE PERITONEAL AMBULATORIAL CONTÍNUA(CAPD) POR MÊS/PACIENTE. INCLUSO:MAT, MED, TAXAS E CATETER. EXCLUSO HONORÁRIO MÉDICO	R\$ 4.961,51
3.10.08.11-9	DIÁLISE PERITONEAL AMBULATORIAL CONTÍNUA(CAPD) POR MÊS/PACIENTE. SOMENTE HONORÁRIO.	R\$ 1.176,00
3.09.08.07-8	CONFECÇÃO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA DIRETA. EXCLUSO:HONORÁRIO MÉDICO. INCLUSO:MAT/MED E TAXAS.	R\$ 1.853,27
3.09.08.07-8	CONFECÇÃO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA DIRETA. SOMENTE HONORÁRIO MÉDICO.	R\$ 608,00
3.09.13.14-4	CONFECÇÃO DE FÍSTULA AV PARA HEMODIÁLISE. INCLUSO:MAT, MED E TAXAS. EXCLUSO HONORÁRIO MÉDICO	R\$ 1.434,92
3.09.13.14-4	CONFECÇÃO/RETIRADA/DESATIVAÇÃO DE FÍSTULA AV PARA HEMODIÁLISE. SOMENTE HONORÁRIO MÉDICO.	R\$ 517,60
3.09.13.15-2	RETIRADA/DESATIVAÇÃO DE FÍSTULA AV PARA HEMODIÁLISE. INCLUSO:MAT/MED E TAXAS EXCLUSO: HONORÁRIO MÉDICO.	R\$ 1.375,41
3.09.13.15-2	RETIRADA/DESATIVAÇÃO DE FÍSTULA AV PARA HEMODIÁLISE. SOMENTE HONORÁRIO MÉDICO	R\$ 339,60
3.09.13.12-8	RETIRADA CIRÚRGICA DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA PARA NPP, QT OU PARA HEMODEPURAÇÃO. INCLUSO:MAT/MED E TAXAS	R\$ 601,48

3.09.13.12-8	RETIRADA CIRÚRGICA DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA PARA NPP, QT OU PARA HEMODEPURAÇÃO. SOMENTE HONORÁRIO MÉDICO	R\$ 273,00
PACOTE	PACOTE PLASMAFÉRESE: INCLUSO TAXAS DE EQUIPAMENTOS , MATERIAIS DESCARTÁVEIS E MATERIAIS ESPECIAIS. EXCLUSO: INTERCORRÊNCIAS, IMPLANTE DE CATETER, PLASMA FRESCO, ALBUMINA HUMANA 20%, GASOTERAPIA E EXAMES.	R\$ 3.013,54
PACOTE	PACOTE PLASMAFÉRESE: SOMENTE HONORÁRIO MÉDICO	R\$ 280,80
3.09.0915-5	HEMODIÁLISE ON-LINE INCLUSO: MAT, MED E TAXAS	R\$ 650,00
3.09.0915-5	HEMODIÁLISE ON-LINE SOMENTE HONORÁRIO MÉDICO	R\$ 435,66
3.09.09.11-2	RETIRADA DE CATETER DE CURTA PERMANÊNCIA PARA HEMODIÁLISE INCLUSO:MAT/MED E TAXAS	R\$ 559,62
3.09.09.11-2	RETIRADA DE CATETER DE CURTA PERMANÊNCIA PARA HEMODIÁLISE SOMENTE HONORÁRIO MÉDICO	R\$ 273,00
PACOTE	HEMODIÁLISE TERAPIA CONTÍNUA (24H) INCLUSO: MÁQUINA, MATERIAL E ACOMPANHAMENTO DO ENFERMEIRO. MÁQUINA PRISMAFLEX OU MULTI FILTRATE	R\$ 4.880,77

6. PACOTES EM GASTROENTEROLOGIA (Honorários Médicos) PEDIÁTRICO E HOSPITALAR

CÓDIGOS	HONORÁRIOS MÉDICOS GASTROENTEROLOGIA E DA CIRURGIA DIGESTIVA (HOSPITALAR E PEDIÁTRICO)	VALOR
1.01.01.01-2	CONSULTA ELETIVA EM CONSULTÓRIO	R\$ 103,16
1.01.02.01-9	VISITA HOSPITALAR EM ENFERMARIA	R\$ 154,74
4.02.01.08-2	COLONOSCOPIA (INCLUI A RETOSSIGMOIDOSCOPIA)	R\$ 615,69
4.02.01.09-0	COLONOSCOPIA COM MAGNIFICAÇÃO	R\$ 615,69
4.02.01.12-0	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	R\$ 420,00
4.02.01.33-3	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM CROMOSCOPIA	R\$ 474,63
4.02.01.13-9	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM MAGNIFICAÇÃO	R\$ 670,99

4.02.01.17-1	RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL	RS 230,48
4.02.01.18-0	RETOSSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA	RS 128,80
4.02.02.08-9	COLAGEM DE FÍSTULA POR VIA ENDOSCOPIA	RS 535,50
4.02.02.09-7	COLOCAÇÃO DE CÂNULA SOB ORIENTAÇÃO ENDOSCÓPICA	RS 512,16
4.02.02.66-6	COLONOSCOPIA COM BIÓPSIA E/OU CITOLOGIA	RS 663,35
4.02.02.67-4	COLONOSCOPIA COM DILATAÇÃO SEGMENTAR	RS 913,40
4.02.02.70-4	COLONOSCOPIA COM ESTENOSTOMIA	RS 1.412,95
4.02.02.13-5	COLONOSCOPIA COM MAGNIFICAÇÃO E TATUAGEM	RS 1.234,46
4.02.02.27-2	COLONOSCOPIA COM MUCOSECTOMIA	RS 1.166,30
4.02.02.75-5	COLONOSCOPIA COM TRATAMENTO DE FÍSTULA DESCOMPRESSÃO COLÔNICA POR COLONOSCOPIA	RS 1.214,97
4.02.02.45-3	LIGADURA ELÁSTICA DO ESÔFAGO, ESTÔMAGO OU DUODENO	RS 874,61
4.02.02.47-0	MUCOSECTOMIA DO ESTÔMAGO, ESÔFAGO OU DUODENO	RS 876,25
PACOTE	PAPILECTOMIA DO ESÔFAGO, ESTÔMAGO OU DUODENO (INDEPENDENTE DO NÚMERO DE PÓLIPOS)	RS 874,61
4.02.02.56-9	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO CÓLON	RS 899,30
4.02.02.57-7	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESÔFAGO, ESTÔMAGO OU DUODENO	RS 706,12
4.02.02.69-0	RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL COM BIÓPSIA E/OU CITOLOGIA	RS 254,17
4.02.02.68-2	RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL COM POLIPECTOMIA	RS 289,75
4.02.0272-0	RETOSSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA COM BIÓPSIA E/OU CITOLOGIA	RS 143,26
4.02.02.73-9	RECTOSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA COM POLIPECTOMIA	RS 236,53
4.02.02.60-7	TAMPONAMENTO DE VARIZES DO ESÔFAGO E ESTÔMAGO	RS 489,64
4.02.02.18-6	DILATAÇÃO INSTRUMENTAL DO ESÔFAGO, ESTÔMAGO E DUODENO	RS 565,90
4.02.02.19-4	DILATAÇÃO INSTRUMENTAL E INJEÇÃO DE SUBSTÂNCIA MEDICAMENTOSA POR ENDOSCOPIA	RS 615,82
4.02.02.33-0	INJEÇÃO DE SUBSTÂNCIA MEDICAMENTOSA POR ENDOSCOPIA	RS 502,78
4.02.02.61-5	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM BIÓPSIA E TESTE UREASE	RS 310,00

4.02.02.03-8	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM BIÓPSIA E OU CITOPATOLOGIA	R\$ 420,00
4.02.02.27-7	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM cROMOSCOPIA BIÓPSIA E /OU CITOPATOLOGIA	R\$ 500,45
4.02.02.25-9	ESCLEROSE OU HEMOSTASIA QUÍMICA DE VARIZES E OUTRAS PATOLOGIAS HEMORRÁGICAS DO ESÔFAGO,ESTÔMAGO OU DUODENO	R\$ 690,71
4.02.02.29-1	HEMOSTASIA MECÂNICA DO ESÔFAGO, ESTÔMAGO OU DUODENO	R\$ 564,52
4.02.02.30-5	HEMOSTASIA TÉRMICA DO ESÔFAGO, ESTÔMAGO OU DUODENO	R\$ 564,52
4.02.02.31-3	HEMOSTASIAS DE CÓLON	R\$ 1.040,11
4.02.02.35-6	JEJUNOSTOMIA ENDOSCÓPICA	R\$ 1.865,06
4.02.02.54-2	POLIPECTOMIA DE CÓLON INDEPENDENTE DO NÚMERO DE PÓLIPOS DUODENO	R\$ 1.166,30
4.02.02.31-3	HEMOSTASIAS DE CÓLON	R\$ 1.040,11
4.02.02.35-6	JEJUNOSTOMIA ENDOSCÓPICA	R\$ 1.865,06
4.02.02.54-2	POLIPECTOMIA DE CÓLON INDEPENDENTE DO NÚMERO DE PÓLIPOS	R\$ 1.166,30
4.02.02.55-0	POLIPECTOMIA DO ESÔFAGO, ESTÔMAGO OU DUODENO INDEPENDENTE DO NÚMERO DE PÓLIPOS	R\$ 899,30
4.02.02.34-8	INTRODUÇÃO DE PRÓTESE NO ESÔFAGO	R\$ 1.171,60
4.02.02.53-4	PASSAGEM DE SONDA NASOENTERAL	R\$ 403,47
4.02.01.07-4	COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETROGRADA ENDOSCÓPICA	R\$ 1.000,00
4.02.02.51-8	PAPILOTOMIA ENDOSCÓPICA	R\$ 1.500,00

7. PACOTES EM GASTROENTEROLOGIA (Incluso: Honorários Médicos, Taxas e MAT/MED)

CÓDIGOS	PACOTES GASTROENTEROLOGIA	VALOR
4.02.01.12-0	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA. INCLUSO: TAXAS, MATERIAIS, MEDICAMENTOS E HONORÁRIOS MÉDICOS	R\$ 516,38

4.02.02.03-8	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM BIÓPSIA E/OU CITOLOGIA. INCLUSO: TAXAS, MATERIAIS, MEDICAMENTOS E HONORÁRIOS MÉDICOS	R\$ 654,75
4.02.02.61-5	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM BIÓPSIA E TESTE DE UREASE (PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI). INCLUSO: TAXAS, MATERIAIS, MEDICAMENTOS E HONORÁRIOS MÉDICOS	R\$ 582,98
4.02.01.17-1	RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL. INCLUSO: TAXAS, MATERIAIS, MEDICAMENTOS E HONORÁRIOS MÉDICOS	R\$ 368,56
4.02.01.08-2	COLONOSCOPIA (INCLUI A RETOSSIGMOIDOSCOPIA). INCLUSO: TAXAS, MATERIAIS, MEDICAMENTOS E HONORÁRIOS MÉDICOS	R\$ 1.051,97
4.02.02.66-6	COLONOSCOPIA COM BIÓPSIA E/OU CITOLOGIA. INCLUSO: TAXAS, MATERIAIS, MEDICAMENTOS E HONORÁRIOS MÉDICOS	R\$ 853,30
4.02.01.02-3	ANUSCOPIA (INTERNA E EXTERNA). INCLUSO: TAXAS, MATERIAIS, MEDICAMENTOS E HONORÁRIOS MÉDICOS	R\$ 61,54
4.02.01.18-0	RETOSSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA. INCLUSO: TAXAS, MATERIAIS, MEDICAMENTOS E HONORÁRIOS MÉDICOS	R\$ 313,89
4.02.02.71-2	COLONOSCOPIA COM MUSECTOMIA. INCLUSO: TAXAS, MATERIAIS, MEDICAMENTOS E HONORÁRIOS MÉDICOS	R\$ 1.631,88
4.02.02.13-5	COLONOSCOPIA COM MAGNIFICAÇÃO E TATUAGEM. INCLUSO: TAXAS, MATERIAIS, MEDICAMENTOS E HONORÁRIOS MÉDICOS	R\$ 1.685,21
3.10.04.34-2	ANOPEXIA MECÂNICA COM GRAMPEADOR. INCLUSO: TAXAS, MATERIAIS, MEDICAMENTOS E HONORÁRIOS MÉDICOS	R\$ 4.977,07
4.02.02.54-2 4.02.01.08-2	POLPECTOMIA DE CÓLON (INDEPENDENTE DO Nº DE PÓLIPOS) + COLONOSCOPIA(INCLUI RETOSSIGMOIDOSCOPIA). INCLUSO: TAXAS, MATERIAIS, MEDICAMENTOS E HONORÁRIOS MÉDICOS	R\$ 1.466,98
4.02.02.55-0 4.02.01.12-0	POLPECTOMIA DE ESTÔMAGO, ESFÔFAGO OU DUODENO (INDEPENDENTE DO Nº DE PÓLIPOS) + ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA. INCLUSO: TAXAS, MATERIAIS, MEDICAMENTOS E HONORÁRIOS MÉDICOS	R\$ 1.133,27

4.02.02.74-7	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM CROMOSCOPIA E BIÓPSIA E/OU CITOLOGIA. INCLUSO: TAXAS, MATERIAIS, MEDICAMENTOS E HONORÁRIOS MÉDICOS	RS 686,01
3.10.04.06-7	DILATAÇÃO DIGITAL OU INSTRUMENTAL DO ÂNUS E/OU DO RETO. INCLUSO: TAXAS, MATERIAIS, MEDICAMENTOS E HONORÁRIOS MÉDICOS	RS 142,07
3.10.04.18-0	HEMORRÓIDAS - LIGADURA ELÁSTICA. INCLUSO: TAXAS, MATERIAIS, MEDICAMENTOS E HONORÁRIOS MÉDICOS	RS 128,12
4.02.02.69-0	RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL COM BIÓPSIA E/OU CITOLOGIA. INCLUSO: TAXAS, MATERIAIS, MEDICAMENTOS E HONORÁRIOS MÉDICOS	RS 377,00
4.02.02.68-2	RETOSSIGMOIDOSCOPIA COM POLIPECTOMIA. INCLUSO: TAXAS, MATERIAIS, MEDICAMENTOS E HONORÁRIOS MÉDICOS	RS 453,15
4.02.02.28-3 4.02.01.12-0	GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA + ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA. INCLUSO: TAXAS, MATERIAIS, MEDICAMENTOS E HONORÁRIOS MÉDICOS	RS 2.072,38
4.02.01.07-4	COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETROGRADA ENDOSCÓPICA. INCLUSO:TAXA VÍDEO E HONORÁRIOS MÉDICOS	RS 2.234,66
4.02.02.51-8	PAPILOTOMIA ENDOSCÓPICA PARA RETIRADA DE CÁLCULO INCLUSO:TAXA VÍDEO E HONORÁRIOS MÉDICOS	RS 2.479,66
4.02.02.49-6	PAPILOTOMIA BIÓPSIA E/OU CITOPATOLOGIA BILIAR E PANCREÁTICA INCLUSO:TAXA VÍDEO E HONORÁRIOS MÉDICOS	RS 2.746,33
4.02.02.50-0	PAPILOTOMIA E DILATAÇÃO BILIAR OU PANCREÁTICA. INCLUSO:TAXA VÍDEO E HONORÁRIOS MÉDICOS	RS2.746,33
4.02.02.52-6	PAPILOTOMIA , DILATAÇÃO E COLOCAÇÃO DE PRÓTESE OU DRENO BILIAR OU PANCREÁTICO. INCLUSO:TAXA VÍDEO E HONORÁRIOS MÉDICOS	RS2.746,33
PACOTE	ECOENDOSCOPIA INCLUSO:TAXA VÍDEO E HONORÁRIOS MÉDICOS	RS 3.600,00

PACOTE	ECOENDOSCOPIA COM PUNÇÃO POR AGULHA, NEURÓLISE OU DRENAGEM DE PSEUDOCISTO(TAXA VÍDEO E HONORÁRIOS MÉDICOS)	R\$4.800,00
--------	--	--------------------

8. PACOTES EM CARDIOLOGIA (Incluso: Honorários Médicos, Taxas e MAT/MED)

CÓDIGOS	PACOTES EM CARDIOLOGIA	VALOR
1.01.01.01-2	CONSULTA COM CARDIOLOGISTA	R\$ 116,90
CÓDIGOS	PACOTES EM CARDIOLOGIA (INCLUSO: MATERIAL, HONORÁRIOS MÉDICOS E TAXAS).	VALOR
PACOTE	TILT TEST	R\$545,00
PACOTE	ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM STRAIN	R\$545,00
PACOTE	ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO	R\$ 746,37
PACOTE	ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO 3D	R\$ 1.079,10

9. PACOTES EM CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (Somente Honorários Médicos)

CÓDIGOS	PROCEDIMENTO	
3.09.11.07-9	CATETERISMO CARDÍACO E E/OU D COM CINEANGIOCORONARIOGRAFIA E VENTRICULOGRAFIA	R\$ 3.247,39
3.09.11.08-7	CATETERISMO CARDÍACO E E/OU D COM CINEANGIOCORONARIOGRAFIA, VENTRICULOGRAFIA E ESTUDO ANGIOGRÁFICO DA AORTA E/OU RAMOS	R\$ 3.505,58
3.09.11.05-2	CATETERISMO CARDÍACO D E/OU E COM ESTUDO CINEANGIOGRÁFICO E DE REVASCULARIZAÇÃO CIRÚRGICA DO MIOCÁRDIO	R\$ 3.899,64
3.09.12.10-5	IMPLANTE DE STENT CORONÁRIO COM OU SEM ANGIOPLASTIA POR BALÃO CONCOMITANTE (1 VASO)	R\$ 6.447,29
3.09.12.03-2	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA DE MÚLTIPLOS VASOS, COM IMPLANTE DE STENT	R\$ 8.505,84

3.09.12.26-1	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA DE BIFURCAÇÃO E DE TRONCO COM IMPLANTE DE STENT	RS 9.144,44
3.09.12.27-0	ATEROMECTOMIA RORACIONAL, DIRECIONAL, EXTRACIONAL OU USO DE LASER CORONARIANO COM OU SEM ANGIOPLASTIA POR BALÃO, COM OU SEM IMPLANTE	RS 9.144,44
3.09.11.14-1	ESTUDO ULTRASSONOGRÁFICO INTRAVASCULAR	RS 3.210,49
3.09.11.02-8	AVALIAÇÃO FISIOLÓGICA DA GRAVIDADE DE OBSTRUÇÕES (CATETER OU GUIA)	RS 1.528,23
3.09.12.18-0	RECANALIZAÇÃO ARTERIAL NO IAM – ANGIOPLASTIA PRIMÁRIA – COM IMPLANTE DE STENT COM OU SEM SUPORTE CIRCULATÓRIO (BALÃO INTRA-ÓRTICO)	RS 11.202,99
3.09.11.10-9	CATETERIZAÇÃO CARDÍACA E POR VIA TRANSEPTAL	RS 1.427,89
3.09.12.12-1	OCLUSÃO PERCUTÂNEA DE “SHUNTS” INTRACARDÍACOS	RS 7.479,96
3.09.12.25-3	VALVOPLASTIA PERCUTÂNEA POR VIA TRANSEPTAL	RS 6.447,30
4.08.12.03-0	ANGIOGRAFIA POR CATETERISMO NÃO SELETIVO DE GRANDE VASO	RS 1.031,79
4.08.12.06-5	ANGIOGRAFIA TRANSOPERATÓRIA DE POSICIONAMENTO	RS 482,37
4.08.12.07-3	ANGIOGRAFIA PÓS-OPERATÓRIA DE CONTROLE	RS 482,63
3.09.04.09-9	IMPLANTE MARCA-PASSO TEMPORÁRIO À BEIRA DO LEITO	RS 1.095,49
3.09.12.24-5	VALVOPLASTIA PERCUTÂNEA POR VIA ARTERIAL OU VENOSA	RS 3.899,63
3.09.06.16-4	CATETERISMO DA ARTÉRIA RADIAL – PARA PAM	RS 482,63
3.09.12.29-6	TAVI	RS 13.526,41

4.08.12.04-9	ANGIOGRAFIA POR CATETERISMO SELETIVO DE RAMO PRIMÁRIO	R\$ 742,16
3.09.06.38-5	ARTERIOPLASTIA DA FEMORAL PROFUNDA (PROFUNDOPLASTIA)	R\$ 4.825,04
3.09.12.31-8	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA POR BALÃO P/ TRATAMENTO DE OCLUSÃO CRÔNICA	R\$ 15.239,10

*Independente da acomodação / procedimentos realizados em horários especiais - 19h às 07h, sab, dom e feriados deverá acrescentar 30%".

10. PACOTES EM CIRURGIA CARDÍACA (Somente Honorários Médicos)

CÓDIGOS	CIRURGIA CARDÍACA - HONORÁRIOS MÉDICOS	VALOR
3.09.01.01-4	AMPLIAÇÃO DE ANEL.	R\$ 17.493,50
3.09.02.02-9	CIRURGIA MULTIVALVAR.	R\$ 19.891,79
3.09.02.03-7	COMISSUROTOMIA VALVAR.	R\$ 17.493,50
3.09.02.04-5	PLASTIA VALVAR.	R\$ 17.493,50
3.09.02.05-3	TROCA VALVAR (QUALQUER TÉCNICA).	R\$ 17.493,50
3.09.03.01-7	ANEURISMECTOMIA DE VE.	R\$ 16.929,19
3.09.03.02-5	REVASCULARIZAÇÃO DE MIOCÁRDIO.	R\$ 18.622,11
3.09.03.03-3	REVASCULARIZAÇÃO DE MIOCÁRDIO + CIRURGIA VALVAR.	R\$ 23.870,17
3.09.06.08-3	ANEURISMAS TORÁCICOS OU TÓRACO-ABDOMINAIS-CORREÇÃO CIRÚRGICA.	R\$ 26.826,50
3.15.02.02-4	TRANSPLANTE CARDÍACO – RECEPTOR.	R\$ 20.047,66
3.15.02.01-6	TRANSPLANTE CARDÍACO – DOADOR.	R\$ 33.356,38
3.09.17.03-4	CARDIOTOMIA (FERIMENTO, CORPO ESTRANHO, EXPLORAÇÃO).	R\$ 8.043,36
3.09.12.23-7	TRATAMENTO PERCUTÂNEO DE ANEURISMA DA AORTA.	R\$ 15.066,86
3.09.15.04-0	PERICARDIOTOMIA/PERICARDIECTOMIA.	R\$ 7.647,26
3.09.15.02-3	DRENAGEM DO PERICÁRDIO.	R\$ 2.587,09
3.09.05.01-0	COLOCAÇÃO DE BALÃO INTRA-AÓRTICO.	R\$ 2.679,41
3.09.13.04-7	INSTALAÇÃO DE CIRCUITO PARA ASSISTÊNCIA MECÂNICA CIRCULATÓRIA PROLONGADA.	R\$ 6.384,89

3.09.13.05-5	INSTALAÇÃO DE CIRCUITO PARA ASSISTÊNCIA MECÂNICA CIRCULATÓRIA PROLONGADA - PERÍODO 6 HORAS.	R\$ 4.345,83
3.08.05.11-2	MEDIASTOMIA EXPLORATÓRIA.	R\$ 3.224,56
3.08.05.16-3	TRATAMENTO DE MEDIASTINITE.	R\$ 6.996,38
3.08.04.13-2	TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA.	R\$ 1.570,85
3.08.04.08-6	PUNÇÃO PLEURAL.	R\$ 791,96
3.08.01.09-5	TRAQUEOSTOMIA.	R\$ 1.048,78
3.09.06.01-6	ANEURISMA DE AORTA INFRA RENAL.	R\$ 12.802,74
3.09.06.02-4	ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL SUPRA RENAL.	R\$ 13.391,85
3.09.06.30-0	PONTE FEMORO FEMORAL CRUZADA.	R\$ 4.316,51
3.09.06.19-9	ENDARTERECTOMIA CAROTÍDEA - CADA SEGMENTO ARTERIAL TRATADO.	R\$ 4.367,63
3.09.01.05-7	CORREÇÃO CIRURGIA DA COMUNICAÇÃO INTERATRIAL.	R\$ 17.493,50
3.09.01.06-5	CORREÇÃO CIRURGIA DA COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR.	R\$ 17.493,50
3.09.01.01-4	AMPLIAÇÃO (GRANDES VASOS, ÁTRIO, VENTRÍCULO).	R\$ 12.067,20
3.09.01.10-3	RESSECÇÃO (INFUNDÍBULO, SEPTO, MEMBRANAS, BANDAS).	R\$ 17.493,50
3.09.01.09-0	REDIRECIONAMENTO DO FLUXO SANGUÍNEO (COM ANASTOMOSE DIRETA, RETALHO, TUBO).	R\$ 19.891,79
3.09.01.11-1	TRANSPOSIÇÕES (VASOS, CÂMARAS).	R\$ 19.891,79
3.09.01.09-0	ANASTOMOSE SISTÊMICO PULMONAR (BLALOCK - TAUSSIG OU BT MODIFICADO) COM OU SEM CEC.	R\$ 13.255,72
3.09.01.02-2	PERSISTÊNCIA DO CANAL ARTERIAL.	R\$ 12.101,59
3.09.01.03-0	COARTAÇÃO DA AORTA.	R\$ 12.101,59
3.09.01.04-9	BANDAGEM DA ARTÉRIA PULMONAR.	R\$ 5.640,74
3.09.17.04-2	RETIRADA DE TUMORES CARDÍACOS.	R\$ 19.891,79

3.09.15.01-5	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ARRITMIAS.	RS 17.493,50
PACOTE	TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS POR OUTROS PROFISSIONAIS.	RS 30.668,82
PACOTE	SOBREAVISO PARA PROCEDIMENTOS REALIZADOS POR OUTROS PROFISSIONAIS.	RS 4.231,14
3.09.03.02-5 3.09.03.01-7	REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO/ANEURISMA DE VE.	RS 23.700,86
3.09.02.05-3 3.09.15.01-5	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ARRITMIAS/TROCA DE VALVAR.	RS 22.741,55
3.09.01.05-7 3.09.01.02-2	CORREÇÃO CIRÚRGICA DA COMUNICAÇÃO INTERATRIAL + CANAL ARTERIAL PERSISTENTE - CORREÇÃO CIRÚRGICA.	RS 21.136,95
3.09.01.06-5 3.09.01.05-7	CORREÇÃO CIRÚRGICA DA COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR + CANAL ARTERIAL PERSISTENTE - CORREÇÃO CIRÚRGICA.	RS 21.136,95
3.09.01.06-5 3.09.01.05-7	CORREÇÃO CIRÚRGICA DA COMUNICAÇÃO INTERATRIAL + CORREÇÃO CIRÚRGICA DA COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR - CORREÇÃO CIRÚRGICA.	RS 22.741,55
3.09.01.06-5 3.09.01.05-7 3.09.01.01-2	CORREÇÃO CIRÚRGICA DA COMUNICAÇÃO INTERATRIAL + CORREÇÃO CIRÚRGICA DA COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR + CANAL ARTERIAL PERSISTENTE- CORREÇÃO CIRÚRGICA.	RS 26.385,00
3.09.01.11-1 3.09.01.09-0 3.09.01.05-7 3.09.01.02-2	TRANSPOSIÇÕES (VASOS, CÂMARAS) + REDIRECIONAMENTO DO FLUXO SANGUÍNEO (COM ANASTOMOSE DIRETA, RETALHO, TUBO) + CORREÇÃO CIRÚRGICA DA COMUNICAÇÃO INTERARTRIAL + CANAL ARTERIAL PERSISTENTE - CORREÇÃO CIRÚRGICA.	RS 34.750,83
3.09.01.11-1 3.09.01.09-0 3.09.01.06-5 3.09.01.02-2	TRANSPOSIÇÕES (VASOS, CÂMARAS) + REDIRECIONAMENTO DO FLUXO SANGUÍNEO (COM ANASTOMOSE DIRETA, RETALHO, TUBO) + CORREÇÃO CIRÚRGICA DA COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR + CANAL ARTERIAL PERSISTENTE - CORREÇÃO CIRÚRGICA.	RS 34.750,83
3.09.01.11-1 3.09.01.09-0 3.09.01.06-5 3.09.01.05-7 3.09.01.02-2	TRANSPOSIÇÕES (VASOS, CÂMARAS) + REDIRECIONAMENTO DO FLUXO SANGUÍNEO (COM ANASTOMOSE DIRETA, RETALHO, TUBO) + CORREÇÃO CIRÚRGICA DA COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR	RS 39.998,87

	+CORREÇÃO CIRÚRGICA DA COMUNICAÇÃO	
	INTERARTERIAL+ CANAL ARTERIAL PERSISTENTE - CORREÇÃO CIRÚRGICA.	
3.09.01.06-5 3.09.01.01-4 3.09.01.10-3	CORREÇÃO CIRÚRGICA INTERVENTICULAR + AMPLIAÇÃO (ANEL VALVAR, GRANDES VASOS, ÁTRIO, VENTRÍCULO) + RESSECÇÃO (INFUNDÍBULO, SEPTO, MEMBRANAS, BANDAS).	RS 27.989,59
3.09.02.02-9 3.09.01.06-5 3.09.05-7	CIRURGIA MULTIVALVAR + CORREÇÃO CIRÚRGICA DA COMUNICAÇÃO INTERATRIAL + CORREÇÃO CIRÚRGICA DA COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR.	RS 30.088,97
3.09.02.02-9 3.09.01.05-7 3.09.01.06-6 3.09.01.02-2	CIRURGIA MULTIVALVAR + CORREÇÃO CIRÚRGICA DA COMUNICAÇÃO INTERATRIAL + CORREÇÃO CIRÚRGICA DA COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR + CANAL ARTERIAL PERSISTENTE - CORREÇÃO CIRÚRGICA.	RS 34.031,34 ACIMA
3.09.01.09-0 3.09.01.06-5	REDIRECIONAMENTO DO FLUXO SANGUÍNEO (COM ANASTOMOSE DIRETA, RETALHO, TUBO) + CORREÇÃO CIRÚRGICA DA COMUNICAÇÃO INTERVENTICULAR.	RS 25.139,84
3.09.01.09-0 3.09.01.04-9	REDIRECIONAMENTO DO FLUXO SANGUÍNEO (COM ANASTOMOSE DIRETA, RETALHO, TUBO) + CONFECÇÃO DE BANDAGEM DA ARTÉRIA PULMONAR	RS 22.431,17
3.09.01.03-0 3.09.01.04-9	COARTAÇÃO DA AORTA - CORREÇÃO CIRÚRGICA + CONFECÇÃO DE BANDAGEM DA ARTÉRIA PULMONAR.	RS 14.684,23
3.08.05.11-2	MEDIASTOMIA(VIA PARAESTERNAL, TRANSESTERNAL, CERVICAL).	RS 2.393,35

11. PACOTES EM ESTIMULAÇÃO CARDÍACA ARTIFICIAL E ELETROFISIOLOGIA INVASIVA (Somente Honorários Médicos)

CÓDIGOS	PROCEDIMENTOS EM ESTIMULAÇÃO CARDÍACA ARTIFICIAL - ARRITMOLOGISTA	VALOR
3.09.04.08-0	IMPLANTE DE MARCAPASSO PROVISÓRIO EPICÁRDIO.	RS 1.340,53
3.09.04.09-9	IMPLANTE DE MARCAPASSO PROVISÓRIO A BEIRA DO LEITO.	RS 1.095,49

3.09.04.14-5	IMPLANTE DE MARCAPASSO BICAMERAL(GERADOR +ELETRODO ATRIAL E VENTRICULAR).	R\$ 3.881,34
3.09.04.13-7	IMPLANTE DE MARCAPASSO UNICAMERAL (GERADOR +ELETRODO ATRIAL E VENTRICULAR).	R\$ 2.478,65
3.09.04.10-2	RECOLOCAÇÃO DE ELETRODO/GERADOR COM OU SEM TROCA DE GERADOR.	R\$ 2.478,65
3.09.04.11-0	RETIRADA DO SISTEMA (NÃO APLICÁVEL NA TROCA DO GERADOR).	R\$ 2.520,76
3.09.04.12-9	TROCA DE GERADOR.	R\$ 1.340,44
2.01.01.20-1	AValiação CLÍNICA E ELETRÔNICA DO PACIENTE PORTADOR DE MARCAPASSO OU SINCRONIZADOR OU DESFIBRILADOR OU MONITOR DE EVENTOS IMPLANTÁVEL, CARDÍACOS.	R\$ 299,72
1.01.02.01-9	PARECER DE ARRITMIAS PARA IMPLANTE DE MARCA-PASSO OU MESMO OPINIÃO PARA ESTUDO FISIOLÓGICO.	R\$ 299,72
3.09.04.02-1	IMPLANTE DE CARDIODESFIBRILADOR INTERNO, PLACAS E ELETRODOS.	R\$ 11.932,71
3.09.04.06-4	IMPLANTE DE ESTIMULADOR CARDÍACO ARTIFICIAL MULTISSÍTIO.	R\$ 12.214,42
3.09.04.16-1	IMPLANTE DE CARDIODESFIBRILADOR MULTISSÍTIO - TRC-D (GERADOR E ELETRODOS).	R\$ 13.253,93
3.09.04.15-3	REMOÇÃO DE CABO-ELETRODO E/OU CARDIODESFIBRILADOR IMPLANTÁVEL COM AUXÍLIO DE DILATADOR MECÂNICO, LASER OU RADIOFREQUÊNCIA.	R\$ 5.317,31
3.01.01.67-0	PLASTIA DE LOJA DE DISPOSITIVO CARDÍACO ELETRÔNICO IMPLANTÁVEL. INCLUSO: HONORÁRIO MÉDICO.	R\$ 1.846,21
3.01.01.62-0	DRENAGEM DE HEMATOMA	R\$ 364,00
2.02.04.02-7	CARDIOVERSÃO ELÉTRICA DE URGÊNCIA	R\$ 572,44
3.09.04.17-0	IMPLANTE DE MONITOR DE EVENTOS (LOOPER IMPLANTE)	R\$ 813,46

12. PACOTES EM PNEUMOLOGIA (Somente Honorários Médicos)

PNEUMOLOGIA	VALOR
CONSULTA EM PNEUMOLOGIA	R\$ 134,40
VISITA HOSPITALAR (EM ENFERMARIA)	R\$ 65,00
PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR	R\$ 115,00
PARECER COM PNEUMOLOGISTA	R\$ 135,00
POLISSONOGRAMA	R\$ 640,00
PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA OU ESPIROMETRIA	R\$ 145,00
RESISTÊNCIA DAS VIAS AÉREAS PO PLETISMOGRAFIA	R\$ 150,00
DIFUSÃO DO MONÓXIDO DE CARBONO	R\$ 161,66
DETERMINAÇÃO DOS VOLUMES PULMONARES POR PLETISMOGRAFIA	R\$ 165,00
MEDIDA DE PICO DE FLUXO EXPIRATÓRIO	R\$ 20,00
MANOMETRIA COMPUTADORIZADA ANORRETAL	R\$ 609,80

13. PACOTES EM NEUROLOGIA (Somente Honorários Médicos)

CÓDIGOS	NEUROLOGIA	VALOR
10.10.10.12	CONSULTA EM NEUROLOGIA	R\$ 150,00
PACOTE	ELETRONEUROMIOGRAFIA POR MEMBRO-01 (UM)	R\$ 190,00
4.01.03.32-3	ELETRONEUROMIOGRAFIA POR MEMBRO - 02 (DOIS) SUPERIOR	R\$ 380,00
4.01.03.31-5	ELETRONEUROMIOGRAFIA POR MEMBRO - 02 (DOIS) INFERIOR	R\$ 380,00
4.01.03.33-1	ELETRONEUROMIOGRAFIA POR MEMBRO-04 (QUATRO)	R\$ 600,00
4.01.03.30-7	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE FACE	R\$ 380,00

4.01.03.17-0	ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA COM OU SEM FOTOESTÍMULO	R\$ 130,00
4.01.03.23-4	ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO COM OU SEM MEDICAMENTO	R\$ 130,00
4.01.03.23-4	ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO VIGÍLIA E SONO ESPONTÂNEA COM OU SEM FOTO-ESTÍMULO	R\$ 130,00
4.01.03.19-6	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO COM MAPEAMENTO	R\$ 180,00
4.01.03.52-8	POLISSONOGRAMA	R\$ 630,00
4.08.14.15-7	MANIPULAÇÃO DE DRENOS PÓS	R\$ 212,09
2.02.02.04-0	MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA	R\$ 817,80
2.02.02.05-9	POTENCIAL EVOCADO INTRA	R\$ 102,64
2.02.04.15-9	PULSOTERAPIA INTRAVENOSA (POR SESSÃO)	R\$ 357,58
4.01.03.06-4	AUDIOMETRIA DE TRONCO CEREBRAL (PEA) BERA	R\$ 316,52
4.01.03.17-0	EEG DE ROTINA	R\$ 77,88
4.01.03.18-8	EEG INTRA	R\$ 212,09
4.01.03.19-6	EEGQ QUANTITATIVO (MAPEAMENTO CEREBRAL)	R\$ 168,00
4.01.03.23-4	ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGÍLIA, E SONO ESPONTÂNEO OU INDUZIDO	R\$ 112,00
4.01.03.25-0	ELETRO-RETINOGRAMA MONOCULAR	R\$ 102,64
4.01.03.26-9	ELETROCOCLEOGRAFIA (ECOCHG)	R\$ 121,47
4.01.03.30-7	ELETRONEUROMIOGRAFIA (VELOCIDADE DE CONDUÇÃO) TESTES DE ESTÍMULOS PARA PARALISIA FACIAL	R\$ 168,00
4.01.03.31-5	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMII	R\$ 336,00
4.01.03.32-3	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS	R\$ 336,00
4.01.03.33-1	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS E MMII	R\$ 448,00
4.01.03.37-4	EMG COM REGISTRO DE MOVIMENTO INVOLUNTÁRIO (TESTE DINÂMICO DE ESCRITA; ESTUDO FUNCIONAL DE TREMORES)	R\$ 77,88

4.01.03.38-2	EMG PARA MONITORAÇÃO DE QUIMODENERVAÇÃO (POR SESSÃO)	R\$ 165,98
4.01.03.39-0	EMG QUANTITATIVA OU EMG DE FIBRA ÚNICA	R\$ 415,76
4.01.03.45-5	OTOEMISSIONES ACÚSTICAS PRODUTO DE DISTORÇÃO	R\$ 102,64
4.01.03.46-3	OTOEMISSIONES EVOCADAS TRANSIENTES	R\$ 102,64
4.01.03.48-0	PESQUISA DE PARES CRANIANOS RELACIONADOS COM O VIII PAR	R\$ 77,88
4.01.03.49-8	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE TRONCO CEREBRAL (PEA	R\$ 242,96
4.01.03.51-0	POLIGRAFIA DE RECÉM	R\$ 165,98
4.01.03.52-8	POLISSONOGRAMA DE NOITE INTEIRA (PSG) (INCLUI POLISSONOGRAMAS)	R\$ 504,70
4.01.03.53-6	POLISSONOGRAMA COM EEG DE NOITE INTEIRA	R\$ 289,14
4.01.03.54-4	POLISSONOGRAMA COM TESTE DE CPAP NASAL	R\$ 289,14
4.01.03.56-0	POTENCIAL EVOCADO	R\$ 242,96
4.01.03.57-9	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE MÉDIA LATÊNCIA (PEA	R\$ 212,09
4.01.03.58-7	POTENCIAL SOMATO	R\$ 212,09
4.01.03.59-5	POTENCIAL EVOCADO GÊNITO	R\$ 212,09
4.01.03.60-9	POTENCIAL EVOCADO MOTOR	R\$ 242,96
4.01.03.61-7	POTENCIAL EVOCADO SOMATO	R\$ 212,09
4.01.03.62-5	POTENCIAL EVOCADO SOMATO	R\$ 212,09
4.01.03.63-3	POTENCIAL EVOCADO VISUAL (PEV)	R\$ 242,96
4.01.03.73-0	TESTE DE LATÊNCIAS MÚLTIPLAS DE SONO (TLMS) DIURNO PÓS PSG	R\$ 165,98
4.08.10.02-0	TESTE DE OCLUSÃO DE ARTÉRIA CARÓTIDA OU VERTEBRAL	R\$ 691,21
4.08.12.01-4	AORTOGRAFIA ABDOMINAL POR PUNÇÃO TRANSLOMBAR	R\$ 289,14
4.08.12.02-2	ANGIOGRAFIA POR PUNÇÃO	R\$ 242,96
4.08.12.03-0	ANGIOGRAFIA POR CATETERISMO NÃO SELETIVO DE GRANDE VASO	R\$ 893,33

4.08.12.04-9	ANGIOGRAFIA POR CATETERISMO SELETIVO DE RAMO PRIMÁRIO	R\$ 357,58
4.08.12.05-7	ANGIOGRAFIA POR CATETERISMO SUPERSELETIVO DE RAMO SECUNDARIO OU DISTAL	R\$ 441,41
4.08.12.07-3	ANGIOGRAFIA PÓS	R\$ 417,64
4.08.12.08-1	FLEBOGRAFIA POR PUNÇÃO VENOSA UNILATERAL	R\$ 212,09
4.08.12.09-0	FLEBOGRAFIA RETRÓGRADA POR CATETERISMO	R\$ 441,41
4.08.12.10-3	PORTOGRAFIA TRANS	R\$ 528,68
4.08.12.11-1	ESPLENOPORTOGRAFIA PERCUTÂNEA	R\$ 415,76
4.08.12.12-0	LINFANGIOADENOGRAFIA UNILATERAL	R\$ 316,52
4.08.12.13-8	CAVERNOSOGRAFIA	R\$ 165,98
4.08.13.05-3	ALCOOLIZAÇÃO PERCUTÂNEA DE ANGIOMA	R\$ 691,21
4.08.13.06-1	ANGIOPLASTIA DE RAMO INTRACRANIANO	R\$ 1.717,75
4.08.13.07-0	ANGIOPLASTIA DE TRONCO SUPRA	R\$ 1.349,90
4.08.13.11-8	ANGIOPLASTIA ARTERIAL OU VENOSA DE ANASTOMOSE VASCULAR DE FÍGADO TRANSPLANTADO	R\$ 1.717,75
4.08.13.12-6	ANGIOPLASTIA RENAL PARA TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO RENOVASCULAR OU OUTRA CONDIÇÃO	R\$ 1.349,90
4.08.13.13-4	ANGIOPLASTIA ARTERIAL OU VENOSA DE ANASTOMOSE VASCULAR DE RIM TRANSPLANTADO	R\$ 1.349,90
4.08.13.15-0	ANGIOPLASTIA DE TRONCO VENOSO	R\$ 982,05
4.08.13.17-7	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA	R\$ 882,83
4.08.13.18-5	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA PARA TRATAMENTO DE OBSTRUÇÃO ARTERIAL	R\$ 1.141,19
4.08.13.19-3	COLOCAÇÃO DE STENT EM RAMO INTRACRANIANO	R\$ 1.717,75
4.08.13.20-7	COLOCAÇÃO DE STENT EM TRONCO SUPRA	R\$ 1.349,90
4.08.13.24-0	COLOCAÇÃO DE FILTRO DE VCI PARA PREVENÇÃO DE TEP	R\$ 925,60

4.08.13.30-4	COLOCAÇÃO DE STENT EM TRAQUÉIA OU BRÔNQUIO	R\$ 882,83
4.08.13.32-0	COLOCAÇÃO DE STENT BILIAR	R\$ 1.043,66
4.08.13.39-8	DILATAÇÃO PERCUTÂNEA DE ESTENOSE DE DUCTO PANCREÁTICO	R\$ 578,30
4.08.13.40-1	ATERECTOMIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR RX	R\$ 982,05
4.08.13.41-0	DRENAGEM PERCUTÂNEA DE COLEÇÃO PLEURAL	R\$ 357,58
4.08.13.43-6	DRENAGEM DE ABSCESSO PULMONAR OU MEDIASTINAL	R\$ 441,41
4.08.13.46-0	DRENAGEM PERCUTÂNEA DE ABSCESSO HEPÁTICO OU PANCREÁTICO	R\$ 441,41
4.08.13.47-9	DRENAGEM PERCUTÂNEA DE CISTO HEPÁTICO OU PANCREÁTICO	R\$ 441,41
4.08.13.48-7	DRENAGEM PERCUTÂNEA DE VIA BILIAR	R\$ 480,76
4.08.13.49-5	DRENAGEM PERCUTÂNEA DE CISTO RENAL	R\$ 316,52
4.08.13.50-9	DRENAGEM PERCUTÂNEA DE ABSCESSO RENAL	R\$ 441,41
4.08.13.51-7	DRENAGEM PERCUTÂNEA DE COLEÇÃO INFECTADA PROFUNDA	R\$ 528,68
4.08.13.53-3	DRENAGEM PERCUTÂNEA NÃO ESPECIFICADA	R\$ 528,68
4.08.13.54-1	EMBOLIZAÇÃO DE ANEURISMA CEREBRAL POR OCLUSÃO SACULAR	R\$ 1.883,70
4.08.13.55-0	EMBOLIZAÇÃO DE ANEURISMA CEREBRAL POR OCLUSÃO VASCULAR	R\$ 1.462,82
4.08.13.56-8	EMBOLIZAÇÃO DE MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA CEREBRAL OU MEDULAR	R\$ 1.462,82
4.08.13.57-6	EMBOLIZAÇÃO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA EM CABEÇA, PESCOÇO OU COLUNA	R\$ 1.349,90
4.08.13.58-4	EMBOLIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE EPISTAXE	R\$ 982,05
4.08.13.59-2	EMBOLIZAÇÃO DE ANEURISMA OU PSEUDOANEURISMA VISCERAL	R\$ 1.349,90
4.08.13.60-6	EMBOLIZAÇÃO BRÔNQUICA PARA TRATAMENTO DE HEMOPTISE	R\$ 882,83
4.08.13.62-2	EMBOLIZAÇÃO DE VARIZES ESOFAGIANAS OU GÁSTRICAS	R\$ 1.043,66
4.08.13.63-0	EMBOLIZAÇÃO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA	R\$ 1.462,82

4.08.13.65-7	EMBOLIZAÇÃO ESPLÊNICA PARA TRATAMENTO DE HIPERESPLENISMO OU OUTRA SITUAÇÃO	R\$ 882,83
4.08.13.67-3	EMBOLIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE IMPOTÊNCIA	R\$ 882,83
4.08.13.68-1	EMBOLIZAÇÃO DE RAMOS HIPOGÁSTRICOS PARA TRATAMENTO DE SANGRAMENTO GINECOLÓGICO	R\$ 982,05
4.08.13.70-3	EMBOLIZAÇÃO DE ARTÉRIA RENAL PARA NEFRECTOMIA	R\$ 882,83
4.08.13.71-1	EMBOLIZAÇÃO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA NÃO ESPECIFICADA ACIMA	R\$ 1.043,66
4.08.13.72-0	EMBOLIZAÇÃO DE MALFORMAÇÃO VASCULAR	R\$ 882,83
4.08.13.73-8	EMBOLIZAÇÃO DE PSEUDOANEURISMA	R\$ 1.349,90
4.08.13.75-4	EMBOLIZAÇÃO DE VEIA ESPERMÁTICA PARA TRATAMENTO DE VARICOCELE	R\$ 882,83
4.08.13.76-2	EMBOLIZAÇÃO DE VEIASOVIARIANAS PARA TRATAMENTO DE VARICOCELE	R\$ 982,05
4.08.13.77-0	EMBOLIZAÇÃO DEFINITIVA NÃO ESPECIFICADA ACIMA	R\$ 1.257,49
4.08.13.78-9	EMBOLIZAÇÃO DE TUMOR DE CABEÇA E PESCOÇO	R\$ 982,05
4.08.13.80-0	EMBOLIZAÇÃO DE TUMOR ÓSSEO OU DE PARTES MOLES	R\$ 982,05
4.08.13.81-9	EMBOLIZAÇÃO DE TUMOR NÃO ESPECIFICADO	R\$ 882,83
4.08.13.84-3	COLECISTOSTOMIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR RX, US OU TC	R\$ 578,30
4.08.13.87-8	NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR RX, US, TC OU RM	R\$ 578,30
4.08.13.88-6	PIELOGRAFIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR RX, US, TC OU RM	R\$ 289,14
4.08.13.90-8	QUIMIOTERAPIA POR CATETER DE TUMOR DE CABEÇA E PESCOÇO	R\$ 624,49
4.08.13.91-6	QUIMIOEMBOLIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE TUMOR HEPÁTICO	R\$ 882,83
4.08.13.92-4	QUIMIOTERAPIA POR CATETER INTRA	R\$ 817,80
4.08.13.93-2	TIPS	R\$ 1.349,90
4.08.13.97-5	TRATAMENTO DO VASOESPASMO PÓS	R\$ 1.043,66

4.08.14.02-5	TROMBÓLISE MEDICAMENTOSA ARTERIAL OU VENOSA	R\$ 1.257,49
4.08.14.03-3	TROMBÓLISE MEDICAMENTOSA ARTERIAL OU VENOSA PARA TRATAMENTO DE ISQUEMIA MESENTÉRICA	R\$ 1.257,49
4.08.14.04-1	TROMBÓLISE MEDICAMENTOSA EM TRONCOS SUPRA	R\$ 1.349,90
4.08.14.06-8	RETIRADA PERCUTÂNEA DE CÁLCULOS BILIARES ORIENTADA POR RX, US OU TC	R\$ 817,80
4.08.14.07-6	RETIRADA PERCUTÂNEA DE CÁLCULOS RENAIIS ORIENTADA POR RX, US OU TC	R\$ 817,80
4.08.14.08-4	RETIRADA PERCUTÂNEA DE CORPO ESTRANHO INTRAVASCULAR	R\$ 1.043,66
4.08.14.09-2	OSTEOPLASTIA OU DISCECTOMIA PERCUTÂNEA (VERTEBROPLASTIA E OUTRAS)	R\$ 982,05
4.08.14.15-7	MANIPULAÇÃO DE DRENOS PÓS	R\$ 212,09
4.09.02.11-0	DRENAGEM PERCUTÂNEA ORIENTADA POR US (ACRESCENTAR O EXAME DE BASE)	R\$ 384,95
4.10.02.03-2	DRENAGEM PERCUTÂNEA ORIENTADA POR TC (ACRESCENTAR O EXAME DE BASE)	R\$ 384,95
4.13.01.16-1	ESTESIOMETRIA (POR MEMBRO)	R\$ 19,47
4.15.01.02-0	CAVERNOSOMETRIA	R\$ 58,40
4.15.01.20-9	MEDIDA DE PRESSÃO HEPÁTICA	R\$ 357,58
4.08.11.02-6	RADIOSCOPIA PARA ACOMPANHAMENTO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO (POR HORA OU FRAÇÃO)	R\$ 102,64
4.08.12.03-0	ANGIOGRAFIA POR CATETERISMO NÃO SELETIVO DE GRANDE VASO	R\$ 893,33
	ANGIOGRAFIA POR CATETERISMO SELETIVO DE RAMO PRIMÁRIO	R\$ 357,58
4.08.12.05-7	ANGIOGRAFIA POR CATETERISMO SUPERSELETIVO DE RAMO SECUNDARIO OU DISTAL	R\$ 441,41
4.08.13.56-8	EMBOLIZAÇÃO DE MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA CEREBRAL OU MEDULAR	R\$ 1.462,82
4.08.13.72-0	EMBOLIZAÇÃO DE MALFORMAÇÃO VASCULAR	R\$ 882,83
PACOTE	EEG HOSPITALAR 30Min	R\$ 700,00
PACOTE	EEG HOSPITALAR até 1 HORA	R\$ 800,00

PACOTE	EEG HOSPITALAR 1 até 2 HORAS	R\$ 1.080,00
PACOTE	VEEG HOSPITALAR 6HORAS	R\$ 1.400,00
PACOTE	VEEG HOSPITALAR 12 HORAS	R\$ 1.080,00
PACOTE	VEEG CLÍNICA 6 HORAS	R\$ 1.250,00
PACOTE	VEEG CLÍNICA 12 HORAS	R\$ 1.650,00

14. PACOTES EM CIRURGIAS VASCULARES (INCLUSO: Cirurgião, 1º Auxiliar e 2º Auxiliar - Honorários Médicos)

CÓDIGOS	PCT CIRURGIA VASCULAR	VALOR
1.01.01.01-2	CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO).	R\$ 120,00
1.01.02.01-9	VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO).	R\$ 250,00
3.07.24.12-0	DESARTICULAÇÃO COXO-FEMURAL – TRATAMENTO CIRÚRGICO.	R\$ 2.327,40
3.07.25.03-8	AMPUTAÇÃO AO NÍVEL DA COXA – TRATAMENTO CIRÚRGICO.	R\$ 2.095,92
3.07.27.04-9	AMPUTAÇÃO DA PERNA – TRATAMENTO CIRÚRGICO.	R\$ 1.887,16
3.07.29.01-7	AMPUTAÇÃO AO NÍVEL DO PÉ – TRATAMENTO CIRÚRGICO.	R\$ 1.887,16
3.07.29.34-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO M PERFURANTE PLANTAR.	R\$ 2.221,22
3.07.30.07-4	FASCIOTOMIA.	R\$ 900,39
3.09.00.02-1	ANEURISMAS ROTOS OU TROMBOSADOS – OUTROS.	R\$ 4.200,40
3.09.06.03-2	ANEURISMA DE AORTA-TORÁCICA – CIRURGIA ARTERIAL.	R\$ 4.200,40
3.09.06.04-0	ANEURISMA DE ARTÉRIAS VISCERAIS – CIRURGIA ARTERIAL.	R\$ 1.602,06
3.09.06.05-9	ANEURISMA DE AXILAR, FEMORAL, POPLÍTEA – CIRURGIA ARTERIAL.	R\$ 2.078,48
3.09.06.06-7	ANEURISMA DE CARÓTIDA, SUBCLÁVIA, ILÍACA – CIRURGIA ARTERIAL.	R\$ 2.078,48

3.09.06.07-5	ANEURISMAS – OUTROS – CIRURGIA ARTERIAL.	R\$ 2.078,48
3.09.06.11-3	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL TRANSOPERATÓRIA - POR ARTÉRIA.	R\$ 1.814,36
3.09.06.12-1	ARTÉRIA HIPOGÁSTRICA - UNILATERAL - QUALQUER TÉCNICA - CIRURGIA ARTERIAL.	R\$ 1.814,36
3.09.06.13-0	ARTÉRIA MESENTÉRICA INFERIOR - QUALQUER TÉCNICA - CIRURGIA ARTERIAL.	R\$ 1.942,37
3.09.06.14-8	ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR - QUALQUER TÉCNICA - CIRURGIA ARTERIAL.	R\$ 2.440,11
3.09.06.15-6	ARTÉRIA RENAL BILATERAL REVASCULARIZAÇÃO - CIRURGIA ARTERIAL.	R\$ 2.550,23
3.09.06.16-4	CATETERISMO DA ARTÉRIA RADIAL - PARA PAM.	R\$ 401,84
3.09.06.17-2	CORREÇÃO DAS DISSECÇÕES DA AORTA - CIRURGIA ARTERIAL.	R\$ 4.198,05
3.09.06.18-0	ENDARTERECTOMIA AORTO-ILÍACA.	R\$ 1.982,49
3.09.06.19-9	ENDARTERECTOMIA CAROTÍDEA - CADA SEGMENTO ARTERIAL TRATADO.	R\$ 2.250,22
3.09.06.20-2	ENDARTERECTOMIA ILÍACO-FEMORAL.	R\$ 1.446,88
3.09.06.21-0	LIGADURA DE CARÓTIDA OU RAMOS - CIRURGIA ARTERIAL.	R\$ 1.446,88
3.09.06.22-9	PONTE AORTO-BIFEMORAL - CIRURGIA ARTERIAL.	R\$ 2.731,09
3.09.06.23-7	PONTE AORTO-BILÍACA - CIRURGIA ARTERIAL.	R\$ 2.823,74
3.09.06.24-5	PONTE AORTO-FEMORAL - UNILATERAL - CIRURGIA ARTERIAL.	R\$ 2.615,56
3.09.06.25-3	PONTE AORTO-ILÍACA - UNILATERAL - CIRURGIA ARTERIAL	R\$ 1.859,04
3.09.06.26-1	PONTE AXILO-BIFEMORAL - CIRURGIA ARTERIAL.	R\$ 1.859,04
3.09.06.27-0	PONTE AXILO-FEMORAL - CIRURGIA ARTERIAL.	R\$ 1.859,04
3.09.06.28-8	PONTE DISTAL - CIRURGIA ARTERIAL.	R\$ 2.635,20
3.09.06.29-6	PONTE FÊMORO POPLÍTEA PROXIMAL - CIRURGIA ARTERIAL.	R\$ 1.859,04
3.09.06.31-8	PONTE FÊMORO-FEMORAL IPSILATERAL - CIRURGIA ARTERIAL.	R\$ 1.859,04
3.09.06.32-6	PONTE SUBCLÁVIO BIFEMORAL - CIRURGIA ARTERIAL.	R\$ 2.115,76

3.09.06.33-4	PONTE SUBCLÁVIO FEMORAL - CIRURGIA ARTERIAL.	R\$ 2.115,76
3.09.06.34-2	PONTES AORTO-CERVICAIS OU ENDARTERECTOMIAS DOS TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS -CIRURGIA ARTERIAL.	R\$ 2.998,54
3.09.06.35-0	PONTES TRANSCERVICAIS - QUALQUER TIPO - CIRURGIA ARTERIAL.	R\$ 2.256,47
3.09.06.39-3	REOPERAÇÃO DE AORTA ABDOMINAL	R\$ 4.093,79
3.09.06.40-7	RETIRADA DE ENXERTO INFECTADO EM POSIÇÃO NÃO AÓRTICA - CIRURGIA ARTERIAL.	R\$ 2.323,90
3.09.06.41-5	REVASCULARIZAÇÃO AORTO-FEMORAL-UNILATERAL.	R\$ 2.880,62
3.09.06.42-3	REVASCULARIZAÇÃO ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR.	R\$ 2.880,62
3.09.06.43-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ISQUEMIA CEREBRAL - CIRURGIA ARTERIAL	R\$ 3.661,68
3.09.06.44-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SÍNDROME VÉRTEBRO BASILAR - CIRURGIA ARTERIAL.	R\$ 2.728,65
3.09.06.45-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMOR CAROTÍDEO - CIRURGIA ARTERIAL.	R\$ 2.440,10
3.09.06.46-6	TRONCO CELÍACO - QUALQUER TÉCNICA - CIRURGIA ARTERIAL.	R\$ 2.728,65
3.09.07.01-2	CIRURGIA DE RESTAURAÇÃO VENOSA COM PONTES EM CAVIDADES.	R\$ 2.728,65
3.09.07.02-0	CIRURGIA DE RESTAURAÇÃO VENOSA COM PONTES NOS MEMBROS.	R\$ 2.728,65
3.09.07.03-9	CURA CIRÚRGICA DA IMPOTÊNCIA COEUNDI VENOSA.	R\$ 2.054,03
3.09.07.04-7	CURA CIRÚRGICA DE HIPERTENSÃO PORTAL - QUALQUER TIPO - CIRURGIA VENOSA.	R\$ 2.728,65
3.09.07.08-0	IMPLANTE DE FILTRO DE VEIA CAVA.	R\$ 1.428,09
3.09.07.09-8	INTERRUPÇÃO CIRÚRGICA VEIA CAVA INFERIOR.	R\$ 1.514,33
3.09.07.11-0	TROMBECTOMIA VENOSA - CIRURGIA VENOSA.	R\$ 2.576,86
3.09.07.13-6	VARIZES - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DOIS MEMBROS.	R\$ 2.216,28

3.09.07.14-4	VARIZES - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE UM MEMBRO.	R\$ 1.220,04
3.09.08.01-9	FÍSTULA AORTO-CAVA, RENO-CAVA OU ÍLIO-ILÍACA - CORREÇÃO CIRÚRGICA.	R\$ 4.011,83
3.09.08.02-7	FÍSTULA ARTERIOVENOSA - COM ENXERTO - CORREÇÃO CIRÚRGICA.	R\$ 1.418,15
3.09.08.03-5	FÍSTULA ARTERIOVENOSA CERVICAL OU CEFÁLICA EXTRACRANIANA - CORREÇÃO CIRÚRGICA.	R\$ 2.323,88
3.09.08.04-3	FÍSTULA ARTERIOVENOSA CONGÊNITA - REINTERVENÇÃO - CORREÇÃO CIRÚRGICA.	R\$ 1.311,94
3.09.08.05-1	FÍSTULA ARTERIOVENOSA CONGÊNITA - CORREÇÃO CIRÚRGICA RADICAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA.	R\$ 2.884,64
3.09.08.06-0	FÍSTULA ARTERIOVENOSA CONGÊNITA PARA REDUÇÃO DE FLUXO - CORREÇÃO CIRÚRGICA	R\$ 2.904,10
3.09.08.07-8	FÍSTULA ARTERIOVENOSA DIRETA - CORREÇÃO CIRÚRGICA.	R\$ 2.884,64
3.09.08.08-6	FÍSTULA ARTERIOVENOSA DOS GRANDES VASOS INTRATORÁDICOS - CORREÇÃO CIRÚRGICA.	R\$ 2.884,64
3.08.09-4	FÍSTULA ARTERIOVENOSA DOS MEMBROS - CORREÇÃO CIRÚRGICA.	R\$ 5.505,76
3.09.08.10-8	TROMBOEMBOLECTOMIA DE FÍSTULA ARTERIO VENOSA.	R\$ 1.593,84
3.09.10.01-3	ANEURISMAS ROTO OU TROMBOSADO DE AORTA ABDOMINAL ABAIXO DA ARTÉRIA RENAL - CIRURGIA VASCULAR DE URGÊNCIA	R\$ 2.440,11
3.09.10.03-0	ANEURISMAS ROTOS OU TROMBOSADOS DE AORTA ABDOMINAL ACIMA DA ARTÉRIA RENAL - CIRURGIA VASCULAR DE URGÊNCIA.	R\$ 4.174,40
3.09.10.04-8	ANEURISMAS ROTOS OU TROMBOSADOS DE ARTÉRIAS VISCERAIS.	R\$ 3.328,72
3.09.10.05-6	ANEURISMAS ROTOS OU TROMBOSADOS DE AXILAR, FEMORAL E POPLÍTEA.	R\$ 3.328,72
3.09.10.06-4	ANEURISMAS ROTOS OU TROMBOSADOS DE CARÓTIDA, SUBCLÁVIA, ILÍACA.	R\$ 3.328,72
3.09.10.07-2	ANEURISMAS ROTOS OU TROMBOSADOS DE TORÁDICOS OU TÓRACO-ABDOMINAIS.	R\$ 5.505,76
3.09.10.08-0	EMBOLECTOMIA OU TROMBO - EMBOLECTOMIA ARTERIAL.	R\$ 3.107,92
3.09.10.09-9	EXPLORAÇÃO VASCULAR EM TRAUMAS DE OUTROS SEGMENTOS - CIRURGIA VASCULAR DE URGÊNCIA.	R\$ 3.107,92

3.09.10.10-2	EXPLORAÇÃO VASCULAR EM TRAUMAS TORÁCICOS E ABDOMINAIS - CIRURGIA VASCULAR DE URGÊNCIA.	R\$ 4.011,83
3.09.10.11-0	LESÕES VASCULARES CERVICAIS E CÉRVICO TORÁCICAS - CIRURGIA VASCULAR DE URGÊNCIA.	R\$ 2.862,56
3.09.10.12-9	LESÕES VASCULARES DE MEMBRO INFERIOR OU SUPERIOR-UNILATERAL - CIRURGIA VASCULAR DE URGÊNCIA.	R\$ 1.859,04
3.09.10.13-7	LESÕES VASCULARES INTRA-ABDOMINAIS - CIRURGIA VASCULAR DE URGÊNCIA.	R\$ 2.635,20
3.0.91.014-5	LESÕES VASCULARES TRAUMÁTICAS INTRATORÁCICAS - CIRURGIA VASCULAR DE URGÊNCIA.	R\$ 2.962,00
4.08.12.03-0	ANGIOGRAFIA POR CATETERISMO NÃO SELETIVO DE GRANDE VASO.	R\$ 837,50
4.08.12.04-9	ANGIOGRAFIA POR CATETERISMO SELETIVO DE RAMO PRIMÁRIO - POR VASO.	R\$ 674,69
4.08.12.05-7	ANGIOGRAFIA POR CATETERISMO SUPERSELETIVO DE RAMO SECUNDÁRIO - POR VASO.	R\$ 734,50
4.08.12.09-0	FLEBOGRAFIA RETRÓGRADA POR CATETERISMO – UNILATERAL.	R\$ 837,90
4.08.13.07-0	ANGIOPLASTIA DE TRONCO SUPRA-AÓRTICO.	R\$ 1.943,40
4.08.13.10-0	ANGIOPLASTIA DE ARTÉRIA VISCERAL - POR VASO.	R\$ 1.943,40
4.08.13.17-7	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA.	R\$ 1.375,80
4.08.13.18-5	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA PARA TRATAMENTO DE OBSTRUÇÃO ARTERIAL.	R\$ 1.690,40
4.08.13.20-7	COLOCAÇÃO DE STENT EM TRONCO SUPRA-AÓRTICO.	R\$ 1.943,40
4.08.13.21-5	COLOCAÇÃO DE STENT AÓRTICO.	R\$ 1.943,40
4.08.13.24-0	COLOCAÇÃO DE FILTRO DE VCI PARA PREVENÇÃO DE TEP.	R\$ 1.126,40
4.08.13.25-8	COLOCAÇÃO DE STENT EM ARTÉRIA VISCERAL - POR VASO	R\$ 2.276,70
4.08.13.26-6	COLOCAÇÃO DE STENT PARA TTT DE OBSTRUÇÃO ARTERIAL OU VENOSA - POR VASO	R\$ 1.943,40
4.08.13.33-9	COLOCAÇÃO DE STENT RENAL	R\$ 2.272,08
4.08.13.57-6	EMBOLOGIAÇÃO DE FAV EM CABEÇA, PESCOÇO OU COLUNA - POR VASO	R\$ 2.272,08
4.08.13.59-2	EMBOLOGIAÇÃO DE ANEURISMA OU PSEUDOANEURISMA VISCERAL	R\$ 2.272,08

4.08.13.70-3	EMBOLIZAÇÃO DE ARTÉRIA RENAL PARA NEFRECTOMIA	R\$ 1.495,70
4.08.13.71-1	EMBOLIZAÇÃO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA NÃO ESPECIFICADA ACIMA - POR VASO	R\$ 1.571,60
4.08.13.72-0	EMBOLIZAÇÃO DE MALFORMAÇÃO VASCULAR - POR VASO	R\$ 1.375,80
4.08.13.73-8	EMBOLIZAÇÃO DE PSEUDOANEURISMA - POR VASO	R\$ 1.943,40
4.08.13.75-4	EMBOLIZAÇÃO DE VEIA ESPERMÁTICA PARA TRATAMENTO DE VARICOCELE	R\$ 1.495,70
4.08.13.77-0	EMBOLIZAÇÃO DEFINITIVA NÃO ESPECIFICADA ACIMA - POR VASO	R\$ 1.831,20
4.08.13.94-0	IMPLANTE DE ENDOPROTESE PARA ANEURISMA	R\$ 1.831,20
4.08.13.95-9	IMPLANTE DE ENDOPRÓTESE PARA DISSECÇÃO	R\$ 1.943,40
4.08.13.97-5	TRATAMENTO DE VASOESPASMO PÓS-TRAUMA	R\$ 1.943,40
4.08.13.99-1	TROMBECTOMIA MECÂNICA VENOSA	R\$ 2.276,70

15. PACOTES EM CIRURGIA ONCOLÓGICA, CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO, CIRURGIA GERAL, OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA (Somente Honorários Médicos)

PACOTE	VALOR
CONSULTA ELETIVA	R\$ 146,50
PROCEDIMENTOS	CBHPM 2014 +20%
VISITA HOSPITALAR ENF/APT	130,80/261,60

16. PACOTES EM CIRURGIA TORÁCICA (Somente Honorários Médicos)

PACOTES

CONSULTA EM CONSULTÓRIO	R\$ 120,00
VISITA (PACIENTE INTERNADO)	R\$ 200,00
PARECER MÉDICO HOSPITALAR	R\$ 200,00
HM	CBHPM 2018x2*
TABELA (CODIFICAÇÃO)	TUSS
TAXA DE VÍDEO	R\$ 1.800,00
TAXA DE BRONCOSCOPIA	R\$ 1.800,00

*INDEPENDENTE DA ACOMODAÇÃO

17. PACOTES OFTALMOLÓGICOS(Honorários Médicos, Materiais e Taxas)

CÓDIGOS	PACOTES OFTALMOLÓGICOS	VALOR
3.03.13.05-8	RECONSTITUIÇÃO DAS VIAS LACRIMAIS(HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 1.300,00
4.13.01.17-0	AVALIAÇÃO DE VIAS LACRIMAIS(HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 80,70
4.13.01.27-7	OFTALMO DINAMOMETRIA(HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 30,90
4.13.01.20-0	EXAME DE MOTILIDADE OCULAR(TESTE ORTÓPTICO) (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) BINOCULAR	R\$ 29,30
3.03.13.06-6	SONDAGEM DAS VIAS LACRIMAIS(HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 500,00
3.03.03.10-9	EXÉRESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 600,00
3.03.01.21-1	SIMBLÉFARO (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 1.000,00
3.03.01.08-4	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTRÓPIO OU ECTRÓPIO (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 1.650,00
3.03.01.14-9	RECONSTRUÇÃO PALPEBRAL (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 1.650,00
3.03.04.06-7 3.03.03.01-0	SUTURA DE Córnea + TRANSPLANTE DE CONJUNTIVA(HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 1.000,00
3.03.06.03-5	FACECTOMIA (CADA OLHO) COM IMPLANTE LIO (LENTE NACIONAL) EM OCS (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR SEM OPME	R\$ 1.815,00

3.03.06.02-7	FACECTOMIA (CADA OLHO) COM IMPLANTE LIO (LENTE NACIONAL) EM OCS HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 1.815,00
3.07.26.20-4	FACECTOMIA (CADA OLHO) SEM IMPLANTE LIO (LENTE NACIONAL) EM OCS (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 1.500,00
3.03.01.20-3	RETRAÇÃO PALPEBRAL (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 1.650,00
3.03.01.18-1	CORREÇÃO DE PTOSE PALPEBRAL SUPERIOR (NÃO ESTÉTICA) (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 1.640,00
3.03.01.18-1	CORREÇÃO DE PTOSE PALP INFERIOR (NÃO ESTÉTICA) (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 1.640,00
3.03.01.17-3	CORREÇÃO DE PTOSE PALPEBRAL SUPERIOR E INFERIOR. (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) BINOCULAR	R\$ 2.500,00
3.03.10.07-5 3.03.06.02-7	FACECTOMIA+TRABECULECTOMIA SEM LIO (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 2.000,00
3.07.12-0 3.12.04-3 3.07.08-2 3.06.02-7	VITRECTOMIA + RETINOPEXIA+ ENDOFOTOCOAGULAÇÃO + ÓLEO + FACO(HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 6.500,00
3.07.11-2 3.06.06-0	VITRECTOMIA ANT + IMPLANTE SECUNDÁRIA + FIXAÇÃO DE LIO (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 3.000,00
3.01.04-1	CALÁZIO (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 500,00
3.01.13-0	EPILAÇÃO COM DIÂMETRO COAGULAÇÃO (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 300,00
3.01.19-0	EXÉRESE TUMOR PALPEBRAL (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 600,00
3.03.01.27-0	XANTELASMA PALPEBRAL - RESSECÇÃO UNILATERAL(HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 600,00
3.03.03.0-6	PTERÍGIO SEM TRANSPLANTE (CADA OLHO) (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 650,00
3.03.03.06-0 3.03.04.05-9	PTERÍGIO COM RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL(HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 800,00
3.03.04.06-7	SUTURA DE CórNEA (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 600,00

3.03.04.08-3	IMPLANTE DE ANEL STROMAL (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 2.500,00
3.03.06.02-7	FACECTOMIA C/FACO SEM LIO (KIT + PONTEIRA VISCOELÁSTICO E HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 1.550,00
3.03.06.06-0	IMPLANTE SECUNDÁRIO HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 700,00
3.03.07.04-0	IMPLANTE SILICONE INTRAVITREO (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 1.000,00
3.03.07.05-8	INFUSÃO PERFLUORCARBONO (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 1.000,00
3.03.07.08-2	VITRECTOMIA COM RETIRADA SILICONE (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 1.000,00
3.03.07.11-2	VITRECTOMIA ANTERIOR C/KIT BÁSICO (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 1.500,00
3.03.07.12-0	VITRECTOMIA PARS PLANA C/KIT BÁSICO (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 3.000,00
3.03.07.12-0 3.03.07.05-8	VITRECTOMIA PARS PLANA C/KIT BÁSICO + INFUSÃO PERFLUORCARBONO (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 4.000,00
3.03.07.12-0 3.03.07.05-8 3.03.12.08-6	VITRECTOMIA PARS PLANA C/KIT BÁSICO + INFUSÃO PERFLUORCARBONO + RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 7.000,00
3.03.07.12-0 3.03.07.05-9	VITRECTOMIA PARS PLANA C/KIT BÁSICO + IMPLANTE DE SILICONE INTRA-VITREO (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 5.000,00
3.03.07.12-0 3.03.07.04-0 3.03.12.08-6	VITRECTOMIA PARS PLANA C/KIT BÁSICO + IMPLANTE DE SILICONE INTRA-VITREO + RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 7.000,00
3.03.07.14-7	TERAPIA ANTIANGIOGÊNICA COM APLICAÇÃO INTRAVÍTREA DE LUCENTIS (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 4.000,00
3.03.09.01-8	EVISCERAÇÃO COM IMPLANTE (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 2.500,00
3.03.09.01-8	ENUCLEAÇÃO OU EVISCERAÇÃO COM IMPLANTE DE POREX (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 3.800,00
3.03.10.03-2	CIRURGIA ANTIGLAUCOMATOSA (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 1.500,00

3.03.10.04-0	CIRURGIA FISTULANTES COM IMPLANTES VASCULARES(HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 5.600,00
4.01.03.25-0	ELETRO RETINOGRAFIA (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 91,65
4.01.03.63-3	POTENCIAL EVOCADO VISUAL (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) BINOCULAR	R\$ 216,92
3.03.10.06-7	FOTOTRABECULOPLASTIA (LASER) (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 1.000,00
3.03.11.04-7	ESTRABISMO(HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 1.200,00
3.03.11.03-9	ESTRABISMO CICLO VERTICAL (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 4.300,00
3.03.13.03-1	DACRIOCISTORRINOSTOMIA COM/OU S/ INTUBAÇÃO(HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 1.300,00
3.03.12.08-6	RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 2.000,00
3.03.12.08-6/3.03.07.12-0	RETINOPEXIA + VITRECTOMIA + ENDOFOTOCOAGULAÇÃO (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 6.000,00
3.03.02.10-2	RECONSTITUIÇÃO DE PAREDES ORBITAIS (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 1.800,00
3.03.03.06-4	FRATURA DE ÓRBITA(HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 1.650,00
3.15.01.01-0	TRANSPLANTE DE CÓRNEA (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 10.000,00
3.03.04.10-5	DELAMINAÇÃO CORNEANA COM FOTOABLAÇÃO ESTROMAL-LASIK (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 1.300,00
3.03.12.04-3	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 204,00
3.03.06.01-9	CAPSULOTOMIA (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 230,50
3.03.01.13-0	EPILAÇÃO DE CÍLIOS (CADA OLHO) CENTRO CIRÚRGICO (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 250,00
3.03.01.13-0	EPILAÇÃO DE CÍLIOS (CADA OLHO) CONSULTÓRIO(HONORÁRIOS MÉDICOS,MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 50,00

3.03.04.10-5	CIRURGIA REFRACTIVA (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 2.800,00
3.03.01.08-4	CIRURGIA DE ENTRÓPIO E DE ECTRÓPIO(HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 1.200,00
3.03.10.07-5	CIRURGIA GONIOTOMIA (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 2.000,00
3.03.05.03-9	REMOÇÃO DE HIFEMA(HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 1.000,00
3.03.05.02-0	RECONSTRUÇÃO DA CÂMARA ANTERIOR (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 2.000,00
3.03.08.02-0	ENXERTO DE ESCLERA(HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 1.800,00
4.15.01.14-4	TOMOGRAFIA - OCT (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 88,00
	TOMOGRAFIA OCT BINOCULAR (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS)	R\$ 176,00
4.13.01.31-5	RETINOGRAFIA MONOCULAR (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 20,00
4.13.01.31-5	RETINOGRAFIA BINOCULAR (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS)	R\$ 40,00
4.13.01.08-0	CERATOSCOPIA BINOCULAR (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS)	R\$ 128,00
4.15.01.12-8	PAQUIMETRIA(HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 40,00
4.15.01.12-8	PAQUIMETRIA BINOCULAR (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS)	R\$ 80,00
4.11.03.13-7	CAMPIMETRIA (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 40,00
4.01.03.02-1	ANÁLISE COMPUTADORIZADA DE PÁPILA E/OU DE FIBRAS NERVOSAS (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 173,00
4.01.03.03-0	ANÁLISE COMPUTADORIZADA DE SEGMENTO ANTERIOR (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 211,20
4.13.01.01-3	ANGIOFLUORESCENOGRAMA (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 64,00
4.13.01.36-6	VISÃO SUBNORMAL (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 131,00
4.13.01.26-9	MICROSCOPIA ESPECULAR(HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 64,80

4.13.01.32-3	TONOMETRIA BINOCULAR (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS)	R\$ 25,00
4.13.01.25-0	MAPEAMENTO DE RETINA(HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 40,00
4.13.01.30-7	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 32,90
4.14.01.27-1	TESTE DE SENSIBILIDADE DE CONTRASTE OU DE CORES (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 32,90
4.14.01.30-1	TESTE PROVOCATIVO PARA GLAUCOMA (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) BINOCULAR	R\$ 28,50
4.13.01.03-0	AVALIAÇÃO ORBITO PALPEBRAL - EXOFTALMANOMETRIA (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) BINOCULAR	R\$ 29,00
4.09.01.52-1	ULTRASSONOGRRAFIA BIOMICROSCÓPICA (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 211,20
4.09.01.53-0	ULTRASSONOGRRAFIA DIAGNÓSTICA (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 153,80
4.13.01.01-3	ANGIOFLUORESCENOGRRAFIA CONVENCIONAL (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 64,00
4.13.01.02-1	ANGIOGRAFIA COM INDOCIANINA VERDE (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 344,50
4.13.01.24-2	GONIOSCOPIA BINOCULAR (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS)	R\$ 20,00
4.15.01.01-2	BIOMETRIA(HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 65,00
3.03.05.04-7	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO CÂMARA ANTERIOR (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 320,00
3.03.07.07-4	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 28,00
4.13.01.08-0	CERASTOPIA COMP(HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 64,00
4.13.01.12-9	CURVA TENSIONAL-BINOCULAR (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS)	R\$ 25,00
4.13.01.15-3	ESTÉREO FOTO DE PÁPILA (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 91,00
4.13.01.47-1	TESTE DO OLHINHO – TESTE REFLEXO VERMELHO EM RECÉM-NASCIDO) (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 35,00

3.03.01.14-9	FISSURA PALPEBRAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 1.230,00
3.03.06.06-0	IMPLANTE SECUNDÁRIO/EXPLANTE/FIXAÇÃO ESCLERAL OU IRANA)(HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 700,00
2.01.01.19-8	TESTE E ADAPTAÇÃO DE LENTE DE CONTATO.	R\$ 28,00
3.03.01.10-6	DERMATOCALASE OU BLEFAROPTOSE (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 1.600,00
3.03.01.26-2	TRIQUEIASE C/ OU SEM ENXERTO (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 1.650,00
3.03.03.01-0	AUTOTRANSPLANTE DE CONJUNTIVA (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 600,00
3.03.07.03-7	ENDOLASER (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 230,50
4.09.01.01-7	US DE GLOBO OCULAR-BILATERAL	R\$ 54,00
PACOTE	IMPLANTE SECUNDÁRIO/EXPLANTE/FIXAÇÃO ESCLERAL OU IRANA)(HONORÁRIOS MÉDICOS,MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 700,00
PACOTE	TESTE E ADAPTAÇÃO DE LENTE DE CONTATO.	R\$ 28,00
PACOTE	DERMATOCALASE OU BLEFAROPTOSE(HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 1.600,00
PACOTE	TRIQUEIASE C/ OU SEM ENXERTO (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 1.650,00
PACOTE	AUTO TRANSPLANTE DE CONJUNTIVA (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS)MONOCULAR	R\$ 600,00
PACOTE	ENDOLASER (HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E TAXAS) MONOCULAR	R\$ 230,50
PACOTE	US DE GLOBO OCULAR-BILATERAL	R\$ 54,00
PACOTE	CROSS LINKING	R\$ 2.000,00

18. PACOTES NEUROCIRURGIA (HONORÁRIO MÉDICO)

CÓDIGOS	PACOTES NEUROCIRURGIA	VALOR
---------	-----------------------	-------

1.01.04.02-0	ATENDIMENTO MÉDICO DO INTENSIVISTA EM UTI GERAL OU PEDIÁTRICA (PLANTÃO DE 12 HORAS)	RS 240,64
2.01.03.14-0	BLOQUEIO FENÓLICO, ALCOÓLICO OU COM TOXINA BOTULÍNICA POR SEGMENTO CORPORAL	RS 286,39
2.02.01.08-7	TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO, HIPERTENSÃO INTRACRANIANA E HEMORRAGIA (POR DIA)	RS 268,90
2.02.02.06-7	MONITORIZAÇÃO DA PRESSÃO INTRACRANIANA (POR DIA)	RS 104,77
3.01.01.37-9	ESCALPO TOTAL	RS 1.130,32
3.02.09.05-6	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE DEPRESSÃO (AFUNDAMENTO) DA REGIÃO FRONTAL	RS 1.448,88
3.02.15.01-3	CRANIOPLASTIA	RS 1.412,20
3.02.15.02-1	CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA	RS 1.873,26
3.02.15.03	CRANIOTOMIA PARA TUMORES ÓSSEOS	RS 1.586,76
3.02.15.04-8	RECONSTRUÇÃO CRANIANA OU CRANIOFACIAL	RS 2.484,81
3.02.15.05-6	RETIRADA DE CRANIOPLASTIA	RS 1.113,55
3.02.15.07-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CRANIOSSINOSTOSE	RS 4.664,82
3.02.15.08-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO CRÂNIO	RS 1.718,89
3.02.15.09-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OSTEOMIELITE DE CRÂNIO	RS 1.413,69
3.03.02.02-1	DESCOMPRESSÃO DE ÓRBITA OU NERVO ÓTICO	RS 1.130,32
3.03.02.13-7	TUMOR DE ÓRBITA	RS 1.245,52
3.04.04.09-6	NEURECTOMIA VESTIBULAR PARA FOSSA MÉDIA OU POSTERIOR	RS 1.701,39
3.07.15.01-6	ARTRODESE DA COLUNA COM INSTRUMENTAÇÃO POR SEGMENTO	RS 2.149,67
3.07.15.02-4	ARTRODESE DE COLUNA VIA ANTERIOR OU PÓSTERO LATERAL	RS 2.149,67
3.07.15.06-7	CORDOTOMIA	RS 2.149,67
3.07.15.07-5	COSTELA CERVICAL	RS 1.257,01
3.07.15.08-3	DERIVAÇÃO LOMBAR EXTERNA	RS 681,83
3.07.15.09-1	DESCOMPRESSÃO MEDULAR E/OU CAUDA EQUINA	RS 1.873,26
3.07.15.11-3	ESPONDILOLISTESE	RS 1.999,32
3.07.15.16-4	FRATURAS OU FRATURA	RS 668,73
3.07.15.18-0	HÉRNIA DE DISCO TÓRACO	RS 1.672,87

3.07.15.19-9	LAMINECTOMIA OU LAMINOTOMIA	R\$ 1.873,26
3.07.15.25-3	PUNÇÃO LIQUÓRICA	R\$ 173,35
3.07.15.28-8	SUBSTITUIÇÃO DE CORPO VERTEBRAL	R\$ 2.149,67
3.07.15.29-6	TRAÇÃO CERVICAL TRANSESQUELÉTICA	R\$ 1.257,01
3.07.15.31-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LESÃO TRAUMÁTICA RAQUIMEDULAR	R\$ 2.697,97
3.07.15.32-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS MALFORMAÇÕES CRANIOVERTEBRAIS	R\$ 2.149,67
3.07.15.33-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO DISRAFISMO	R\$ 2.149,67
3.07.15.34-2	TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR (POR DIA)	R\$ 268,90
3.07.15.35-0	TRATAMENTO MICROCIRÚRGICO DAS LESÕES INTRAMEDULARES (TUMOR, MALFORMAÇÕES ARTERIOVENOSAS, SIRINGOMIELIA, PARASITÓSES)	R\$ 4.600,88
3.07.15.36-9	TRATAMENTO MICROCIRÚRGICO DO CANAL VERTEBRAL ESTREITO POR SEGMENTO	R\$ 11.039,93
3.07.15.38-5	TUMOR ÓSSEO VERTEBRAL	R\$ 2.149,67
3.07.15.39-3	HÉRNIA DE DISCO CERVICAL	R\$ 1.608,17
3.07.32.02-6	ENXERTO ÓSSEO	R\$ 916,79
3.07.32.12-3	TUMOR ÓSSEO (RESSECÇÃO SEGMENTAR)	R\$ 874,42
3.09.06.21-0	LIGADURA DE CARÓTIDA OU RAMOS	R\$ 916,79
3.09.06.43-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ISQUEMIA CEREBRAL	R\$ 2.794,40
3.14.01.01-5	BIÓPSIA ESTEREOTÁXICA DE ENCÉFALO	R\$ 1.999,32
3.14.01.03-1	CIRURGIA INTRACRANIANA POR VIA ENDOSCÓPICA	R\$ 2.221,79
3.14.01.04-0	CRANIOTOMIA PARA REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO	R\$ 2.520,12
3.14.01.05-8	DERIVAÇÃO VENTRICULAR EXTERNA	R\$ 707,21
3.14.01.06-6	DRENAGEM ESTEREOTÁXICA	R\$ 1.999,32
3.14.01.07-4	HIPOFISECTOMIA POR QUALQUER MÉTODO	R\$ 2.697,97
3.14.01.08-2	IMPLANTE DE CATETER INTRACRANIANO	R\$ 1.197,35
3.14.01.09-0	IMPLANTE DE ELETRODO CEREBRAL PROFUNDO	R\$ 1.197,35
3.14.01.10-4	IMPLANTE DE ELETRODOS CEREBRAL OU MEDULAR	R\$ 1.999,32
3.14.01.11-2	IMPLANTE ESTEREOTÁXICO DE CATETER PARA BRAQUITERAPIA	R\$ 1.999,32

3.14.01.12-0	IMPLANTE INTRATECAL DE BOMBAS PARA INFUSÃO DE FÁRMACOS	RS 1.497,17
3.14.01.13-9	LOCALIZAÇÃO ESTEREOTÁXICA DE CORPO ESTRANHO INTRACRANIANO COM REMOÇÃO	RS 1.999,33
3.14.01.14-7	LOCALIZAÇÃO ESTEREOTÁXICA DE LESÕES INTRACRANIANAS COM REMOÇÃO	RS 1783,33
3.14.01.15-5	MICROCIRURGIA PARA TUMORES INTRACRANIANOS	RS 5.066,07
3.14.01.16-3	MICROCIRURGIA POR VIA TRANSESFENOIDAL	RS 2.484,81
3.14.01.17-1	MICROCIRURGIA VASCULAR INTRACRANIANA	RS 5.032,75
3.14.01.19-8	PUNÇÃO SUBDURAL OU VENTRICULAR TRANSFONTANELA	RS 104,77
3.14.01.20-1	RESSECÇÃO DE MUOCOCELE FRONTAL	RS 1.413,69
3.14.01.22-8	REVISÃO DE SISTEMA DE NEUROESTIMULAÇÃO	RS 268,90
3.14.01.23-6	SISTEMA DE DERIVAÇÃO VENTRICULAR INTERNA COM VÁLVULAS OU REVISÕES	RS 2.149,67
3.14.01.24-4	TERCEIRO VENTRICULOSTOMIA	RS 11.039,93
3.14.01.25-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA EPILEPSIA	RS 2.520,12
3.14.01.26-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FÍSTULA LIQUÓRICA	RS 2.107,41
3.14.01.27-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA MENINGOENCEFALOCELE	RS 2.149,67
3.14.01.28-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES CEREBRAIS SEM MICROSCOPIA	RS 2.159,25
3.14.01.29-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ABSCESSO ENCEFÁLICO	RS 2.529,70
3.14.01.30-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HEMATOMA INTRACRANIANO	RS 1.005,69
3.14.01.33-3	TRATAMENTO PRÉ-NATAL DAS HIDROCEFALIAS E CISTOS CEREBRAIS	RS 1.593,59
3.14.02.02-0	LESÃO DE SUBSTÂNCIA GELATINOSA MEDULAR (DREZ) POR RADIOFREQUÊNCIA	RS 2.159,25
3.14.02.03-8	TAMPÃO SANGUÍNEO PERIDURAL PARA TRATAMENTO DE CEFALÉIA APÓS PUNÇÃO (NÃO INDICADA NA PROFILAXIA DA CEFALÉIA)	RS 242,96
3.14.03.01-8	BIÓPSIA DE NERVO	RS 332,57
3.14.03.02-6	BLOQUEIO DE NERVO PERIFÉRICO	RS 285,60
3.14.03.03-4	DENERVAÇÃO PERCUTÂNEA DE FACETA ARTICULAR	RS 1.678,10
3.14.03.04-2	ENXERTO DE NERVO	RS 1.419,75
3.14.03.05-0	ENXERTO DE NERVO INTERFASCICULAR, PEDICULADO (1º ESTÁGIO)	RS 2.233,04

3.14.03.06-9	ENXERTO DE NERVO INTERFASCICULAR, PEDICULADO (2º ESTÁGIO)	R\$ 2.233,04
3.14.03.07-7	ENXERTO INTERFASCICULAR DE NERVO VASCULARIZADO	R\$ 4.186,24
3.14.03.08-5	ENXERTO INTERFASCICULAR	R\$ 1.043,66
3.14.03.09-3	ENXERTO PARA REPARO DE 2 OU MAIS NERVOS	R\$ 1.867,63
3.14.03.10-7	EXCISÃO DE TUMORES DE NERVOS PERIFÉRICOS COM ENXERTO INTERFASCICULAR	R\$ 1.538,00
3.14.03.11-5	EXCISÃO DE TUMORES DOS NERVOS PERIFÉRICOS	R\$ 1.118,94
3.14.03.12-3	EXPLORAÇÃO CIRÚRGICA DE NERVO (NEURÓLISE EXTERNA)	R\$ 587,49
3.14.03.13-1	EXTIRPAÇÃO DE NEUROMA	R\$ 396,23
3.14.03.14-0	IMPLANTE DE GERADOR PARA NEUROESTIMULAÇÃO	R\$ 1.203,13
3.14.03.16-6	LESÃO ESTEREOTÁXICA DE ESTRUTURAS PROFUNDAS PARA TRATAMENTO DA DOR OU MOVIMENTO ANORMAL	R\$ 1.928,53
3.14.03.17-4	MICROCIRURGIA DO PLEXO BRAQUIAL COM A EXPLORAÇÃO, NEURÓLISE E ENXERTOS INTERFASCICULARES PARA REPARO DAS LESÕES	R\$ 4.248,01
3.14.03.18-2	MICROCIRURGIA DO PLEXO BRAQUIAL COM EXPLORAÇÃO E NEURÓLISE	R\$ 3.893,20
3.14.03.20-4	MICRONEURÓLISE INTRANEURAL OU INTRAFASCICULAR DE UM NERVO	R\$ 1.118,94
3.14.03.21-2	MICRONEURÓLISE INTRANEURAL OU INTRAFASCICULAR DE DOIS OU MAIS NERVOS	R\$ 1.263,07
3.14.03.22-0	MICRONEURÓLISE MÚLTIPLAS	R\$ 1.263,07
3.14.03.23-9	MICRONEURÓLISE ÚNICA	R\$ 684,98
3.14.03.25-5	MICRONEURORRAFIA DE DEDOS DA MÃO	R\$ 1.419,75
3.14.03.26-3	MICRONEURORRAFIA MÚLTIPLA (PLEXO NERVOSO)	R\$ 4.600,21
3.14.03.27-1	MICRONEURORRAFIA ÚNICA	R\$ 1.203,13
3.14.03.30-1	REPOSIÇÃO DE FÁRMACO(S) EM BOMBAS IMPLANTADAS	R\$ 39,99
3.14.03.31-0	RESSECÇÃO DE NEUROMA	R\$ 445,59
3.14.03.32-8	REVISÃO DE SISTEMA IMPLANTADOS PARA INFUSÃO DE FÁRMACOS	R\$ 552,06
3.14.03.33-6	RIZOTOMIA PERCUTÂNEA POR SEGMENTO	R\$ 1.785,46
3.14.03.34-4	SIMPATECTOMIA	R\$ 1.726,36
3.14.03.35-2	TRANSPOSIÇÃO DE NERVO	R\$ 1.792,13

3.14.03.36-0	TRATAMENTO MICROCIRÚRGICO DAS NEUROPATIAS COMPRESSIVAS (TUMORAL, INFLAMATÓRIA, ETC)	R\$ 1.419,75
3.14.03.37-9	SIMPATECTOMIA POR VIDEOTORACOSCOPIA	R\$ 1.928,53
3.14.03.38-7	NEUROTOMIA	R\$ 2.085,79
3.14.04.01-4	DESCOMPRESSÃO VASCULAR DE NERVOS CRANIANOS	R\$ 2.496,24
3.14.04.02-2	NEUROTOMIA SELETIVA DO TRIGÊMIO	R\$ 2.008,15
3.14.05.01-0	BLOQUEIO DO SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO	R\$ 684,98
3.14.05.02-9	LESÃO DO SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO	R\$ 332,57
3.14.05.03-7	TRATAMENTO DA SÍNDROME DO DESFILADEIRO CÉRVICO	R\$ 1.726,36
4.01.03.27-7	ELETROCORTICOGRAFIA INTRA-OPERATÓRIA	R\$ 165,98
4.03.09.16-9	PUNÇÃO LOMBAR COM MANOMETRIA PARA COLETA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUEANO	R\$ 102,64
	ANGIOGRAFIA POR CATETERISMO SELETIVO DE RAMO PRIMÁRIO	R\$ 357,58
4.08.13.56-8	COLUNA VERTEBRAL: INFILTRAÇÃO FORAMINAL OU FACETÁRIA OU ARTICULAR	R\$ 384,95
4.08.14.09-2	OSTEOPLASTIA OU DISCECTOMIA PERCUTÂNEA (VERTEBROPLASTIA E OUTRAS)	R\$ 982,05
2.01.04.38-3	PULSOTERAPIA INTRAVENOSA (POR SESSÃO)	R\$ 357,58
2.02.02.04-0	MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA	R\$ 817,80
4.08.09.10-2	DRENAGEM PERCUTÂNEA ORIENTADA POR RX (ACRESCENTAR O EXAME DE BASE)	R\$ 384,95
4.08.09.15-3	PUNÇÃO BIÓPSIA/ASPIRATIVA DE ÓRGÃO OU ESTRUTURA ORIENTADA POR RX (NÃO INCLUI O EXAME DE BASE)	R\$ 165,98
4.08.09.16-1	PUNÇÃO BIÓPSIA/ASPIRATIVA DE ÓRGÃO OU ESTRUTURA ORIENTADA POR US (NÃO INCLUI O EXAME DE BASE)	R\$ 165,98
4.08.09.17-0	PUNÇÃO BIÓPSIA/ASPIRATIVA DE ÓRGÃO OU ESTRUTURA ORIENTADA POR TC (NÃO INCLUI O EXAME DE BASE)	R\$ 165,98
4.08.09.18-8	PUNÇÃO BIÓPSIA/ASPIRATIVA DE ÓRGÃO OU ESTRUTURA ORIENTADA POR RM (NÃO INCLUI O EXAME DE BASE)	R\$ 165,98
4.08.10.01-1	MILOGRAFIA SEGMENTAR (POR SEGMENTO)	R\$ 165,98
4.08.14.08-4	OSTEOPLASTIA OU DISCECTOMIA PERCUTÂNEA (VERTEBROPLASTIA E OUTRAS)	R\$ 982,05
4.08.14.15-7	MANIPULAÇÃO DE DRENOS PÓS	R\$212,09

19. PACOTES CIRURGIA PEDIÁTRICA (HONORÁRIOS MÉDICOS)

HONORÁRIOS MÉDICOS	CBHPM 2018 X 2
UCO	R\$ 20,47
CONSULTA ELETIVA	R\$ 240,00
PARECER DO ESPECIALISTA	R\$ 300,00
VISITA HOSPITALAR	R\$ 240,00
TAXA DE VÍDEO	R\$ 1.070,00

*INDEPENDENTE DA ACOMODAÇÃO

20. PACOTES EM RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA, ANGIORADIOLOGIA E NEURORADIOLOGIA INTERVENCIONISTA (HONORÁRIOS MÉDICOS):

Para os valores de procedimentos em Radiologia intervencionista, angiorradiologia e neuroradiologia intervencionista serão adotados os valores constantes nas tabelas desse anexo “N” onde o procedimento se encontra empacotado. Para os procedimentos que não se encontram valorados neste anexo “N”, será adotado a Tabela CBHPM 2018, UCO de R\$ 20,47 e para as diretrizes dos procedimentos o Manual de Diretrizes de Codificação dos Procedimentos em Neurocirurgia da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia. As regras que regem a Radiointervenção seguirão a versão 2021.1 da Normatização de Procedimentos em Radiologia Intervencionista da Sociedade Brasileira de Radiologia Intervencionista e Cirurgia Vascular (SOBRICE).

21. PACOTES ASSISTÊNCIA EM PRONTO-SOCORRO

21.1 PRONTO SOCORRO - PEDIÁTRICO/ADULTO/GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA R\$ 336,09

CÓDIGO:10101039

COMPOSIÇÃO DO PACOTE- INCLUSÃO

- Consulta Médica inclusive em horário especial (1.01.01.039);
- Observação até 6 horas;
- Todas as Taxas;
- Serviços de enfermagem e equipamentos;
- Todos os Materiais com custo unitário igual ou inferior a R\$200,00 (Duzentos Reais);

- Todos os Medicamentos com custo unitário/dose igual ou inferior a R\$200,00 (Duzentos Reais);
- Gasoterapia/Nebulizações.
- **EXAMES LABORATORIAIS:** até R\$ 100,00 (Cem reais)
- **EXAMES DE IMAGEM:** Exames radiológicos por imagem (todos os Raio X);
- Todas as Ultrassonografias;
- Eletrocardiograma (4.01.01.010);
- Curativos Simples (exceto curativos especiais e de queimados);
- Rouparia e todos os descartáveis para assepsia e anti-sepsia;
- Todos os Equipamentos de Proteção Individual; e
- Parecer médico das especialidades Clínica Médica, Ortopedia e Cardiologia
- quando o profissional estiver de plantão no Pronto-Socorro.
- DIREITO AO RETORNO EM ATÉ 48 HORAS
- TAXA DE SALA DE GESSO
- TAXA DE SALA DE IMOBILIZAÇÃO NÃO GESSADA

EXCLUSÕES

Medicamentos e Materiais descartáveis de Alto custo (Acima de R\$200,00- Duzentos Reais).

Honorários médicos de procedimentos;

Parecer médico das demais especialidades e/ou quando o profissional não estiver de plantão no Pronto-Socorro;

Exames laboratoriais não descritos no quadro acima;

Materiais e medicamentos com valores unitários iguais ou superiores a R\$200,00 (Duzentos Reais) serão cobrados mediante justificativa/prescrição/registro no boletim de atendimento (médica/ enfermagem) da utilização;

Exames especializados de imagem: Tomografia Computadorizada; Ressonância Magnética; Ecocardiograma, Endoscopia, Broncoscopia (inclusive mat/med diretamente relacionado ao procedimento), etc;

Dietas e suplementos de qualquer natureza e alimentação do acompanhante;

Marca-passo temporário;

- Hemodinâmica.

CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

- Atendimentos em Pronto Socorro adulto e pediátrico;
 - Não será cobrado novo pacote caso o paciente retorne ao atendimento no mesmo dia/mesmo plantão médico e mesma sintomatologia.
- NÃO PODERÁ COBRAR HONORÁRIO MÉDICO/ PARECER MÉDICO DAS ESPECIALIDADES QUE ESTÃO NO PLANTÃO DO PRONTO – SOCORRO.**

21.2 PRONTO SOCORRO – PSQUIATRIA R\$ 201,43
CÓDIGO:10101039
COMPOSIÇÃO DO PACOTE
ATENDIMENTOS MÉDICOS DE URGÊNCIA: INCLUSO MATERIAL, MEDICAMENTO HONORÁRIO MÉDICO HONORÁRIO DA EQUIPE DE MULTIDISCIPLINAR, TAXAS, E SERVIÇOS INCLUSOS.

22. PACOTES CIRÚRGICOS

22.1 PACOTES CIRÚRGICOS OTORRINOLARINGOLOGIA				
Nº	CÓDIGO	NOME	VALOR	
			APT	ENF
1	3.02.05.06-9	AMIGDALECTOMIA BILATERAL Incluso: Diária: 01 Day Clinic, taxa de sala/ porte de sala, taxas diversas, taxas de utilização de equipamentos especiais, gases medicinais, medicamentos, materiais, OPME e exames laboratoriais até R\$100,00 (Cem reais).	R\$ 4.345,14	

		Excluso: Diárias excedentes, honorário médico e reoperações.		
--	--	---	--	--

22.2 PACOTES CIRÚRGICOS CIRURGIA GERAL				
2	3.10.03.58-3	APENDICECTOMIA COM VÍDEO COM TESOURA ULTRACISION Incluso: Diária: 01 Apt/Enf, taxa de sala/ porte de sala, taxas diversas, taxas de utilização de equipamentos especiais, gases medicinais, medicamentos, materiais, OPME (01 Tesoura de Ultracision) e exames laboratoriais até R\$ 100,00 (Cem reais). Excluso: Diárias excedentes, honorário Médico e reoperações.	APT R\$ 15.321,55	ENF R\$ 14.044,99
3	4.02.01.08-2	COLONOSCOPIA Incluso: 01 Day Clinic de Apt/Enf (Oficial Apartamento e Graduado Enfermaria) taxa de sala/ porte de sala, taxas diversas, taxas de utilização de equipamentos especiais, gases medicinais, medicamentos, materiais, OPME e exames laboratoriais até R\$ 100,00(Cem reais). Excluso: Diárias excedentes, honorário médico e reoperações.	R\$ 1.762,050	
4	4.02.01.12-0	ENDOSCOPIA DIGESTIVA Incluso: 01 Day Clinic de Apartamento/Enfermaria (Oficial Apartamento e Graduado Enfermaria) taxa de sala/ porte de sala, taxas diversas, taxas de utilização de equipamentos especiais, gases, medicinais, medicamentos, materiais, OPME e exames laboratoriais até R\$ 100,00(Cem reais). Excluso: Diárias excedentes, honorário médico e reoperações.	R\$ 1.509,07	
5	4.02.01.05-8	BRONCOSCOPIA Incluso: 01 Day Clinic de Apartamento/Enfermaria (Oficial Apartamento e Graduado Enfermaria) taxa de sala/ porte de sala, taxas diversas, taxas de utilização de equipamentos especiais, gases medicinais, medicamentos, materiais, OPME e exames laboratoriais até R\$ 100,00(Cem reais). Excluso: Diárias excedentes, honorário médico e	R\$ 1.558,81	

		reoperações.		
--	--	--------------	--	--

22.3 PACOTES CIRÚRGICOS GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA				
6	3.10.04.30-0	COLPOPERINEOPLASTIA Incluso: Diária: 02 Apt/Enf, taxa de sala/ porte de sala, taxas diversas, taxas de utilização de equipamentos especiais, gases medicinais, medicamentos, materiais, OPME e exames laboratoriais até R\$ 100,00(Cem reais). Excluso: Diárias excedentes, honorário médico e reoperações.	APT R\$ 5.246,00	ENF R\$ 3.996,85
7	3.13.05.01-6	OOFORRECTOMIA Incluso: Diária: 01 Apt/Enf, taxa de sala/ porte de sala, taxas diversas, taxas de utilização de equipamentos especiais, gases medicinais, medicamentos, materiais, OPME e exames laboratoriais até R\$ 100,00(Cem reais). Excluso: Diárias excedentes, honorário médico e reoperações.	APT R\$ 6.539,22	ENF R\$ 6.212,46
8	3.13.09.05-4	PARTO CESÁRIO Incluso: Diária: 02 Apt/Enf, taxa de sala/ porte de sala, taxas diversas, taxas de utilização de equipamentos especiais, gases medicinais, medicamentos, materiais, OPME e exames laboratoriais até R\$ 100,00(Cem reais). Excluso: Diárias excedentes, honorário médico e reoperações.	APT R\$ 6.503,00	ENF R\$ 6.488,28
9	3.13.09.03-8	PARTO NORMAL Incluso: Diária: 02 Apt/Enf, taxa de sala/ porte de sala, taxas diversas, taxas de utilização de equipamentos especiais, gases medicinais, medicamentos, materiais, OPME e exames laboratoriais até R\$ 100,00 (Cem reais). Excluso: Diárias excedentes, honorário médico e reoperações.	R\$ 6.248,04	R\$ 6.136,954
10	3.13.03.14-5	MIOMECTOMIA Incluso: Diária: 01 Apt/Enf, taxa de sala/ porte de sala, taxas diversas, taxas de utilização de equipamentos especiais, gases medicinais, medicamentos, materiais , OPME e exames laboratoriais até R\$100,00(Cem reais). Excluso: Diárias excedentes, honorário médico e reoperações.	APT R\$ 8.063,96	ENF R\$ 7.434,59

11	3.13.04.04-4	SALPINGECTOMIA Incluso: Diária: 01 Apt/Enf, taxa de sala/ porte de sala, taxas diversas, taxas de utilização de equipamentos especiais, gases medicinais, medicamentos, materiais e OPME e exames laboratoriais até R\$ 100,00 (Cem reais). Excluso: Diárias excedentes, honorário médico e reoperações.	APT R\$ 6.442,31	ENF R\$ 5.723,19
12	4.02.01.15-5	HISTEROSCOPIA Incluso: Diária: 01 Apt/Enf, taxa de sala/ porte de sala, taxas diversas, taxas de utilização de equipamentos especiais, gases medicinais, medicamentos, materiais, OPME (01 Alça de Ressecção e 01 Conjunto de Tubos) e exames laboratoriais até R\$ 100,00 (Cem reais) Excluso: Diárias excedentes, honorário médico e reoperações,	R\$ 4.249,20	R\$ 3.848,45

22.4 PACOTES CIRÚRGICOS MASTOLOGIA

13	3.06.02.09-2	NÓDULO DE MAMA Incluso: Diária: 01 Day Clinic, taxa de sala/ porte de sala, taxas diversas, taxas de utilização de equipamentos especiais, gases medicinais, medicamentos, materiais, OPME e exames laboratoriais até R\$ 100,00(Cem reais). Excluso: Diárias excedentes, honorário Médico e reoperações.	R\$ 2.359,24
----	--------------	--	---------------------

22.5 PACOTES CIRÚRGICOS UROLOGIA

14	3.12.06.22-0	POSTECTOMIA Incluso: Diária: 01 Day Clinic, taxa de sala/ porte de sala, taxas de gases medicinais, medicamentos, materiais, OPME e exames laboratoriais até R\$100,00 (Cem reais). Excluso: Diárias excedentes, honorário Médico e reoperações.	R\$ 2.585,48
15	3.11.02.07-7 3.11.02.05-0	COLOCAÇÃO DUPLO J Incluso: 01 Day Clinic de Apartamento /Enfermaria (Oficial apartamento e Graduado Enfermaria) taxa de sala/ porte de sala, taxa de gases medicinais, medicamentos, materiais, OPME (1 Duplo J) e exames laboratoriais até R\$ 100,00 (Cem reais). Excluso: Diárias excedentes, honorário médico e reoperações.	Day Clinic R\$ 4.749,75

16	3.11.03.47-2/ 3.11.03.23-5	RETIRADA DO DUPLO J Incluso: 01 Day Clinic de Apartamento/Enfermaria (Oficial Apartamento e Graduado Enfermaria) taxa de sala/ porte de sala, taxas gases medicinais, medicamentos, materiais, OPME e exames laboratoriais até R\$ 100,00 (Cem reais). Excluso: Diárias excedentes, honorário médico e reoperações.	Day Clinic R\$ 2.466,77	
22.6 PACOTES CIRÚRGICOS CARDIOLOGIA				
17	3.09.12.01-6/ 3.09.11.15-0/ 3.09.13.01-2/ 3.09.11.04-4/	ABLAÇÃO DE CIRCUITO ARRITMOGÊNICO POR CATETER DE RADIOFREQUÊNCIA, MAPEAMENTO, IMPLANTE DE CATETER E CAT CARDÍACO APARTAMENTO Incluso: 1 Diária Apartamento/Enfermaria; 1 Diária UTI Adulto; custos referentes a Taxas de sala; Gasoterapia; Medicamentos; Materiais de uso comum; taxas de utilização de equipamentos especiais, OPME: 1 Introdutor 8F; 1 Cateter decapolar; 1 Conector cateter decapolar; 1 Cateter quadripolar; 1 Conector cateter quadripolar ; 1 Cabo conector para cateter de ablação; 1 Cateter de ablação; 1 Conector cateter de ablação; 1 Cateter Termo Cool D17TCDRLT; 1 Bainha Longa SL 1 ou preface; 1 Agulha de transeptal; 1 Introdutor Transseptal BRK 71cm e exames laboratoriais até R\$ 100,00(Cem reais). Excluso: Diárias excedentes, honorário médico e reoperações.	APT R\$ 44.462,70	ENF R\$ 44.307,58



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA

CONTROLE DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS DO DOCUMENTO

Documento:	Parte 5 - 1ª Atualização EDITAL 2024
Data/Hora de Criação:	13/09/2024 15:45:28
Páginas do Documento:	66
Páginas Totais (Doc. + Ass.)	67
Hash MD5:	a638011b026320fc6cefabff44ed939b
Verificação de Autenticidade:	https://autenticidade-documento.sti.fab.mil.br/assinatura

Este documento foi assinado e conferido eletronicamente com fundamento no artigo 6º, do Decreto nº 8.539 de 08/10/2015 da Presidência da República pelos assinantes abaixo:

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Major JULIANA GARCIA GOMES NETO DANTAS no dia 13/09/2024 às 12:54:40 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Segundo Sargento BRUNO RIBEIRO DA SILVA no dia 04/11/2024 às 14:44:44 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Cap NELSON RUBENS COUTINHO FILHO no dia 12/11/2024 às 12:37:10 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Cel FRANCISCO IRAN DE VASCONCELOS MURAYAMA no dia 12/11/2024 às 18:11:21 no horário oficial de Brasília.

CONTROLE DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS DO DOCUMENTO

18	30912040/ 30912105/	<p>ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA COM UM STENT CONVENCIONAL</p> <p>Incluso: Diária: 01 Apt/Enf, 1 Diária UTI Adulto, taxa de sala/ porte de sala, taxas diversas, taxas de utilização de equipamentos especiais, gases medicinais, medicamentos, materiais e OPME:1,4 Stent Convencional; 2 Balão NC; 2 Cateter Balão Coronário Mini Trek 1,2 x 12 145 ; 1,2 Cateter Guia Model-6F Runway Fr5; 2 Fio Guia 0,014; 1 Fio Guia Hidrofilico 0,035 RFAP 35263M; 1 Fio Guia Starter Box 10 Fixed Core J JFC PTFE 035 x 150 x 3 x 10 x 10; 1 Introdutor Radial 5F 25cm; 1 Pulseira P/ Compressão da Artéria Radial ; 2 Kit Insuflador Advantage Encore 26; 1 Nova-trans Dome e exames laboratoriais até R\$ 100,00 (Cem reais).</p> <p>Excluso: Diárias excedentes, honorário Médico e reoperações.</p>	<p>APT R\$ 13.389,83</p>	<p>ENF R\$ 13.006,60</p>
19	30912040/ 30912105/	<p>ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA COM UM STENT FARMACOLÓGICO</p> <p>Incluso: Diária: 01 Apt/Enf, 1 Diária UTI Adulto, taxa de sala/ porte de sala, taxas diversas, taxas de utilização de equipamentos especiais, gases medicinais, medicamentos, materiais, OPME: 1,4 Stent Farmacológico; 2 Balão NC; 2 Cateter Balão Coronário Mini Trek 1,2 x 12 145 ; 1,2 Cateter Guia Model-6F Runway Fr5; 2 Fio Guia 0,014; 1 Fio Guia Hidrofilico 0,035 RFAP 35263M; 1 Fio Guia Starter Box 10 Fixed Core J JFC PTFE 035 x 150 x 3 x 10 x 10; 1 Introdutor Radial 5F 25cm; 1 Pulseira P/ Compressão da Artéria Radial ; 2 Kit Insuflador Advantage Encore 26; 1 Nova-trans Dome e exames laboratoriais até R\$ 100,00 (Cem reais).</p> <p>Excluso: Diárias excedentes, honorário médico e reoperações.</p>	<p>APT R\$ 20.305,14</p>	<p>ENF R\$ 20.153,24</p>

20	3.09.11.04-4	<p>CATETERISMO CARDÍACO DIREITO ESQUERDO CORONARIOGRAFIA Incluso: 01 Day Clinic de Apartamento/Enfermaria (Oficial Apartamento e Graduado Enfermaria) taxa de sala/ porte de sala, taxas diversas, taxas de utilização de equipamentos especiais, gases medicinais, medicamentos, materiais, OPME: 1 Fio Guia 0,035; 1 Pulseira P/ Compressão da Artéria Radial ; 1 Introdutor Radial Hidrofilico ; 1 Cateter Diagnóstico JL; 1 Cateter Diagnóstico JR; 1 Cateter Diagnóstico TIG; 1 Cateter Diagnóstico PIG; 1 Manifold; 1 Nova-trans Dome e exames laboratoriais até R\$ 100,00 (Cem reais). Excluso: Diárias excedentes, honorário médico e reoperações.</p>	Day Clinic R\$ 2.641,14	
21	3.09.05.03-6 3.09.13.09-8 3.09.06.16-4 3.09.03.02-5 3.09.05.06-0	<p>REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO C/ CEC, PAM, PERFUSIONISTA E DISSECCÇÃO DE VEIA COM COLOCAÇÃO DE ACESSO VENOSO. Incluso: Diária: 01 Apt/Enf, 1 Diária UTI Adulto, taxa de sala/ porte de sala, taxas diversas, taxas de utilização de equipamentos especiais, gases medicinais, medicamentos, materiais, OPME: Conj. Oxigenador de Membranas, Kit Cânulas P/ Cec, Reservatório De Cardiostomia Introdutor P/ Cateter, Reservatório P/ Cardioplegia, Filtro De Sangue, Filtro Cardioplegia, Hemoconcentrador P/ Cec, Conj. P/ Autotransusão, Sistema Drenagem Mediastinal, Conj. Circulação Assistida, Kit Catéter Duplo Lumem, Transdutor De Pressão, Conjunto De Tubos, Kit Para Cardioplegia Sangue Baixo Volume, Kit Cirurgico Para Cirurgia Cardíaca, posocionador de coração, estabilizador de tecido, CELL shaver, biopump e swan-ganz, exames laboratoriais até R\$ 100,00 (Cem reais) e demais materiais necessários para a cirurgia exceto intercorrências. Excluso: Diárias excedentes, honorário médico e reoperações.</p>	APT R\$ 42.701,16	ENF R\$ 41.698,43

22	3.09.02.05-3 3.09.05.06-0 3.09.05.03-6	TROCA VALVAR C/ PERFUSIONISTA E CEC Incluso: Diária: 01 Apt/Enf, 1 Diária UTI Adulto , taxa de sala/ porte de sala, taxas diversas, taxas de utilização de equipamentos especiais, gases medicinais, medicamentos, materiais, OPME: Conj. Oxigenador De Membranas, Kit Cânulas P/ Cec, Reservatório De Cardiotomia, Introdutor P/ Cateter, Reservatório P/ Cardioplegia, Filtro De Sangue, Filtro Cardioplegia, Hemoconcentrador P/ Cec, Conj. P/ Autotransusão, Sistema Drenagem Mediastinal, Conj. Circulação Assistida, Kit Catéter Duplo Lumem, Transdutor De Pressão, Conjunto De Tubos e exames laboratoriais até R\$ 100,00 (Cem reais). Excluso: Diárias excedentes, honorário médico e reoperações.	APT R\$ 45.461,67	ENF R\$ 45.266,99
23	3.09.11.11-7	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO Incluso: Diária: 01 Apt/Enf, 1 Diária UTI Adulto, taxa de sala/ porte de sala, taxas diversas, taxas de utilização de equipamentos especiais, gases medicinais, medicamentos, materiais, OPME, exames laboratoriais até R\$ 100,00 (Cem reais) e demais materiais necessários para a cirurgia exceto intercorrências. Excluso: Diárias excedentes, honorário médico e reoperações.	APT R\$ 28.737,32	ENF R\$ 28.592,69

23. PACOTE DE DIÁRIA GLOBAL

23.1. PACOTE - DIÁRIA GLOBAL EM APARTAMENTO, ENFERMARIA, UTI E DAY CLINIC: ADULTO/ OBSTÉTRICA

COMPOSIÇÃO

DIÁRIA GLOBAL EM APARTAMENTO ADULTO - R\$ 1.790,43	
CÓDIGO: 10102019	
INCLUSÕES	EXCLUSÕES
Diárias Hospitalares e Taxas; Acompanhamento: Com Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição/Nutrólogo; Gasoterapia; Materiais Hospitalares: Materiais hospitalares até o valor de 300,00(Trezentos reais) conforme Anexo“M”; Medicamentos: Medicamentos até o valor de 300,00(Trezentos reais) conforme Tabela da CMED; Curativos: Todos os tamanhos e tipos até o valor de 300,00(Trezentos reais) conforme Anexo “M”; Suplementos; Exames laboratoriais e componentes hemoterápicos: até R\$ 100,00(Cem reais); Exame de Imagem simples e complexo: RX, ECG, USG, Ecodoppler e Tomografia	Parecer Médico, acompanhamento do médico ao paciente; Exames de Alta Complexidade; Dieta: Enteral e Parenteral; Materiais Especiais de Alto Custo Dose/Unidade (Acima De R\$301,00- Trezentos e um reais) Anexo “M”; Medicamentos de Alto Custo Dose/Unidade (Acima de R\$301,00- Trezentos e um reais) Tabela CMED.

DIÁRIA GLOBAL EM ENFERMARIA ADULTO - R\$ 1.642,82	
CÓDIGO: 10102019	
INCLUSÕES	EXCLUSÕES
<p>Diárias Hospitalares e Taxas;</p> <p>Acompanhamento: Com Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição/Nutrólogo.</p> <p>Gasoterapia;</p> <p>Materiais Hospitalares: Materiais hospitalares até o valor de 300,00(Trezentos reais) conforme Anexo M”;</p> <p>Medicamentos: Medicamentos até o valor de 300,00(Trezentos reais) conforme Tabela da CMED;</p> <p>Curativos: Todos os tamanhos e tipos até o valor de 300,00(Trezentos reais) conforme Anexo “M”;</p> <p>Suplementos;</p> <p>Exames laboratoriais e componentes hemoterápicos: até R\$ 100,00(Cem reais);</p> <p>Exame de Imagem simples e complexos: RX, ECG, USG, Ecodoppler e Tomografia.</p>	<p>Parecer Médico, acompanhamento do médico ao paciente;</p> <p>Exames de Alta complexidade;</p> <p>Dieta: Enteral e Parenteral.</p> <p>Materiais Especiais de Alto Custo Dose/Unidade (Acima De R\$301,00- Trezentos e um reais) Anexo “M”.</p> <p>Medicamentos de Alto Custo Dose/Unidade (Acima de R\$301,00- Trezentos e um reais) CMED.</p>
DIÁRIA GLOBAL DE UTI ADULTO R\$ 5.252,34	
CÓDIGO: 10104011	
INCLUSÕES	EXCLUSÕES
<p>Diárias Hospitalares e Taxas;</p> <p>Acompanhamento: com Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição/Nutrólogo;</p> <p>Materiais Hospitalares: Sonda nasoenteral, sonda nasogástrica, traqueostomia, sonda vesical, de demora, bolsa coletora, conjunto de acesso venoso central duplo lúmen,</p>	<p>Parecer Médico;</p> <p>Exames de alta complexidade;</p> <p>Dieta: Parenteral;</p> <p>Materiais Especiais de Alto Custo Dose/Unidade (Acima De R\$301,00- Trezentos e um reais) Anexo “M”;</p>

<p>triplo lúmen e materiais hospitalares até o valor de 300,00(Trezentos reais) conforme Anexo “M”;</p> <p>Medicamentos: Medicamentos até o valor de 300,00(Trezentos reais) conforme Tabela da CMED;</p> <p>Curativos: Todos os tamanhos e tipos até o valor de 300,00(Trezentos reais) conforme Anexo “M”;</p> <p>Gasoterapia;</p> <p>Exames Laboratoriais: até R\$ 100,00 (Cem reais);</p> <p>Exame de Imagem simples e complexo: RX, ECG, USG, Ecodoppler e Tomografia;</p> <p>Dieta: Enteral e suplementos</p>	<p>Medicamentos de Alto Custo Dose/Unidade (Acima de R\$301,00- Trezentos e um reais) CMED.</p>
---	---

PACOTE DIÁRIA DAY CLINIC: R\$ 1.112,31 NÃO POSSUI CÓDIGO - COLOCADO NA OBSERVAÇÃO DA GAB	
INCLUSÕES	EXCLUSÕES
<p><u>Diárias Hospitalares e Taxas:</u></p> <p><u>Acompanhamento:</u> Com Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição/Nutrólogo. <u>Gasoterapia:</u></p> <p><u>Materiais Hospitalares:</u> <u>Materiais</u> hospitalares até o valor de 300,00(Trezentos reais) conforme Anexo “M”;</p> <p><u>Medicamentos:</u> Medicamentos até o valor de 300,00(Trezentos reais) conforme Tabela da CMED;</p> <p><u>Curativos:</u> Todos os tamanhos e tipos até o valor de 300,00(Trezentos reais) conforme Anexo “M”;</p> <p><u>Exames laboratoriais e componentes hemoterápicos:</u> até R\$ 100,00(Cem reais);</p> <p><u>Exame de Imagem simples:</u> RX, ECG, Ecodoppler e USG.</p>	<p><u>Parecer Médico,</u> acompanhamento do médico ao paciente;</p> <p><u>Exames de alta complexidade;</u> <u>Dietas:</u> Enteral e Parenteral;</p> <p><u>Materiais Especiais de Alto Custo Dose/Unidade</u> (Acima De R\$301,00- Trezentos e um reais) Anexo “M”;</p> <p><u>Medicamentos de Alto Custo Dose/Unidade</u> (Acima de R\$301,00- Trezentos e um reais) CMED.</p>

23.2 PACOTE – DIÁRIA GLOBAL EM ENFERMARIA, APARTAMENTO E UTI PEDIÁTRICA E NEONATAL

DIÁRIA GLOBAL PEDIÁTRICA – ENFERMARIA R\$ 1.465,96	
CÓDIGO: 10102019	
INCLUSÕES	EXCLUSÕES
<p>Diárias Hospitalares e Taxas;</p> <p>Acompanhamento: com Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição/Nutrólogo;</p> <p>Materiais Hospitalares: Sonda nasoenteral, sonda nasogástrica, traqueostomia, sonda vesical, de demora, bolsa coletora, conjunto de acesso venoso central duplo lúmen e triplo lumen, materiais hospitalares até o valor de 300,00 (Trezentos reais) conforme Anexo “M”;</p> <p>Medicamentos: Medicamentos até o valor de 300,00 (Trezentos reais) conforme Tabela da CMED;</p> <p>Curativos: Todos os tamanhos e tipos até o valor de 300,00 (Trezentos reais) conforme Anexo “M”;</p> <p>Gasoterapia.</p> <p>Exames laboratoriais e componentes hemoterápicos: até R\$ 100,00(Cem reais);</p> <p>Exames Imagens simples e complexo: RX, ECG, USG, Ecodoppler e Tomografia.</p>	<p>Parecer Médico;</p> <p>Exames de Alta complexidade;</p> <p>Dieta: Enteral e Parenteral; Materiais Especiais de Alto Custo</p> <p>Dose/Unidade (Acima De R\$301,00- Trezentos e um reais) Anexo “M”;</p> <p>Medicamentos de Alto Custo Dose/Unidade (Acima dR\$301,00- Trezentos e um reais) tabela CMED</p>
DIÁRIA GLOBAL PEDIÁTRICA – APARTAMENTO: R\$ 1.764,01	
CÓDIGO: 10102019	
INCLUSÕES	EXCLUSÕES
<p>Diárias Hospitalares e Taxas;</p> <p>Acompanhamento: com Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição/Nutrólogo;</p> <p>Materiais Hospitalares: Sonda nasoenteral, sonda nasogástrica, traqueostomia, sonda vesical, de demora, bolsa coletora, conjunto de acesso venoso central duplo lúmen e triplo lumen. Materiais hospitalares até o valor de 300,00(Trezentos reais) conforme Anexo “M”;</p> <p>Medicamentos: Medicamentos até o valor de 300,00(Trezentos reais) conforme Tabela da CMED;</p>	<p>Parecer Médico;</p> <p>Exames de Alta complexidade;</p> <p>Dieta: Enteral e Parenteral;</p> <p>Materiais Especiais de Alto Custo Dose/Unidade (Acima De R\$301,00- Trezentos e um reais) Anexo “M”;</p> <p>Medicamentos de Alto Custo Dose/Unidade(Acima de R\$301,00- Trezentos e um reais) tabela CMED</p>

<p>Curativos: Todos os tamanhos e tipos até o valor de 300,00 (Trezentos reais) conforme Anexo “M”;</p> <p>Gasoterapia.</p> <p>Exames laboratoriais e componentes hemoterápicos: até R\$ 100,00(Cem reais);</p> <p>Exames Imagens simples e complexo: RX, ECG, USG, Ecodoppler e Tomografia.</p>	
--	--

PACOTE DIÁRIA UTI NEONATAL: R\$ 5.518,03	
CÓDIGO: 10104011	
INCLUSÕES	EXCLUSÕES
<p>Diárias Hospitalares e Taxas;</p> <p>Acompanhamento: com Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição/Nutrólogo;</p> <p>Materiais Hospitalares: Sonda nasoenteral, sonda nasogástrica, traqueostomia, sonda vesical, de demora, bolsa coletora, conjunto de acesso venoso central duplo lúmen e triplo lumen dreno de tórax, PICC, CPAP, HOOD, VNI, fototerapia e materiais hospitalares até o valor de 300,00 (Trezentos reais) conforme Anexo “M”;</p> <p>Curativos: Todos os tamanhos e tipos até o valor de 300,00 (Trezentos reais) conforme Anexo “M”;</p> <p>Medicamentos: Medicamentos até o valor de 300,00 (Trezentos reais) conforme Tabela da CMED;</p> <p>Gasoterapia;</p> <p>Exames laboratoriais e componentes hemoterápicos: até R\$ 100,00(Cem reais);</p> <p>Exames simples e Complexo: RX, ECG, USG, USG transfontonela, Ecodoppler e Tomografia;</p> <p>Dieta: Enteral.</p>	<p>Parecer Médico;</p> <p>Exames de Alta complexidade;</p> <p>Dieta: Parenteral;</p> <p>Materiais Especiais de Alto Custo Dose/Unidade (Acima De R\$301,00-Trezentos e um reais) Anexo “M”.</p> <p>Medicamentos de Alto Custo Dose/Unidade (Acima de R\$301,00-Trezentos e um reais) CMED.</p>
PACOTE DIÁRIA UTI PEDIÁTRICA: R\$ 6.388,35	
CÓDIGO: 10104011	
INCLUSÕES	EXCLUSÕES

<p>Diárias Hospitalares e Taxas;</p> <p>Acompanhamento: com Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição/Nutrólogo;</p> <p>Materiais Hospitalares: Sonda nasoenteral, sonda nasogástrica, traqueostomia, sonda vesical, de demora, bolsa coletora, conjunto de acesso venoso central duplo/triplo lúmen e materiais hospitalares até o valor de 300,00(Trezentos reais) conforme Anexo “M”;</p> <p>Curativos: Todos os tamanhos e tipos até o valor de 300,00(Trezentos reais) conforme Anexo “M”;</p> <p>Medicamentos: Medicamentos até o valor de 300,00(Trezentos reais) conforme Tabela da CMED;</p> <p>Gasoterapia;</p> <p>Exames laboratoriais e componentes hemoterápicos: até R\$ 100,00(Cem reais);</p> <p>Exames simples e de Alta Complexidade: RX, ECG, USG, Ecodoppler e tomografia;Dieta: Enteral.</p>	<p>Parecer Médico;</p> <p>Exames de Alta Complexidade;</p> <p>Dieta: Parenteral;</p> <p>Materiais Especiais de Alto Custo Dose/Unidade (Acima De R\$301,00-Trezentos e um reais) Anexo “M”;</p> <p>Medicamentos de Alto Custo Dose/Unidade (Acima de R\$301,00- Trezentos e um reais) CMED.</p>
--	---

23.3 DIÁRIA GLOBAL – PSIQUIATRIA

DIÁRIA GLOBAL APARTAMENTO – PSIQUIATRIA		
ITEM	VALOR	INCLUSÕES
DIÁRIA APARTAMENTO PSIQUIATRIA CÓDIGO : 10102019	R\$ 553,65	1)HONORÁRIO MÉDICO CLÍNICO E VISITA DO PSIQUIATRA; PARECER MÉDICO, ACOMPANHAMENTO DO MÉDICO AO PACIENTE INTERNADO; EQUIPE MULTIDISCIPLINAR; TAXAS DE EQUIPAMENTOS E SERVIÇOS; MATERIAL HOSPITALAR; MEDICAMENTO: ESTÁ INCLUSO MEDICAMENTOS NO VALOR DE ATÉ R\$ 250,00 (DUZENTOS E CINQUENTA REAIS).

DIÁRIA GLOBAL ENFERMARIA – PSQUIATRIA		
ITEM	VALOR	INCLUSÕES
<p>DIÁRIA ENFERMARIA PSQUIATRIA CÓDIGO : 10102019</p>	<p>RS 516,63</p>	<p>1)HONORÁRIO MÉDICO PSQUIÁTRICA E CLÍNICO; 2) PARECER MÉDICO, ACOMPANHAMENTO DO MÉDICO AO PACIENTE INTERNADO; 3) EQUIPE MULTIDISCIPLINAR; 4) TAXAS DE EQUIPAMENTOS E SERVIÇOS; 5) MATERIAL HOSPITALAR; 6) MEDICAMENTO: ESTÁ INCLUSO MEDICAMENTOS NO VALOR DE ATÉ R\$ 250,00 (DUZENTOS E CINQUENTA REAIS).</p>

DIÁRIA GLOBAL DAY CLINIC APARTAMENTO – PSQUIATRIA		
ITEM	VALOR	INCLUSÕES
<p>DIÁRIA GLOBAL DAY CLINIC APARTAMENTO PSQUIATRIA</p> <p>NÃO POSSUI CÓDIGO - COLOCADO NA OBSERVAÇÃO DA GAB</p>	<p>RS 208,47</p>	<p>1)HONORÁRIO MÉDICO CLÍNICO E VISITA DO PSQUIATRA; 2) HOTELARIA E ALIMENTAÇÃO; 3)HONORÁRIOS DE EQUIPE MULTIDISCIPLINAR: PSICÓLOGOS, TERAPEUTAS OCUPACIONAIS, PEDAGOGOS, EDUCADORES FÍSICOS, ENFERMEIROS, CUIDADORES, FARMACÊUTICOS, FISIOTERAPEUTA, ASSISTENTE SOCIAL E DEMAIS PROFISSIONAIS QUE A EQUIPE MÉDICA JULGAR NECESSÁRIO; 3)TAXAS DE EQUIPAMENTOS E SERVIÇOS; 4)MATERIAL HOSPITALAR E MEDICAMENTO ATÉ R\$ 250,00 (DUZENTOS E CINQUENTA REAIS); 5) MEDICAMENTOS ACIMA R\$250,00: CMED; 6) MATERIAL HOSPITALAR: ACIMA DE R\$ 250,00: ANEXO “M”; 7)EXAMES COMPLEMENTARES: ANEXO “Q”.</p>
DIÁRIA GLOBAL DAY CLINIC ENFERMARIA – PSQUIATRIA		
ITEM	VALOR	INCLUSÕES

<p>DIÁRIA GLOBAL DAY CLINIC ENFERMARIA PSIQUIATRIA NÃO POSSUI CÓDIGO - COLOCADO NA OBSERVAÇÃO DA GAB</p>	<p>R\$ 183,26</p>	<p>1)HONORÁRIO MÉDICO PSIQUIÁTRICA E CLÍNICO; 2) HOTELARIA E ALIMENTAÇÃO; 3)HONORÁRIOS DE EQUIPE MULTIDISCIPLINAR: PSICOLOGOS, TERAPEUTAS OCUPACIONAIS, PEDAGOGOS, EDUCADORES FÍSICOS, ENFERMEIROS, CUIDADORES, FARMACÊUTICOS, FISIOTERAPEUTA, ASSISTENTE SOCIAL E DEMAIS PROFISSIONAIS QUE A EQUIPE MÉDICA JULGAR NECESSÁRIO; 3)TAXAS DE EQUIPAMENTOS E SERVIÇOS; 4)MATERIAL HOSPITALAR E MEDICAMENTO ATÉ R\$ 250,00 (DUZENTOS E CINQUENTA REAIS); 5) MEDICAMENTOS ACIMA R\$250,00: CMED; 6) MATERIAL HOSPITALAR: ACIMA DE R\$ 250,00: ANEXO “M”; 7)EXAMES COMPLEMENTARES: ANEXO “Q”.</p>
---	--------------------------	--

24. REGRAS DE PAGAMENTO

ITEM	VALOR	OBSERVAÇÃO
MATERIAIS	CONFORME TABELA PRÓPRIA *SEM TAXA DE COMERCIALIZAÇÃO.	EM ANEXO M
MEDICAMENTO	CMED (COLUNA PF COM TRIBUTO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE) *SEM TAXA DE COMERCIALIZAÇÃO.	CMED PF RN
OPME	NOTA FISCAL / TABELA PRÓPRIA *SEM TAXA DE COMERCIALIZAÇÃO.	EM ANEXO M
DIETA ENTERAL	TABELA PRÓPRIA *SEM TAXA DE COMERCIALIZAÇÃO.	EM ANEXO M
DIETA PARENTERAL	TRÊS (3) ORÇAMENTOS, MENOR VALOR. *SEM TAXA DE COMERCIALIZAÇÃO.	---

ONCOLÓGICO	CMED (COLUNA PF COM TRIBUTOS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE) *SEM TAXA DE COMERCIALIZAÇÃO	CMED *CONVÊNIO ICMS 162/94
HONORÁRIO MÉDICO	VALOR DO PARECE PEDIATRIA, OBSTETRÍCIA: R\$388,00 NEUROCIRURGIA, CIRURGIÃO, VASCULAR, CIRURGIÃO PEDIÁTRICO: R\$475,00.	OUTROS HONORÁRIOS: Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), 2016. Porte seguem o <i>COMUNICADO OFICIAL CBHPM</i> São Paulo, 18 de outubro de 2016. UCO = R\$ 19,36.

25. PACOTES EM PROCEDIMENTO DE QUIMIOTERAPIA/RADIOTERAPIA

25.1 PACOTES EM PROCEDIMENTO DE RADIOTERAPIA

CODIGO	PROCEDIMENTO	VALOR	OBSERVAÇÃO
4.12.03.01-1	Betaterapia (placa de estrôncio) – por campo.	R\$ 44,67	-
4.12.03.02-0	Radiocirurgia (RCT) – nível 1, lesão única e/ou um isocentro – por tratamento.	R\$ 15.432,67	Composição do pacote: Inclui planejamento computadorizado ou comp. tridimensional, imobilizadores (da área a ser tratada), filmes de verificação e colimação individual.
4.12.03.03-8	Radiocirurgia (RCT) – nível 2, duas lesões e/ou dois a quatro isocentros – por tratamento.	R\$ 18.047,61	Composição do pacote: Inclui planejamento computadorizado ou comp. tridimensional, imobilizadores (da área a ser tratada), filmes de verificação e colimação individual.
4.12.03.04-6	Radiocirurgia (RCT) – nível 3, três lesões e/ou mais de quatro isocentros – por tratamento.	R\$ 20.853,35	Composição do pacote: Inclui planejamento computadorizado ou comp. tridimensional.

			imobilizadores (da área a ser tratada), filmes de verificação e colimação individual.
4.12.03.05-4 4.12.04.08-5	Radioterapia com Modulação da Intensidade do Feixe (IMRT) + Simulação de tratamento simples (sem tomografia computadorizada): 1 por volume tratado. – por tratamento.	R\$ 28.440,80	Composição do pacote: Inclui planejamento computadorizado ou comp. tridimensional, immobilizadores (da área a ser tratada),
4.12.03.06-2	Radioterapia Conformada Tridimensional (RCT-3D) com Acelerador Linear – por tratamento	R\$ 21.068,92	Composição do pacote: Inclui planejamento computadorizado ou comp. tridimensional, immobilizadores (da área a ser tratada), filmes de verificação e colimação individual.
4.12.03.07-0	Radioterapia Convencional de Megavoltagem com Acelerador Linear com Fótons e Elétrons – por campo.	R\$ 102,24	-
4.12.03.08-9	Radioterapia Convencional de Megavoltagem com Acelerador Linear só com Fótons – por campo.	R\$ 99,32	-
4.12.03.11-9	Radioterapia de Meio Corpo (HBI) – por dia de tratamento.	R\$ 496,74	-
4.12.03.15-1	Radioterapia Externa de Ortovoltagem (Roentgenterapia) – por campo.	R\$ 44,46	-
4.12.03.13-5	Radioterapia Estereotática - 1ª dia de tratamento.	R\$ 13.620,45	-
4.12.03.14-3	Radioterapia Estereotática - por dia subsequente.	R\$ 694,27	-
4.12.04.01-8	Colimação individual – 1 por incidência planejada.	R\$ 345,01	-
4.12.04.02-6	Filme de verificação (cheque-filme) – 1 por incidência planejada/semana – filme a parte	R\$ 48,77	-
4.12.04.03-4	Planejamento de tratamento computadorizado – 1 por volume tratado.	R\$ 524,14	-
12.04.04-2	Planejamento de tratamento computadorizado tridimensional – 1 por volume tratado.	R\$ 1.947,40	-
4.12.04.05-0	Planejamento de tratamento simples (não computadorizado) – 1 por volume tratado.	R\$ 332,75	-
4.12.04.06-3	Simulação de tratamento complexa (com tomografia e com contraste) – 1 por volume tratado.	R\$ 455,02	-
4.12.04.07-7	Simulação de tratamento intermediária (com tomografia) – 1 por volume tratado.	R\$ 352,11	-
4.12.04.08-5	Simulação de tratamento simples (sem tomografia computadorizada) – 1 por volume tratado.	R\$ 273,93	-
4.12.04.09-3	Sistemas de imobilização – cabeça (máscaras) ou membros – 1 por tratamento	R\$ 258,71	-

4.12.04.10-7	Sistemas de imobilização – tórax, abdome ou pélvis – 1 por tratamento.	R\$ 743,69	
4.12.05.01-4	Braquiterapia endoluminal de alta taxa de dose (BATD) – por inserção.	R\$ 3.366,59	-
4.12.05.03-0	Braquiterapia intersticial de alta taxa de dose (BATD) – por inserção.	R\$ 3.366,59	-
4.12.05.07-3	Braquiterapia intracavitária de alta taxa de dose (BATD) – por inserção.	R\$ 3.366,59	-
4.12.06.01-0	Filme de derivação (cheque-filme) de braquiterapia – 2 por inserção – filme à parte.	R\$ 47,48	-
4.12.06.03-7	Colocação ou retirada dos cateteres – 1 colocação e 1 retirada por inserção.	R\$ 728,60	-
4.12.06.04-5	Planejamento computadorizado de braquiterapia – 1 por inserção.	R\$ 554,32	-
4.12.06.05-3	Planejamento computadorizado tridimensional de braquiterapia – 1 por inserção.	R\$ 2.033,79	-
4.12.06.07-0	Simulação de braquiterapia – 1 por inserção:	R\$ 458,80	-

PROCEDIMENTO	VALOR	ITENS INCLUIDOS
PETCT – DEDICADO ONCOLÓGICO	R\$ 3.972,38	Incluso todos os materiais, medicamentos, taxas, honorários e Radiofármacos.
PETCT – PSMA	R\$ 5.590,67	Incluso todos os materiais, medicamentos, taxas, honorários e Radiofármacos.
PETCT – COM ANÁLOGO DE SOMATOSTATINA	R\$ 6.149,00	Incluso todos os materiais, medicamentos, taxas, honorários e Radiofármacos.

25.2 PACOTES EM PROCEDIMENTO DE QUIMIOTERAPIA

PCT 01 - SESSÃO PARA INFUSÃO DE QUIMIOTERAPIA (POLIQUIMIOTERAPIA – 3 OU MAIS MEDICAMENTOS)	VALOR R\$ 2.233,00
Descrição: Sessão para infusão de Quimioterapia (03 ou mais medicamentos), com composição e valores, incluindo na proposta as taxas, honorários e os materiais utilizados em quimioterapia endovenosa (EV), subcutânea (SC), intramuscular (IM), intradérmica ou Oral, para infusão de quimioterapias com três ou mais medicamentos (independente das vias de infusão utilizadas considerar um dia de tratamento).	
INCLUSÕES	

LEITO AMBULATORIAL NO CENTRO DE INFUSÃO DE QUIMIOTERAPIA: INCLUI ACOLHIMENTO E ACOMODAÇÃO DO PACIENTE EM LEITO AMBULATORIAL (ATÉ 12H), REFEIÇÃO DURANTE A PERMANÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO, ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM (TAXA DE OBSERVAÇÃO DO PACIENTE), CURATIVO PÓS INFUSÃO DE QUIMIOTERÁPICO, TAXAS DE EQUIPAMENTOS (OXÍMETRO, MONITOR MULTIPARÂMETRO, CARRO DE URGÊNCIA E BOMBAS DE INFUSÃO), REDE DE GASOTERAPIA, ENXOVAL HOSPITALAR, TODOS OS PRODUTOS PARA ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA E TODOS OS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL.

LOGÍSTICA, GERENCIAMENTO, MANIPULAÇÃO EM FLUXO LAMINAR E SUPRIMENTOS DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS: INCLUI TODA CADEIA LOGÍSTICA CONSIDERANDO DESDE A SELEÇÃO DOS PRODUTOS PARA SAÚDE (MATERIAIS MÉDICOS HOSPITALARES E MEDICAMENTOS) ATÉ A DISPENSAÇÃO. INCLUI TODOS OS ITENS NECESSÁRIOS PARA AS ETAPAS DE MANIPULAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA, PRÉ QUIMIOTERAPIA, INFUSÃO DE QUIMIOTERAPIA (TABELA 01). INCLUI MANIPULAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO ONCO HEMATOLÓGICOS DE ACORDO COM AS LEGISLAÇÕES VIGENTES, EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL E COLETIVO, MATERIAIS DESCARTÁVEIS E INSUMOS, EQUIPAMENTOS E PROFISSIONAIS PERTENCENTES ÀS EQUIPES DE APOIO E MULTIDISCIPLINAR.

ACOMPANHAMENTO MÉDICO DURANTE A INFUSÃO DA QUIMIOTERAPIA: INCLUI O ACOMPANHAMENTO DE PROFISSIONAL MÉDICO ONCOLOGISTA DURANTE A INFUSÃO DA QUIMIOTERAPIA E ATENDIMENTO PRIMÁRIO PARA INTERCORRÊNCIAS DURANTE A INFUSÃO.

TABELA 01 - PCT 01: LISTA DE MATERIAIS ESTIMADOS PARA MANIPULAÇÃO, ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS PRÉ QUIMIOTERÁPICOS DURANTE A INFUSÃO INCLUSOS NO PACOTE E LISTA DE TAXAS DE EQUIPAMENTOS INCLUIDOS NO PACOTE E LISTA DE TAXAS E SERVIÇOS INCLUSOS.

EXCLUSÕES

CONSULTA MÉDICA (PRESCRIÇÃO DE QUIMIOTERAPIA) OU MULTIDISCIPLINAR, PARECER MÉDICO, ACOMPANHAMENTO DO MÉDICO AO PACIENTE ANTES E APÓS INFUSÃO DA QUIMIOTERAPIA; EXAMES LABORATORIAIS, EXAMES DE IMAGEM, E DIETAS ENTERAIS E PARENTERAIS.

MATERIAIS ESPECIAIS DE ALTO CUSTO DOSE/UNIDADE (ACIMA DE R\$300,00 – TREZENTOS REAIS). REFERÊNCIA: VALORES DA TABELA PRÓPRIA ANEXO “M” DO EDITAL;

MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO ONCO HEMATOLÓGICOS, TRATAMENTO ANTIMICROBIANOS E DEMAIS MEDICAMENTOS QUE NÃO ESTEJAM PADRONIZADOS PARA PRÉ QUIMIOTERAPIA (MEDICAMENTOS ADJUVANTES PARA USO ANTES E DEPOIS DA INFUSÃO DA QUIMIOTERAPIA) DOSE/UNIDADE (ACIMA DE R\$ 100,00 - CEM REAIS) NÃO PREVISTOS NA TABELA DE MATERIAIS. REFERÊNCIA: VALORES DA CMED ATUALIZADA DE ACORDO COM A DATA DA COBRANÇA.

PCT 01: TABELA 01			
TAXAS INCLUÍDAS	UNID. DE FORNEC.	QUANT. ESTIM. P/ USO	OBS.:
TAXA POR USO/SESSAO DE SALA QUIMIOTERAPIA	UNID	1	ANEXO L
BOMBA DE INFUSÃO	UNID	3	ANEXO L
TAXA MONITOR OXÍMETRO	UNID	1	ANEXO L
TAXA MONITOR MULTIPARÂMETRO	UNID	1	ANEXO L
OXIGÊNIO 3L/min (GASOTERAPIA)	UNID	1	ANEXO L
TAXA DE OBSERVAÇÃO ATÉ 6 HORAS – USO	UNID	2	ANEXO L

SERVIÇOS INCLUÍDOS	UNID. DE FORNEC.	QUANT. ESTIM. P/ USO	OBS.:
MANIPULAÇÃO EM CAPELA DE FLUXO LAMINAR	SERV.	NA	NA
LOGÍSTICA, GERENCIAMENTO, MANIPULAÇÃO EM FLUXO LAMINAR E SUPRIMENTOS DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS	SERV.	NA	NA
DIÁRIA DE LEITO AMBULATORIAL NO CENTRO DE INFUSÃO DE QUIMIOTERAPIA	SERV.	NA	NA
ACOMPANHAMENTO MÉDICO DURANTE A INFUSÃO DA QUIMIOTERAPIA	SERV.	NA	NA
DESCRIÇÃO: 1) MATERIAIS CONFORME ANEXO DE MATERIAIS/OPME/CONTRASTE E DIETAS 2)MEDICAMENTOS CONFORME CMED VIGENTE	UNID. DE FORNEC.	QUANT. ESTIM. P/ USO	FASE DO USO
AGULHA PARA ASPIRAÇÃO PONTA ROMBA 1,2 X 25 MM OU 18 G 1. CÂNULA DE AÇO INOXIDÁVEL RETA, SILICONADA, BISEL SIMPLES CANHÃO TRANSLÚCIDO COM ADAPTAÇÃO UNIVERSAL, ENCAIXE SÉGURO E PROTETOR DE ENCAIXE FIRME.	UNID	4	PRÉ QT
CLORETO DE SÓDIO 0,9% SOL. INJET. 100ML FR. (IV)	AMP	1	PRÉ QT

CLORETO DE SÓDIO 0,9% SOL. INJET. 250ML FR. (IV)	AMP	1	PRÉ QT
CLORETO DE SÓDIO 0,9% SOL. INJET. 500ML FR. (IV)	AMP	1	PRÉ QT
Dexametasona 10MG/2,5ML SOL. INJET. AMP. (EV)	AMP	2	PRÉ QT
DIFENIDRAMINA 50MG/1ML SOL. INJET. AMP. (IM/EV)	AMP	1	PRÉ QT
EQUIPO PARA PERFUSÃO/IRRIGAÇÃO DE ALTO FLUXO, EM PVC, CRISTAL, DUAS VIAS, COM DIÂMETRO DE ¼ CADA VIA COM PONTA PERFURADORA, COM CATA BOLHAS, PINÇA CORTA FLUXO CENTRAL E TODAS AS VIAS, CONECTOR EM PVC CRISTAL (POLIFIX)	UNID	1	PRÉ QT
ONDANSETRONA 8MG/4ML SOL. INJET. AMP. (IV)	AMP	2	PRÉ QT
SERINGA DESCARTÁVEL 10 ML, COM BICO LUER LOCK CENTRAL, CILINDRO EM POLIPROPILENO TRANSPARENTE COM ESCALA DE GRADUAÇÃO PRECISA MILIMETRADA E NUMERADA A CADA 1 ML, TRAÇOS E NÚMEROS LEGÍVEIS, ÊMBOLO COM TRAVA E PONTEIRA DE BORRACHA SILICONIZADA	UNID	4	PRÉ QT
CONEXÃO COM 02 (DUAS) VIAS VALVULADAS, PARA INFUSÕES SIMULTÂNEAS DE TERAPIA INTRAVENOSA, USO ADULTO. VÁLVULAS COM MEMBRANA PLANA EM SILICONE, SEM FRESTAS QUE POSSIBILITE FÁCIL ASSEPSIA. TUBO FLEXÍVEL EM PVC CRISTAL, ATÓXICO, PINÇA CORTA FLUXO (TORNEIRINHA)	UNID	1	PRÉ QT
OMEPRAZOL 40MG IV	AMP	1	PRÉ QT
AGULHA PARA ASPIRAÇÃO PONTA ROMBA 1,2 X 25 MM OU 18 G 1. CÂNULA DE AÇO INOXIDÁVEL RETA, SILICONADA, BISEL SIMPLES CANHÃO TRANSLÚCIDO COM ADAPTAÇÃO UNIVERSAL, ENCAIXE SEGURO E PROTECTOR DE ENCAIXE FIRME. COM SISTEMA DE SEGURANÇA ACOPLADO À AGULHA	UNID	1	CATETER QUIMIO ADULTO / INFUSÃO EV
AGULHA PARA ANESTESIA RAQUIDIANA E PUNÇÃO LIQUÓRICA (COLETA DE LÍQUOR/HUBER), CALIBRE 25 G COM APROXIMADAMENTE 07 MM DE DIÂMETRO E COMPRIMENTO DE 7, LONGA, PRÓPRIA PARA OBESIDADE, EM	UNID	1	CATETER QUIMIO ADULTO / INFUSÃO EV

AÇO INOX, COM PONTA TIPO QUINCKE COM MANDRIL METÁLICO			
CLORETO DE SÓDIO 0,9% SOL. INJET. 10ML AMP. (IV)	AMP	3	CATETER QUIMIO ADULTO / INFUSÃO EV
SOLUÇÃO ALCOÓLICA DIGLICONATO DE CLOREXIDINA 0,5%, INDICADA COMO ANTISSEPTICO TÓPICO, ANTISSEPSIA DO CAMPO OPERATÓRIO. EFEITO RESIDUAL CUMULATIVO, HIPOALERGÊNICO. USO HOSPITALAR. DEVE APRESENTAR FICHA DE INFORMAÇÃO DE SEGURANÇA DO PRODUTO QUÍMICO (FISPQ)	ML	25	CATETER QUIMIO ADULTO / INFUSÃO EV
CURATIVO HIPOALERGÊNICO REDONDO 22MM	UNID	1	CATETER QUIMIO ADULTO / INFUSÃO EV
GAZE EM COMPRESSA DE 7,5 X 7,5 CM, NÃO ESTÉRIL, 13 FIOS POR CM², 05 DOBRAS, 08 CAMADAS, COR BRANCA, 100% ALGODÃO, ISENTA DE RESÍDUO E IMPUREZAS E PRODUTOS TÓXICOS, PROMOVER ABSORÇÃO SEGURA, TRAMA REGULAR, CORTADA, DOBRADA E DISPOSTA DE FORMA UNIFORME	ENV	10	CATETER QUIMIO ADULTO / INFUSÃO EV
HEPARINA SÓDICA 5.000UI/0,25ML SOL. INJET. AMP. (SC)	AMP	1	CATETER QUIMIO ADULTO / INFUSÃO EV
LUVA CIRÚRGICA EM LÁTEX NATURAL, TAMANHO 8,0. ÍNTEGRO, TEXTURA UNIFORME E RESISTENTE A TRAÇÃO SEM PROVOCAR ESTIRAMENTO. COMPRIMENTO MÍNIMO DE 280 MM. SEM LUBRIFICANTE, ISENTO DE IRRITANTES DÉRMICOS, RESÍDUOS E IMPUREZAS. FORMATO ANATÔMICO, PUNHO AJUSTADO	PAR	2	CATETER QUIMIO ADULTO / INFUSÃO EV
SERINGA DESCARTÁVEL 20 ML, COM BICO LUER LOCK CENTRAL, CILINDRO EM POLIPROPILENO TRANSPARENTE COM ESCALA DE GRADUAÇÃO PRECISA MILIMETRADA E NUMERADA A CADA 5 ML,	UNID	1	CATETER QUIMIO ADULTO /

TRAÇOS E NÚMEROS LEGÍVEIS, ÊMBOLO COM TRAVA E PONTEIRA DE BORRACHA SILICONIZADA			INFUSÃO EV
SERINGA DESCARTÁVEL 10 ML, COM BICO LUER LOCK CENTRAL, CILINDRO EM POLIPROPILENO TRANSPARENTE COM ESCALA DE GRADUAÇÃO PRECISA MILIMETRADA E NUMERADA A CADA 1 ML, TRAÇOS E NÚMEROS LEGÍVEIS, ÊMBOLO COM TRAVA E PONTEIRA DE BORRACHA SILICONIZADA	UNID	1	CATETER QUIMIO ADULTO / INFUSÃO EV
SERINGA 5 ML. CONFECCIONADA EM PVC ATÓXICO, INERTE AO CONTATO COM MEDICAMENTOS, ISENTA DE AGENTES POTENCIALMENTE PATOGÊNICOS, EM CORES PARA PROTEÇÃO DE MEDICAMENTOS FOTOSSENSÍVEIS, COM ESCALA DE GRADUAÇÃO INDELÉVEL E MILIMETRADA	UNID	1	CATETER QUIMIO ADULTO / INFUSÃO EV
PELÍCULA TRANSPARENTE FENESTRADA-CURATIVO NEONATAL DE FIXAÇÃO DE CATETER PERIFÉRICO OU CATETER CENTRAL. COMPOSTO POR FILME DE POLIURETANO SEMI-PERMEÁVEL, (IMPERMEÁVEL A LÍQUIDOS, BACTÉRIA E VÍRUS, E ALTA PERMEABILIDADE AO VAPOR), FILME DE POLIURETANO (IV 3000)	UNID	1	CATETER QUIMIO ADULTO / INFUSÃO EV
DISPOSITIVO INTRAVENOSO PERIFÉRICO, COM AGULHA EM AÇO INOXIDÁVEL, BISEL CURTO, TRIFACETADO, SILICONIZADO, COM SISTEMA DE SEGURANÇA SEGUNDO NR 32. ALETAS DE PLÁSTICO FLEXÍVEL E RESISTENTE. TUBO EM PVC, FLEXÍVEL E TRANSPARENTE, ATÓXICO	UNID	1	CATETER QUIMIO ADULTO / INFUSÃO EV
SERINGA DESCARTÁVEL 20ML, COM BICO LUER LOCK CENTRAL, CILINDRO EM POLIPROPILENO TRANSPARENTE COM ESCALA DE GRADUAÇÃO PRECISA MILIMETRADA E NUMERADA A CADA 5 ML, TRAÇOS E NÚMEROS LEGÍVEIS, ÊMBOLO COM TRAVA E PONTEIRA DE BORRACHA SILICONIZADA	UNID	3	MANIPUL. DE 3 OU MAIS MEDICAM.
AGULHA PARA ASPIRAÇÃO PONTA ROMBA 1,2 X 25 MM OU 18 G 1. CÂNULA DE AÇO INOXIDÁVEL RETA, SILICONADA, BISEL SIMPLES CANHÃO TRANSLÚCIDO COM ADAPTAÇÃO UNIVERSAL, ENCAIXE SEGURO E PROTETOR DE ENCAIXE FIRME. COM	UNID	3	MANIPUL. DE 3 OU MAIS MEDICAM.

SISTEMA DE SEGURANÇA ACOPLADO À AGULHA			
GAZE EM COMPRESSA DE 7,5 X 7,5 CM, NÃO ESTÉRIL, 13 FIOS POR CM², 05 DOBRAS, 08 CAMADAS, COR BRANCA, 100% ALGODÃO, ISENTA DE RESÍDUO E IMPUREZAS E PRODUTOS TÓXICOS, PROMOVER ABSORÇÃO SEGURA, TRAMA REGULAR, CORTADA, DOBRADA E DISPOSTA DE FORMA UNIFORME	ENV	2	MANIPUL. DE 3 OU MAIS MEDICAM.
LUVA PARA PROCEDIMENTO NÃO CIRÚRGICO, CONFECCIONADA EM VINIL, TAMANHO MÉDIO (M). NÃO ESTÉRIL, USO ÚNICO. TEXTURA UNIFORME, RESISTENTE A TRAÇÃO SEM PROVOCAR ESTIRAMENTO. FORMATO AMBIDESTRA, ISENTA DE TALCO LUBRIFICANTE, ISENTO DE IRRITANTES DÉRMICOS	UNID	6	MANIPUL. DE 3 OU MAIS MEDICAM.
CLORETO DE SÓDIO 0,9% SOL. INJET. 100ML FR. (IV)	AMP	1	MANIPUL. DE 3 OU MAIS MEDICAM.
ÁLCOOL ETÍLICO HIDRATADO NA CONCENTRAÇÃO DE 70° INPM (70% EM PESO), INCOLOR, INDICADO COMO ANTISÉPTICO TÓPICO. ISENTA DE PARTÍCULAS A OLHO NU. EM FRASCO DE ALMOTOLIA DESCARTÁVEL (BICO RETO COM TAMPA ACOPLADA COM SISTEMA DE ABERTURA	ML	10	MANIPUL. DE 3 OU MAIS MEDICAM.
PROTECTOR PARA TODOS OS TIPOS DE CONECTORES LUER LOCK FÊMEA E MACHO, COM ENCAIXE PERFEITO, SEM VAZAMENTOS, AJUSTÁVEL EM SERINGAS DE 1 A 50 ML. MATERIAL APIROGÊNICO, DESCARTÁVEL, EM EMBALAGEM UNITÁRIA E ESTÉRIL, CONTENDO A IDENTIFICAÇÃO DO PRODUTO	UNID	1	MANIPUL. DE 3 OU MAIS MEDICAM.
LUVA CIRÚRGICA EM LÁTEX NATURAL, TAMANHO 8,0. ÍNTEGRO, TEXTURA UNIFORME E RESISTENTE A TRAÇÃO SEM PROVOCAR ESTIRAMENTO. COMPRIMENTO MÍNIMO DE 280 MM. SEM LUBRIFICANTE, ISENTO DE IRRITANTES DÉRMICOS, RESÍDUOS E IMPUREZAS. FORMATO ANATÔMICO, PUNHO AJUSTADO	PAR	2	MANIPUL. DE 3 OU MAIS MEDICAM.
EQUIPO GRAVITACIONAL MICROGOTAS FOTOSSENSÍVEL PARA ADMINISTRAÇÃO DE			

SOLUÇÕES PARENTERAIS. COM SUSPIRO, FILTRO, BICO PERFURANTE BIFACETADO COM TAMPA DE PROTEÇÃO, CÂMARA DE GOTEJAMENTO FLEXÍVEL E TRANSPARENTE, COM TUBO DE EXTENSÃO EM PVC ÂMBAR COM COMPRIMENTO (EQUIPO PARA BOMBA DE INFUSÃO SOLUÇÕES PARENTERAIS PVC FREE)	UNID	2	MANIPUL. DE 3 OU MAIS MEDICAM.
EQUIPO GRAVITACIONAL, BICO PERFURANTE, BIFACETADO, CÂMARA DE GOTEJAMENTO FLEXÍVEL E TRANSPARENTE, TUBO DE EXTENSÃO EM PVC (EQUIPO PARA BOMBA DE INFUSÃO SOLUÇÕES PARENTERAIS)	UNID	1	MANIPUL. DE 3 OU MAIS MEDICAM
INFUSOR GRD VOLUME LV 5 2C1009K	UND	1	MANIPUL. DE 3 OU MAIS MEDICAM.
CLORETO DE SÓDIO 0,9% SOL. INJET. 500ML FR. (IV)	AMP	3	MANIPUL. DE 3 OU MAIS MEDICAM.
PCT 02 - SESSÃO PARA INFUSÃO DE QUIMIOTERAPIA (02) MEDICAMENTOS (IV/SC/IM) OU 01 MEDICAMENTO IV)			VALOR R\$ R\$ 1.848,51
Descrição: Sessão para infusão de quimioterapia (02 medicamentos (IV/SC/IM) ou 01 medicamento IV), com composição e valores, incluindo na proposta as taxas, honorários e os materiais utilizados em quimioterapia endovenosa (EV), subcutânea (SC), intramuscular (IM), intradérmica, para infusão de quimioterapias com até dois medicamentos independente das vias de infusão utilizadas (considerar um dia de tratamento).			
INCLUSÕES			

LEITO AMBULATORIAL NO CENTRO DE INFUSÃO DE QUIMIOTERAPIA: INCLUI ACOLHIMENTO E ACOMODAÇÃO DO PACIENTE EM LEITO AMBULATORIAL (ATÉ 6H), REFEIÇÃO DURANTE A PERMANÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO, ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM (TAXA DE OBSERVAÇÃO DO PACIENTE), CURATIVO PÓS INFUSÃO DE QUIMIOTERÁPICO, TAXAS DE EQUIPAMENTOS (OXÍMETRO, MONITOR MULTIPARÂMETRO, CARRO DE URGÊNCIA E BOMBAS DE INFUSÃO), REDE DE GASOTERAPIA, ENXOVAL HOSPITALAR, TODOS OS PRODUTOS PARA ASSEPSIA E ANTISSEPSIA E TODOS OS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL.

LOGÍSTICA, GERENCIAMENTO, MANIPULAÇÃO EM FLUXO LAMINAR E SUPRIMENTOS DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS: INCLUI TODA CADEIA LOGÍSTICA CONSIDERANDO DESDE A SELEÇÃO DOS PRODUTOS PARA SAÚDE (MATERIAIS MÉDICOS HOSPITALARES E MEDICAMENTOS) ATÉ A DISPENSAÇÃO. INCLUI TODOS OS ITENS NECESSÁRIOS PARA AS ETAPAS DE MANIPULAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA, PRÉ QUIMIOTERAPIA, INFUSÃO DE QUIMIOTERAPIA (TABELA 02). INCLUI MANIPULAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO ONCO HEMATOLÓGICOS DE ACORDO COM AS LEGISLAÇÕES VIGENTES, EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL E COLETIVO, MATERIAIS DESCARTÁVEIS E INSUMOS, EQUIPAMENTOS E PROFISSIONAIS PERTENCENTES A EQUIPE DE APOIO E MULTIDISCIPLINAR.

ACOMPANHAMENTO MÉDICO DURANTE A INFUSÃO DA QUIMIOTERAPIA: INCLUI O ACOMPANHAMENTO DE PROFISSIONAL MÉDICO ONCOLOGISTA DURANTE A INFUSÃO DA QUIMIOTERAPIA E ATENDIMENTO PRIMÁRIO PARA INTERCORRÊNCIAS DURANTE A INFUSÃO.

TABELA 02 – PCT 02: LISTA DE MATERIAIS UTILIZADOS PARA MANIPULAÇÃO, ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS PRÉ QUIMIOTERÁPICOS DURANTE A INFUSÃO INCLUSOS NO PACOTE E LISTA DE TAXAS DE EQUIPAMENTOS INCLUÍDOS NO PACOTE E LISTA DE TAXAS E SERVIÇOS INCLUSOS.

EXCLUSÕES

CONSULTA MÉDICA (PRESCRIÇÃO DE QUIMIOTERAPIA) OU MULTIDISCIPLINAR, PARECER MÉDICO, ACOMPANHAMENTO DO MÉDICO AO PACIENTE ANTES E APÓS INFUSÃO DA QUIMIOTERAPIA; EXAMES LABORATORIAIS, EXAMES DE IMAGEM, ALIMENTAÇÃO PARA O ACOMPANHANTE (INFERIOR A 65 ANOS - ACOMPANHANTE OU PACIENTE) E DIETAS ENTERAIS E PARENTERAIS.

MATERIAIS ESPECIAIS DE ALTO CUSTO DOSE/UNIDADE (ACIMA DE R\$300,00 – TREZENTOS REAIS). REFERÊNCIA: VALORES DA TABELA PRÓPRIA ANEXO “M” DO EDITAL;

MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO ONCO HEMATOLÓGICOS, TRATAMENTO ANTIMICROBIANOS E DEMAIS MEDICAMENTOS QUE NÃO ESTEJAM PADRONIZADOS PARA PRÉ QUIMIOTERAPIA (MEDICAMENTOS ADJUVANTES PARA USO ANTES E DEPOIS DA INFUSÃO DA QUIMIOTERAPIA) DOSE/UNIDADE (ACIMA DE R\$ 100,00- CEM REAIS). REFERÊNCIA: VALORES DA CMED ATUALIZADA DE ACORDO COM A DATA DA COBRANÇA.

PCT 02: TABELA 02			
TAXAS INCLUÍDAS	UNID. DE FORNEC.	QUANT. ESTIM. P/ USO	OBS.:
TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA QUIMIOTERAPIA	UNID	1	ANEXO L
BOMBA DE INFUSÃO	UNID	3	ANEXO L
TAXA MONITOR OXÍMETRO	UNID	1	ANEXO L
TAXA MONITOR MULTIPARÂMETRO	UNID	1	ANEXO L
OXIGÊNIO 3L/min (GASOTERAPIA)	UNID	1	ANEXO L
TAXA DE OBSERVAÇÃO ATÉ 6 HORAS – USO	UNID	1	ANEXO L
SERVIÇOS INCLUÍDOS	UNID. DE FORNEC.	QUANT. ESTIM. P/ USO	OBS.:
MANIPULAÇÃO EM CAPELA DE FLUXO LAMINAR	SERVIÇO	NA	NA
LOGÍSTICA, GERENCIAMENTO, MANIPULAÇÃO EM FLUXO LAMINAR E SUPRIMENTOS DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS	SERVIÇO	NA	NA
DIÁRIA DE LEITO AMBULATORIAL NO CENTRO DE INFUSÃO DE QUIMIOTERAPIA	SERVIÇO	NA	NA
ACOMPANHAMENTO MÉDICO DURANTE A INFUSÃO DA QUIMIOTERAPIA	SERVIÇO	NA	NA
DESCRIÇÃO: 1) MATERIAIS CONFORME ANEXO DE MATERIAIS/OPME/CONTRASTE E DIETAS 2)MEDICAMENTOS CONFORME CMED VIGENTE	UNID. DE FORNEC.	QUANT. ESTIM. P/ USO	OBS.:
AGULHA PARA ASPIRAÇÃO PONTA ROMBA 1,2 X 25 MM OU 18 G 1. CÂNULA DE AÇO INOXIDÁVEL RETA, SILICONADA, BISEL SIMPLES CANHÃO TRANSLÚCIDO COM ADAPTAÇÃO UNIVERSAL, ENCAIXE SEGURO E PROTETOR DE ENCAIXE FIRME. COM SISTEMA DE SEGURANÇA ACOPLADO À AGULHA	UNID	4	PRÉ QT
CLORETO DE SÓDIO 0,9% SOL. INJET. 100ML FR. (IV)	AMP	1	PRÉ QT
CLORETO DE SÓDIO 0,9% SOL. INJET.	AMP	1	PRÉ QT

250ML FR. (IV)			
CLORETO DE SÓDIO 0,9% SOL. INJET. 500ML FR. (IV)	AMP	1	PRÉ QT
DEXAmetasona 10MG/2,5ML SOL. INJET. AMP. (EV)	AMP	2	PRÉ QT
DIFENIDRAMINA 50MG/1ML SOL. INJET. AMP. (IM/EV)	AMP	1	PRÉ QT
EQUIPO PARA PERFUSÃO/IRRIGAÇÃO DE ALTO FLUXO, EM PVC, CRISTAL, DUAS VIAS, COM DIÂMETRO DE ¼ CADA VIA COM PONTA PERFURADORA, COM CATA BOLHAS, PINÇA CORTA FLUXO CENTRAL E TODAS AS VIAS, CONECTOR EM PVC CRISTAL (POLIFIX)	UNID	1	PRÉ QT
ONDANSETRONA 8MG/4ML SOL. INJET. AMP. (IV)	AMP	2	PRÉ QT
SERINGA DESCARTÁVEL 10 ML, COM BICO LUER LOCK CENTRAL, CILINDRO EM POLIPROPILENO TRANSPARENTE COM ESCALA DE GRADUAÇÃO PRECISA MILIMETRADA E NUMERADA A CADA 1 ML, TRAÇOS E NÚMEROS LEGÍVEIS, ÊMBOLO COM TRAVA E PONTEIRA DE BORRACHA SILICONIZADA	UNID	4	PRÉ QT
CONEXÃO COM 02 (DUAS) VIAS VALVULADAS, PARA INFUSÕES SIMULTÂNEAS DE TERAPIA INTRAVENOSA, USO ADULTO. VÁLVULAS COM MEMBRANA PLANA EM SILICONE, SEM FRESTAS QUE POSSIBILITE FÁCIL ASSEPSIA. TUBO FLEXÍVEL EM PVC CRISTAL, ATÓXICO (TORNEIRINHA)	UNID	1	PRÉ QT
OMEPRAZOL 40MG IV	AMP	1	PRÉ QT
AGULHA PARA ASPIRAÇÃO PONTA ROMBA 1,2 X 25 MM OU 18 G 1. CÂNULA DE AÇO INOXIDÁVEL RETA, SILICONADA, BISEL SIMPLES CANHÃO TRANSLÚCIDO COM ADAPTAÇÃO UNIVERSAL, ENCAIXE SEGURO E PROTETOR DE ENCAIXE FIRME. COM	UNID	1	CATETER QUIMIO ADULTO OU INFUSÃO EV

SISTEMA DE SEGURANÇA ACOPLADO À AGULHA			
AGULHA PARA ANESTESIA RAQUIDIANA E PUNÇÃO LIQUÓRICA (COLETA DE LÍQUOR/HUBER), CALIBRE 25 G COM APROXIMADAMENTE 07 MM DE DIÂMETRO E COMPRIMENTO DE 7, LONGA, PRÓPRIA PARA OBESIDADE, EM AÇO INOX, COM PONTA TIPO QUINCKE COM MANDRIL METÁLICO	UNID	1	CATETER QUIMIO ADULTO OU INFUSÃO EV
CLORETO DE SÓDIO 0,9% SOL. INJET. 10ML AMP. (IV)	AMP	3	CATETER QUIMIO ADULTO OU INFUSÃO EV
SOLUÇÃO ALCOÓLICA DIGLICONATO DE CLOREXIDINA 0,5%, INDICADA COMO ANTISSEPTICO TÓPICO, ANTISSEPSIA DO CAMPO OPERATÓRIO. EFEITO RESIDUAL CUMULATIVO, HIPOALERGÊNICO. USO HOSPITALAR. DEVE APRESENTAR FICHA DE INFORMAÇÃO DE SEGURANÇA DO PRODUTO QUÍMICO (FISPQ)	ML	25	CATETER QUIMIO ADULTO OU INFUSÃO EV
CURATIVO HIPOALERGÊNICO REDONDO 22MM	UNID	1	CATETER QUIMIO ADULTO OU INFUSÃO EV
GAZE EM COMPRESSA DE 7,5 X 7,5 CM, NÃO ESTÉRIL, 13 FIOS POR CM ² , 05 DOBRAS, 08 CAMADAS, COR BRANCA, 100% ALGODÃO, ISENTA DE RESÍDUO E IMPUREZAS E PRODUTOS TÓXICOS, PROMOVER ABSORÇÃO SEGURA, TRAMA REGULAR, CORTADA, DOBRADA E DISPOSTA DE FORMA UNIFORME	ENV	10	CATETER QUIMIO ADULTO OU INFUSÃO EV
HEPARINA SÓDICA 5.000UI/0,25ML SOL. INJET. AMP. (SC)	AMPOL A	1	CATETER QUIMIO ADULTO OU INFUSÃO EV
LUVA CIRÚRGICA EM LÁTEX NATURAL, TAMANHO 8,0. ÍNTEGRO, TEXTURA UNIFORME E RESISTENTE A TRAÇÃO SEM PROVOCAR ESTIRAMENTO. COMPRIMENTO MÍNIMO DE 280 MM. SEM LUBRIFICANTE, ISENTO DE IRRITANTES	PAR	2	CATETER QUIMIO ADULTO OU INFUSÃO EV

DÉRMICOS, RESÍDUOS E IMPUREZAS. FORMATO ANATÔMICO, PUNHO AJUSTADO			
SERINGA DESCARTÁVEL 20 ML, COM BICO LUER LOCK CENTRAL, CILINDRO EM POLIPROPILENO TRANSPARENTE COM ESCALA DE GRADUAÇÃO PRECISA MILIMETRADA E NUMERADA A CADA 5 ML, TRAÇOS E NÚMEROS LEGÍVEIS, ÊMBOLO COM TRAVA E PONTEIRA DE BORRACHA SILICONIZADA	UNID	1	CATETER QUIMIO ADULTO OU INFUSÃO EV
SERINGA DESCARTÁVEL 10 ML, COM BICO LUER LOCK CENTRAL, CILINDRO EM POLIPROPILENO TRANSPARENTE COM ESCALA DE GRADUAÇÃO PRECISA MILIMETRADA E NUMERADA A CADA 1 ML, TRAÇOS E NÚMEROS LEGÍVEIS, ÊMBOLO COM TRAVA E PONTEIRA DE BORRACHA SILICONIZADA	UNID	1	CATETER QUIMIO ADULTO OU INFUSÃO EV
SERINGA 5 ML. CONFECCIONADA EM PVC ATÓXICO, INERTE AO CONTATO COM MEDICAMENTOS, ISENTA DE AGENTES POTENCIALMENTE PATOGÊNICOS, EM CORES PARA PROTEÇÃO DE MEDICAMENTOS FOTOSSENSÍVEIS, COM ESCALA DE GRADUAÇÃO INDELÉVEL E MILIMETRADA	UNID	1	CATETER QUIMIO ADULTO OU INFUSÃO EV
PELÍCULA TRANSPARENTE FENESTRADA- CURATIVO NEONATAL DE FIXAÇÃO DE CATETER PERIFÉRICO OU CATETER CENTRAL. COMPOSTO POR FILME DE POLIURETANO SEMI-PERMEÁVEL, (IMPERMEÁVEL A LÍQUIDOS, BACTÉRIA E VÍRUS, E ALTA PERMEABILIDADE AO VAPOR), FILME DE POLIURETANO (IV 3000)	UNID	1	CATETER QUIMIO ADULTO OU INFUSÃO EV
DISPOSITIVO INTRAVENOSO PERIFÉRICO, COM AGULHA EM AÇO INOXIDÁVEL, BISEL CURTO, TRIFACETADO, SILICONIZADO, COM SISTEMA DE SEGURANÇA SEGUNDO NR 32. ALETAS DE PLÁSTICO FLEXÍVEL E RESISTENTE. TUBO EM PVC, FLEXÍVEL E TRANSPARENTE, ATÓXICO	UNID	1	CATETER QUIMIO ADULTO OU INFUSÃO EV

SERINGA DESCARTÁVEL 20 ML, COM BICO LUER LOCK CENTRAL, CILINDRO EM POLIPROPILENO TRANSPARENTE COM ESCALA DE GRADUAÇÃO PRECISA MILIMETRADA E NUMERADA A CADA 5 ML, TRAÇOS E NÚMEROS LEGÍVEIS, ÊMBOLO COM TRAVA E PONTEIRA DE BORRACHA SILICONIZADA	UNID	3	MANIPULAÇÃO 2 MEDICAMENTOS
AGULHA PARA ASPIRAÇÃO PONTA ROMBA 1,2 X 25 MM OU 18 G 1. CÂNULA DE AÇO INOXIDÁVEL RETA, SILICONADA, BISEL SIMPLES CANHÃO TRANSLÚCIDO COM ADAPTAÇÃO UNIVERSAL, ENCAIXE SEGURO E PROTETOR DE ENCAIXE FIRME. COM SISTEMA DE SEGURANÇA ACOPLADO À AGULHA	UNID	3	MANIPUL. 2 MEDICAM.
GAZE EM COMPRESSA DE 7,5 X 7,5 CM, NÃO ESTÉRIL, 13 FIOS POR CM ² , 05 DOBRAS, 08 CAMADAS, COR BRANCA, 100% ALGODÃO, ISENTA DE RESÍDUO E IMPUREZAS E PRODUTOS TÓXICOS, PROMOVER ABSORÇÃO SEGURA, TRAMA REGULAR, CORTADA, DOBRADA E DISPOSTA DE FORMA UNIFORME	ENV	2	MANIPUL. 2 MEDICAM.
LUVA PARA PROCEDIMENTO NÃO CIRÚRGICO, CONFECCIONADA EM VINIL, TAMANHO MÉDIO (M). NÃO ESTÉRIL, USO ÚNICO. TEXTURA UNIFORME, RESISTENTE A TRAÇÃO SEM PROVOCAR ESTIRAMENTO. FORMATO AMBIDESTRA, ISENTA DE TALCO LUBRIFICANTE, ISENTO DE IRRITANTES DÉRMICOS	UNID	4	MANIPUL. 2 MEDICAM.
CLORETO DE SÓDIO 0,9% SOL. INJET. 100ML FR. (IV)	AMPOLA	1	MANIPUL. 2 MEDICAM.
ÁLCOOL ETÍLICO HIDRATADO NA CONCENTRAÇÃO DE 70° INPM (70% EM PESO), INCOLOR, INDICADO COMO ANTISÉPTICO TÓPICO. ISENTA DE PARTÍCULAS A OLHO NU. EM FRASCO DE ALMOTOLIA DESCARTÁVEL (BICO RETO COM TAMPA ACOPLADA COM SISTEMA DE ABERTURA	ML	10	MANIPUL. 2 MEDICAM.

PROTETOR PARA TODOS OS TIPOS DE CONECTORES LUER LOCK FÊMEA E MACHO, COM ENCAIXE PERFEITO, SEM VAZAMENTOS, AJUSTÁVEL EM SERINGAS DE 1 A 50 ML. MATERIAL APIROGÊNICO, DESCARTÁVEL, EM EMBALAGEM UNITÁRIA E ESTÉRIL, CONTENDO A IDENTIFICAÇÃO DO PRODUTO	UNID	1	MANIPUL. 2 MEDICAM.
LUVA CIRÚRGICA EM LÁTEX NATURAL, TAMANHO 8,0. ÍNTEGRO, TEXTURA UNIFORME E RESISTENTE A TRAÇÃO SEM PROVOCAR ESTIRAMENTO. COMPRIMENTO MÍNIMO DE 280 MM. SEM LUBRIFICANTE, ISENTO DE IRRITANTES DÉRMICOS, RESÍDUOS E IMPUREZAS. FORMATO ANATÔMICO, PUNHO AJUSTADO	PAR	2	MANIPUL. 2 MEDICAM.
EQUIPO GRAVITACIONAL MICROGOTAS FOTOSSENSÍVEL PARA ADMINISTRAÇÃO DE SOLUÇÕES PARENTERAIS. COM SUSPIRO, FILTRO, BICO PERFURANTE BIFACETADO COM TAMPA DE PROTEÇÃO, CÂMARA DE GOTEJAMENTO FLEXÍVEL E TRANSPARENTE, COM TUBO DE EXTENSÃO EM PVC ÂMBAR (EQUIPO PARA BOMBA DE INFUSÃO SOLUÇÕES PARENTERAIS PVC FREE)	UNID	1	MANIPUL. 2 MEDICAM.
EQUIPO GRAVITACIONAL, BICO PERFURANTE, BIFACETADO, CÂMARA DE GOTEJAMENTO FLEXÍVEL E TRANSPARENTE, TUBO DE EXTENSÃO EM PVC COM DIÂMETRO INTERNO	UNID	1	MANIPUL. 2 MEDICAM.
INFUSOR GRD VOLUME LV5 2C1009K	UND	1	MANIPUL. 2 MEDICAM.
CLORETO DE SÓDIO 0,9% SOL. INJET. 500ML FR. (IV)	AMPOLA	2	MANIPUL. 2 MEDICAM.

PCT 03 - SESSÃO PARA INFUSÃO DE QUIMIOTERAPIA- IM ou SC	VALOR R\$ 617,76
Descrição: Sessão para infusão de quimioterapia (01 medicamento administrado via SC ou IM), com composição e valores, incluindo na proposta as taxas, honorários e os materiais utilizados em quimioterapia subcutânea (SC) ou intramuscular (IM), para administração de quimioterapias com um medicamento SC ou IM.	
INCLUSÕES	
<p>LEITO AMBULATORIAL NO CENTRO DE INFUSÃO DE QUIMIOTERAPIA: INCLUI ACOLHIMENTO E ACOMODAÇÃO DO PACIENTE EM LEITO AMBULATORIAL (ATÉ 6H), REFEIÇÃO DURANTE A PERMANÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO, ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM (TAXA DE OBSERVAÇÃO DO PACIENTE), CURATIVO PÓS INFUSÃO DE QUIMIOTERÁPICO, TAXAS DE EQUIPAMENTOS (OXÍMETRO, MONITOR MULTIPARÂMETRO, CARRO DE URGÊNCIA E BOMBAS DE INFUSÃO), REDE DE GASOTERAPIA, ENXOVAL HOSPITALAR, TODOS OS PRODUTOS PARA ASSEPSIA E ANTISSEPSIA E TODOS OS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL.</p> <p>LOGÍSTICA, GERENCIAMENTO, MANIPULAÇÃO EM FLUXO LAMINAR E SUPRIMENTOS DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS: INCLUI TODA CADEIA LOGÍSTICA CONSIDERANDO DESDE A SELEÇÃO DOS PRODUTOS PARA SAÚDE (MATERIAIS MÉDICOS HOSPITALARES E MEDICAMENTOS) ATÉ A DISPENSAÇÃO. INCLUI TODOS OS ITENS NECESSÁRIOS PARA AS ETAPAS DE MANIPULAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA, PRÉ QUIMIOTERAPIA, INFUSÃO DE QUIMIOTERAPIA (TABELA 03). INCLUI MANIPULAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO ONCO HEMATOLÓGICOS DE ACORDO COM AS LEGISLAÇÕES VIGENTES, EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL E COLETIVO, MATERIAIS DESCARTÁVEIS E INSUMOS, EQUIPAMENTOS E PROFISSIONAIS PERTENCENTES A EQUIPE DE APOIO E MULTIDISCIPLINAR.</p> <p>ACOMPANHAMENTO MÉDICO DURANTE A INFUSÃO DA QUIMIOTERAPIA: INCLUI O ACOMPANHAMENTO DE PROFISSIONAL MÉDICO ONCOLOGISTA DURANTE A INFUSÃO DA QUIMIOTERAPIA E ATENDIMENTO PRIMÁRIO PARA INTERCORRÊNCIAS DURANTE A INFUSÃO.</p> <p>TABELA 03 – PCT 03: LISTA DE MATERIAIS UTILIZADOS PARA MANIPULAÇÃO, ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS PRÉ QUIMIOTERÁPICOS DURANTE A INFUSÃO INCLUSOS NO PACOTE E LISTA DE TAXAS DE EQUIPAMENTOS INCLUIDOS NO PACOTE E LISTA DE TAXAS E SERVIÇOS INCLUSOS.</p>	
EXCLUSÕES	
<p>CONSULTA MÉDICA (PRESCRIÇÃO DE QUIMIOTERAPIA) OU MULTIDISCIPLINAR, PARECER MÉDICO, ACOMPANHAMENTO DO MÉDICO AO PACIENTE ANTES E APÓS INFUSÃO DA QUIMIOTERAPIA; EXAMES LABORATORIAIS, EXAMES DE IMAGEM, E DIETAS ENTERAIS E PARENTERAIS.</p> <p>MATERIAIS ESPECIAIS DE ALTO CUSTO DOSE/UNIDADE (ACIMA DE R\$ 300,00 – TREZENTOS REAIS). REFERÊNCIA: VALORES DA TABELA PRÓPRIA ANEXO “M” DO EDITAL;</p> <p>MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO ONCO HEMATOLÓGICOS, TRATAMENTO ANTIMICROBIANOS E DEMAIS MEDICAMENTOS QUE NÃO ESTEJAM PADRONIZADOS PARA PRÉ QUIMIOTERAPIA (MEDICAMENTOS ADJUVANTES PARA USO ANTES E DEPOIS DA INFUSÃO DA QUIMIOTERAPIA) DOSE/UNIDADE (ACIMA DE R\$ 100,00 - CEM REAIS). REFERÊNCIA: VALORES DA CMED ATUALIZADA DE</p>	

ACORDO COM A DATA DA COBRANÇA.

PCT 03: TABELA 03			
TAXAS INCLUÍDAS	UNID. DE FORNEC.	QUANTE STIM. P/ USO	OBS.:
TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA QUIMIOTERAPIA	UNID	1	ANEXO L
TAXA MONITOR OXÍMETRO	UNID	1	ANEXO L
TAXA MONITOR MULTIPARÂMETRO	UNID	1	ANEXO L
OXIGÊNIO 3L/min (GASOTERAPIA)	UNID	1	ANEXO L
TAXA DE OBSERVAÇÃO ATÉ 6 HORAS – USO	UNID	1	ANEXO L
SERVIÇOS INCLUÍDOS	UNID. DE FORNEC.	QUANT. ESTIM. P/ USO	OBS.:
MANIPULAÇÃO EM CAPELA DE FLUXO LAMINAR	SERVIÇO	NA	NA
LOGÍSTICA, GERENCIAMENTO, MANIPULAÇÃO EM FLUXO LAMINAR E SUPRIMENTOS DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS	SERVIÇO	NA	NA
DIÁRIA DE LEITO AMBULATORIAL NO CENTRO DE INFUSÃO DE QUIMIOTERAPIA	SERVIÇO	NA	NA
ACOMPANHAMENTO MÉDICO DURANTE A ADMINISTRAÇÃO DA QUIMIOTERAPIA	SERVIÇO	NA	NA
DESCRIÇÃO: 1) MATERIAIS CONFORME ANEXO DE MATERIAIS/OPME/CONTRASTE E DIETAS 2)MEDICAMENTOS CONFORME CMED VIGENTE	UNID. DE FORNEC.	QUANT. ESTIM. P/ USO	OBS.:
ONDANSETRONA 8MG (VO)	COMP	1	PRE QT
PARACETAMOL 750MG (VO)	COM P	1	PRE QT
CURATIVO HIPOALERGÊNICO REDONDO 22MM	UNI D	1	ADMINIS T. SC / IM
SOLUÇÃO ALCOÓLICA DIGLICONATO DE CLOREXIDINA 0,5%, INDICADA COMO ANTISSÉPTICO TÓPICO, ANTISSEPSIA DO CAMPO OPERATÓRIO. EFEITO RESIDUAL CUMULATIVO, HIPOALERGÊNICO. USO HOSPITALAR. DEVE APRESENTAR FICHA DE INFORMAÇÃO DE	ML	10	ADMINIS T. SC / IM

SEGURANÇA DO PRODUTO QUÍMICO (FISPOQ)			
ALGODÃO - ELABORADO À PARTIR DE FIBRAS 100% ALGODÃO CRU, TRANSFORMADA EM ROLOS DE MANTAS UNIFORMES, POSSUEM CAMADA DE GOMA APLICADA EM UMA DAS FACES, SEM IMPUREZAS E FARPAS. NÃO ESTÉRIL	UNI D	1	ADMINIS T. SC / IM
LUVA CIRÚRGICA EM LÁTEX NATURAL, TAMANHO 8,0. ÍNTEGRO, TEXTURA UNIFORME E RESISTENTE A TRAÇÃO SEM PROVOCAR ESTIRAMENTO. COMPRIMENTO MÍNIMO DE 280 MM. SEM LUBRIFICANTE, ISENTO DE IRRITANTES DÉRMICOS, RESÍDUOS E IMPUREZAS. FORMATO ANATÔMICO, PUNHO AJUSTADO	PAR	1	ADMINIS T. SC / IM
AGULHA PARA ASPIRAÇÃO PONTA ROMBA 1,2 X 25 MM OU 18 G 1. CÂNULA DE AÇO INOXIDÁVEL RETA, SILICONADA, BISEL SIMPLES CANHÃO TRANSLÚCIDO COM ADAPTAÇÃO UNIVERSAL, ENCAIXE SEGURO E PROTETOR DE ENCAIXE FIRME. COM SISTEMA DE SEGURANÇA ACOPLADO À AGULHA	UNI D	1	ADMINIS T. SC / IM
AGULHA HIPODÉRMICA 25 X 7 MM OU 26 G 1/2. CÂNULA DE AÇO INOXIDÁVEL RETA, PAREDE FINA, SILICONADA, BISEL CURTO TRIFACETADO, CANHÃO TRANSLÚCIDO COM ADAPTAÇÃO UNIVERSAL, ENCAIXE SEGURO E PROTETOR DE ENCAIXE FIRME. COM SISTEMA DE SEGURANÇA ACOPLADO À AGUL	UNI D	1	ADMINIS T. SC / IM
LUVA CIRÚRGICA EM LÁTEX NATURAL, TAMANHO 8,0. ÍNTEGRO, TEXTURA UNIFORME E RESISTENTE A TRAÇÃO SEM PROVOCAR ESTIRAMENTO. COMPRIMENTO MÍNIMO DE 280 MM. SEM LUBRIFICANTE, ISENTO DE IRRITANTES DÉRMICOS, RESÍDUOS E IMPUREZAS. FORMATO ANATÔMICO, PUNHO AJUSTADO	PAR	1	ADMINIS T. SC / IM
SERINGA DESCARTÁVEL 5 ML, COM BICO LUER LOCK CENTRAL, CILINDRO EM POLIPROPILENO TRANSPARENTE COM ESCALA DE GRADUAÇÃO PRECISA MILIMETRADA E NUMERADA A CADA 5 ML, TRAÇOS E NÚMEROS LEGÍVEIS, ÊMBOLO COM TRAVA E PONTEIRA DE BORRACHA SILICONIZADA	UNID	1	ADMINIS T. SC / IM
GAZE EM COMPRESSA DE 7,5 X 7,5 CM, NÃO ESTÉRIL, 13 FIOS POR CM ² , 05 DOBRAS, 08 CAMADAS, COR BRANCA, 100% ALGODÃO, ISENTA DE RESÍDUO E IMPUREZAS E PRODUTOS	ENV	2	

TÓXICOS, PROMOVER ABSORÇÃO SEGURA, TRAMA REGULAR, CORTADA, DOBRADA E DISPOSTA DE FORMA UNIFORME			ADMINIS T. SC / IM
LUVA PARA PROCEDIMENTO NÃO CIRÚRGICO, CONFECCIONADA EM VINIL, TAMANHO MÉDIO (M)). NÃO ESTÉRIL, USO ÚNICO. TEXTURA UNIFORME, RESISTENTE A TRAÇÃO SEM PROVOCAR ESTIRAMENTO. FORMATO AMBIDESTRA, ISENTA DE TALCO LUBRIFICANTE, ISENTO DE IRRITANTES DÉRMICOS	UNI D	2	ADMINIS T. SC / IM
ÁLCOOL ETÍLICO HIDRATADO NA CONCENTRAÇÃO DE 70° INPM (70% EM PESO), INCOLOR, INDICADO COMO ANTISÉPTICO TÓPICO. ISENTA DE PARTÍCULAS A OLHO NU. EM FRASCO DE ALMOTOLIA DESCARTÁVEL (BICO RETO COM TAMPA ACOPLADA COM SISTEMA DE ABERTURA	ML	10	ADMINIS T. SC / IM
PROTETOR PARA TODOS OS TIPOS DE CONECTORES LUER LOCK FÊMEA E MACHO, COM ENCAIXE PERFEITO, SEM VAZAMENTOS, AJUSTÁVEL EM SERINGAS DE 1 A 50 ML. MATERIAL APIROGÊNICO, DESCARTÁVEL, EM EMBALAGEM UNITÁRIA E ESTÉRIL, CONTENDO A IDENTIFICAÇÃO DO PRODUTO	UNI D	1	ADMINIS T. SC / IM

PCT 04 - SESSÃO PARA ADMINISTRAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA - VO	VALOR R\$ 480,60
Descrição: Sessão para administração/ dispensação de Quimioterapia Oral (VO), com composição e valores, incluindo na proposta as taxas, honorários e os materiais utilizados em dispensação de quimioterapia oral (VO).	
INCLUSÕES	
<p>LEITO AMBULATORIAL NO CENTRO DE INFUSÃO DE QUIMIOTERAPIA: INCLUI ACOLHIMENTO E ACOMODAÇÃO DO PACIENTE EM LEITO AMBULATORIAL (ATÉ 6H), ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM (TAXA DE OBSERVAÇÃO DO PACIENTE), TODOS OS PRODUTOS PARA ASSEPSIA E ANTISSEPSIA E TODOS OS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL.</p> <p>LOGÍSTICA, GERENCIAMENTO, MANIPULAÇÃO EM FLUXO LAMINAR E SUPRIMENTOS DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS: INCLUI TODA CADEIA LOGÍSTICA CONSIDERANDO DESDE A SELEÇÃO DOS PRODUTOS PARA SAÚDE (MATERIAIS MÉDICOS HOSPITALARES E MEDICAMENTOS) ATÉ A DISPENSAÇÃO. INCLUI TODOS OS ITENS NECESSÁRIOS PARA A ETAPA DE FRACIONAMENTO DE QUIMIOTERAPIA EM FLUXO LAMINAR, EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL E COLETIVO, MATERIAIS DESCARTÁVEIS E INSUMOS, EQUIPAMENTOS E PROFISSIONAIS PERTENCENTES A EQUIPE DE APOIO E MULTIDISCIPLINAR (TABELA 05).</p>	

EXCLUSÕES
CONSULTA MÉDICA (PRESCRIÇÃO DE QUIMIOTERAPIA) OU MULTIDISCIPLINAR, PARECER MÉDICO, ACOMPANHAMENTO DO MÉDICO AO PACIENTE ANTES E APÓS INFUSÃO DA QUIMIOTERAPIA; EXAMES LABORATORIAIS, EXAMES DE IMAGEM, E DIETAS ENTERAIS E PARENTERAIS.

PACT 04: TABELA 04			
TAXAS INCLUÍDAS	UNID. DE FORNEC.	QUANT. ESTIM. P/ USO	OBS.:
TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA QUIMIOTERAPIA	UNID	1	ANEXO L
SERVIÇOS INCLUÍDOS	UNID. DE FORNEC.	QUANT. ESTIM. P/ USO	OBS.:
MANIPULAÇÃO EM CAPELA DE FLUXO LAMINAR	SERVIÇO	NA	NA
LOGÍSTICA, GERENCIAMENTO, MANIPULAÇÃO EM FLUXO LAMINAR E SUPRIMENTOS DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS	SERVIÇO	NA	NA

26. PACOTES ANESTÉSICOS

VALOR DO PACOTE	R\$ 327,72
MATERIAL INCLUSO	USO/QT.
OXIGÊNIO	01 hora
OXÍMETRO	01 hora
MASCARA LARÍNGEA	01 um
SEVORANE 100ML	30 ml
PROPOFOL – AMP. 20 ML	01 um
ESPARADRAPO BRANCO – 10 X 4,5	15 cm
SERINGA DESCARTÁVEL	04 um
INFUSO MÚLTIPLO 2 VIAS C/CLAMP	01 um
CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO – JELCO 20 OU 22 OU 24 OU 26	01 um
ALGODÃO HIDRÓFILO – BOLA	05 un
AGULHA DESCARTÁVEL 40 X 12	04 um
ALCOOL 70%	05 ml

*O pacote anestésico, com referência de 60 minutos, inclui os materiais e medicamentos acima descritos utilizados pelos anestesistas. Este pacote será inserido aos procedimentos com necessidade de anestesia.

27. PACOTE DE SERVIÇO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

PACOTE DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA	VALOR
CONSULTA INCLUI: CONSULTA COM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR MAIS O PLANEJAMENTO DE SEÇÃO COM JUSTIFICATIVA TÉCNICA.	R\$100,00
SESSÃO DE OXIGENOTERAPIA – INCLUI 01 SEÇÃO E CURATIVO NO DIA SEÇÃO.	R\$440,00

28. INSTRUÇÃO GERAL - HONORÁRIOS MÉDICOS E PROCEDIMENTOS EM GERAL

Os procedimentos em Pacotes não serão seguidos conforme a Tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM).

Será utilizada, para àqueles não precificados no Anexo “N”, a Tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), ano 2016 e UCO de R\$19,36 do Comunicado Oficial CBHPM do dia 18 de outubro 2016 e portes abaixo.

1A	R\$17,38	5C	R\$394,11	10B	R\$1.306,09
1B	R\$34,75	6A	R\$429,25	10C	R\$1.449,67
1C	R\$52,14	6B	R\$472,04	11A	R\$1.533,70
2A	R\$69,53	6C	R\$516,33	11B	R\$1.681,88
2B	R\$91,65	7A	R\$557,58	11C	R\$1.845,34
2C	R\$108,46	7B	R\$617,15	12A	R\$1.912,54
3A	R\$148,20	7C	R\$730,18	12B	R\$2.056,14
3B	R\$189,37	8A	R\$788,24	12C	R\$2.518,99
3C	R\$216,92	8B	R\$826,43	13A	R\$2.772,57
4A	R\$258,16	8C	R\$876,83	13B	R\$3.041,43
4B	R\$282,61	9A	R\$931,84	13C	R\$3.363,75
4C	R\$319,27	9B	R\$1.018,91	14A	R\$3.748,70
5A	R\$343,70	9C	R\$1.122,76	14B	R\$4.078,67
5B	R\$371,21	10A	R\$1.205,27	14C	R\$4.498,75
UCO=R\$19,36					



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
BASE AÉREA DE NATAL
GRUPO DE SAÚDE DE NATAL

ANEXO O – ASSISTÊNCIA DOMICILIAR À SAÚDE

1. ASSISTÊNCIA DOMICILIAR À SAÚDE (AD)

Atendimento prestado por visita de equipe multidisciplinar de profissionais da área de saúde integrada por médico, enfermeiro, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social a assistência de fisioterapeuta;

* Será pago o honorário do profissional da área de saúde que está prestando a assistência domiciliar;

2. INTERNAÇÃO DOMICILIAR (ID)

Consta de Supervisão de Enfermagem, Plantão Médico, adequação do ambiente domiciliar, Treinamento de Cuidador/Acompanhante, Central de Atendimento Telefônico, com médicos e enfermeiros capacitados para o atendimento domiciliar de urgência, Serviço de Urgência/Emergência 24 (vinte e quatro) horas, inclusive com remoção e orientação à família. Inclui, também, o mobiliário hospitalar para o período contratado, em regime de comodato, composto de uma cama hospitalar básica, sem rodas, com grade, uma cadeira de higiene, um suporte de soro, micronebulizador, glicosímetro e um aspirador de secreção; e

Quando for necessário, uma maleta de emergência deverá estar na residência do paciente ou de posse do médico nas visitas; e

3. VALORES DE HONORÁRIOS DE ENFERMAGEM - (AD)/(ID - Incluso na DIÁRIAS GLOBAIS)

Serviços de técnico de enfermagem durante o atendimento domiciliar para realização de curativos, administração de medicamentos por todas as vias, administração de dietas enterais, realização de higiene em pacientes acamados e, outros atendimentos de enfermagem que não requerem acompanhamento contínuo;

Inclui atendimento de Técnico de Enfermagem sob Supervisão de Enfermagem, sendo aplicado aos pacientes residentes em Natal e região metropolitana.

VALORES DE HONORÁRIOS DE ENFERMAGEM	
TAXA DE DESLOCAMENTO DO PROFISSIONAL (EQUIPE MULTIDISCIPLINAR) - NATAL/REGIÃO METROPOLITANA:	R\$ 30,66
VISITA DO TÉC DE ENFERMAGEM/ACOMPANHAMENTO – NATAL/REGIÃO METROPOLITANA:	R\$ 67,34
VISITA DO ENFERMEIRO/ ACOMPANHAMENTO: região Natal e região metropolitana;	R\$ 123,75

4. PROCEDIMENTOS VALORES DE HONORÁRIOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE - (AD)/(ID - Incluso na DIÁRIAS GLOBAIS)

VALORES DE HONORÁRIOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
VISITA DO MÉDICO: R\$ 304,91 por visita região Natal;	
VISITA DO MÉDICO: R\$ 320,25 por visita região Natal e região metropolitana;	
CONSULTA COM MÉDICO GENERALISTA: R\$ 293,05 por visita região Natal e região metropolitana;	
CONSULTA COM MÉDICO ESPECIALISTA: R\$ 430,92 por visita região Natal e região metropolitana;	
ATENDIMENTO MÉDICO EM URGÊNCIA (APH): R\$ 337,28 por visita região Natal e região metropolitana;	
VISITA / AVALIAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA: FISIOTERAPIA MOTORA: R\$ 64,27 Por sessão.	
VISITA / AVALIAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA: FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA:R\$ 64,27 por sessão.	
VISITA /AVALIAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA: FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA – NATAL: R\$ 86,95	
VISITA /AVALIAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA: FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA - REGIÃO METROPOLITANA: R\$ 86,95	

VISITA / AVALIAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL: R\$ 81,14 por consulta e sessão região Natal e região metropolitana;
VISITA / AVALIAÇÃO DO FONOAUDIÓLOGO: R\$ 78,70 por consulta e sessão região Natal e região metropolitana;
VISITA / AVALIAÇÃO DO PSICÓLOGO: R\$ 93,72 por consulta e sessão região Natal e região metropolitana;
VISITA / AVALIAÇÃO DO NUTRICIONISTA: R\$ 86,87 por consulta e avaliação região Natal e região metropolitana;
VISITA / AVALIAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL: R\$ 89,88 por consulta região Natal e região metropolitana;

5. TAXA DE EQUIPAMENTOS(AD)/(ID - Incluso na DIÁRIAS GLOBAIS)

Valores referentes às locações:

TX	ITEM (LOCAÇÃO DIÁRIA)	VALOR
TX	CAMA HOSPITALAR COM 3 ELEVAÇÕES E GRADES + COLCHÃO	R\$ 6,95
TX	CADEIRA HIGIÊNICA	R\$ 5,62
TX	CADEIRA DE RODAS	R\$ 7,35
TX	OXÍMETRO DE PULSO	R\$ 14,29
TX	RESPIRADOR DE PRESSÃO	R\$ 103,93
TX	MONITOR CARDÍACO	R\$ 57,46
TX	VENTILADOR VOLUMÉTRICO	R\$ 101,91
TX	RESPIRADOR TRILOGY	R\$ 105,92
TX	CONCENTRADOR DE OXIGÊNIO COM BACK UP	R\$ 25,39
TX	ASPIRADOR PORTÁTIL	R\$ 4,97
TX	CPAP	R\$ 24,44
TX	BIPAP	R\$ 63,05
TX	SUORTE DE SORO TRIPÉ COM RODÍZIOS	R\$ 1,34
TX	CILINDRO DE AR COMPRIMIDO/OXIGÊNIO	R\$ 1,74
TX	BASE DE UMIDIFICAÇÃO	R\$ 7,67
TX	NO-BREAK	R\$ 8,37

TX	MACRONEBULIZADOR FRIO	R\$ 4,16
TX	COUGH ASSIST	R\$ 61,09

6. INSTRUÇÕES GERAIS:

No valor das diárias deverão estar incluídos:

- Troca de roupa de cama e banho de paciente; Cuidados e materiais de uso na desinfecção ambiental;
- Administração de dieta do paciente, de acordo com a prescrição médica, incluso dietas especiais (enterais, por sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia ou ileostomia);
- Cuidados de enfermagem: Administração de medicamentos por todas as vias; Preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos; Controle de sinais vitais; Controle de diurese; Sondagens; Mudança de decúbito; Locomoção interna do paciente; Preparo do paciente para procedimentos médicos (enteroclisma, tricotomia, etc); Cuidados e higiene pessoal do paciente; preparo do corpo em caso de óbito;
- Orientação nutricional no momento da alta; Aspirador de secreções;
- Atendimento pelo médico plantonista nas intercorrências clínicas; e Equipamentos de proteção individual (EPI).
- As taxas de assepsia e vigilância epidemiológica não serão cobertas.As medicações serão pagas conforme prescrição médica, mas em caso de medicações similares ou genéricos existentes no mercado serão pagos os valores médios dos genéricos.
- As medicações profiláticas e de uso contínuo e/ou uso crônico (anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, diuréticos, ansiolíticos, antidepressivos, entre outros), as pomadas preventivas e hidratantes, bem como as fraldas descartáveis dos pacientes devem ser custeadas pelo beneficiário ou representante legal.
- Referencial para cobrança de medicamentos:
- Xylocaína líquida: será cobrada por ml;
- Xylocaína gel: será cobrada em gramas, sendo a sondagem vesical feminina = 10 (dez) gramas e a sondagem vesical masculina = 20 (vinte) gramas; e
- Dersani: será cobrado 20 (vinte) ml por lesão, somente com prescrição. Os materiais serão pagos conforme estabelecido no item 6 deste contrato.
- Será pago o valor de uma visita semanal ao médico desde que conste no prontuário a evolução com assinatura do respectivo médico assistente.
- Não será pago coleta de exames pelos serviços terceirizados.
- Os materiais de punção deverão ser justificados quando utilizado em quantidade superior ao indicado.
- Os horários de admissão e da alta do paciente deverão estar registrados. Na falta deste implicará o não pagamento da taxa de diária.
- Os curativos serão pagos mediante prescrição médica e/ou do enfermeiro e descrição da

enfermagem. Luva estéril somente para procedimento invasivo e asséptico.

- As torneirinhas serão pagas somente em caso de infusão contínua e múltiplas medicações, não serão cobertas quando estiverem cobrando juntamente com o equipo com injetor lateral.
- Os curativos especiais serão pagos conforme item 14, deste contrato, com a devida prescrição médica ou do serviço de comissão de curativos.
- Sonda vesical de demora somente com prescrição médica e checagem da enfermagem, em caso de troca deverá ter justificativa.
- Colchão caixa de ovo devem ser custeadas pelo beneficiário ou representante legal.

7.MATERIAIS DESCARTÁVEIS NÃO COBERTOS PELO FUNSA:

MATERIAIS DESCARTÁVEIS NÃO COBERTOS PELO FUNSA:	
Absorvente Higiénico.	Cotonete, sabonete.
Aconchego.	Creme dental
Água oxigenada.	Dispositivo anti-trombolítico.
Aparelho para barbear/tricotomia.	Escova de dente.
Aquecedor e manta térmica.	Esponja para banho.
Bacia plástica.	Estabilizador de tornozelo, Tipóias.
Band-aid.	Faixa elástica pós-operatória.
Blusas descartáveis.	Filtro para leucócitos, hemácias e plaquetas.
Bolsa de água quente.	Fiso-Hex, povidine.
Bom ar.	Fraldas descartáveis.
Cinta lombar.	Imobilizador.
Clorohex.	Manta, Sandália para gesso.
Colete lombar.	Manteiga de cacau.
Combi-red (tampa para soro)	Meia elástica.
Copo descartável.	Meia, cinta, atadura e calça elástica
Pasta gel.	Sandálias para gesso e palmilha para calcâneo.

8. DETERMINAÇÕES SOBRE OPME DESCARTÁVEIS E REUTILIZÁVEIS.

- **ÁGUA DESTILADA PARA RESPIRADORES:** Será pago 01 (um) frasco de 500 (quinhentos) ml por dia, para vidro de umidificador 250 (duzentos e cinquenta) ml e em caso de micronebulização ou 01 (uma) ampola por sessão.
- **ASPIRAÇÃO TRAQUEAL:** pagar 01 (uma) sonda, 01 (um) par de luvas de plástico e 01 (um) Soro Fisiológico ou Água Bidestilada de 10 (dez) ml por aspiração, até 06 (seis) por dia.
- **ATADURA DE CREPON:** Será pago somente quando houver indicação, não será coberto em caso de contenção no leito.
- **BOLSA COLETORA DE URINA SISTEMA FECHADO:** será pago mediante a prescrição de sondagem vesical de demora, sua troca terá que ter justificativa.
- **BOLSA DE COLOSTOMIA CARAYA:** Será pago uma a cada 07 (sete) dias, e em caso justificado pelo enfermeiro.
- **BOLSA DE COLOSTOMIA PLÁSTICO:** 03 (três) por dia.
- **BOLSA DESCARTÁVEL ENTERAL / PARENTERAL –** realizar troca conforme o prazo estipulado pelo fabricante.
- **CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA:** Será pago 01 (uma) por traqueostomia, troca somente em caso de obstrução ou se o balão furar, a descrição deverá estar registrada em prontuário. A embalagem deverá ser anexada.
- **CATETER DE OXIGÊNIO:** Será pago 01 (um) por mês.
- **CATETER HEPARINIZADO OU SALINIZADO:** somente com prescrição e pagar 01 (uma) seringa de 10 (dez) ml, 01 (uma) agulha de 25/07, 01 (uma) ampola de SF ou 0.2 ml de heparina.
- **COLETOR DE SISTEMA ABERTO:** será pago 01 (uma) a cada 03 (três) dias.
- **COLETOR DE URINA TIPO CAMISINHA:** será pago 01 (uma) por dia mediante evolução de enfermagem.
- **EQUIPOS:** infusão NPT e QT o pagamento será para cada troca de esquema.
- **EQUIPO DE INFUSÃO DE DIETAS ENTERAIS:** o pagamento será a cada 24 (vinte e quatro) horas.
- **EQUIPO INFUSÃO DE DROGAS E SOROTERAPIA:** o pagamento será a cada 72 (setenta e duas) horas e para neonatal 48 (quarenta e oito) horas.
- **EQUIPO INFUSÃO DE DROGAS FOTOSSENSÍVEIS:** o pagamento será por droga/soro aplicada/ dia utilizado.
- **JELCOS E SCALPS:** Será pago 01 (um) a cada 03 (três) dias. Quando necessitar de uma quantidade maior terá que ser justificado.
- **LUVA ESTÉRIL:** Será pago somente para procedimento estéril.
- **SONDA NASOGÁSTRICA:** Será pago valor integral, sua troca será com indicação médica ou do enfermeiro, registrado em prontuário.
- **SONDA NASOENTÉRICA:** Será pago uma por internação, sua troca será autorizada em caso de internação prolongada por mais de 90 (noventa) dias ou com justificativa médica. Sua

embalagem deverá estar anexada em prontuário.

- TUBO TRAQUEAL DESCARTÁVEL: pagamento integral.

Observação:

Mediante justificativa médica, os fracionamentos poderão ser reavaliados durante auditoria, os mesmos estarão submetidos às normas da ANVISA e ANS.

**9. CLASSIFICAÇÃO DOS CURATIVOS PARA PAGAMENTO DE TAXAS:
(ID - Incluso na DIÁRIAS GLOBAIS)**

Tabela com a classificação dos curativos – PROTOCOLO DIRSA:

TAMANHO	EXTENSÃO	PROFUNDIDADE	EXSUDAÇÃO	POMADA/ SOLUÇÃO	QUANTIDADE
Pequeno	Variável	Lesão de epiderme	Ausente	Dermazine Dersani Kollagenas e Age	10 ml 10 g 10 ml 10ml
Médio	Variável	Lesão de epiderme e parcial da derme	Mínima a Moderada	Dermasine Dersani Kollagenas e Age	15 ml 15 ml 15 g 15 ml
Grande	Variável	Toda a derme e epiderme destruída	Abundante	Dermasine Dersane Kollagenas e Age	20 ml 20 ml 20 g. 20 ml

10. VALORAÇÃO DOS CURATIVOS – ASSISTÊNCIA DOMICILIAR (AD)/(ID - Incluso na DIÁRIAS GLOBAIS)

DESCRIÇÃO	VALOR
CURATIVOS - CURATIVOS P OU M 1X AO DIA. INCLUI: MATERIAL CONFORME PROTOCOLO DA DIRSA.	R\$ 131,10
CURATIVOS - CURATIVOS P OU M 2X AO DIA. INCLUI: MATERIAL CONFORME PROTOCOLO DA DIRSA.	R\$ 175,84
CURATIVOS - CURATIVOS G 1X AO DIA. INCLUI: MATERIAL CONFORME PROTOCOLO DA DIRSA.	R\$ 204,88

11. CURATIVOS ESPECIAIS – ASSISTÊNCIA DOMICILIAR(AD)/(ID - Incluso na DIÁRIAS GLOBAIS)

Serão pagos, mediante prescrição médica ou de acordo com a tabela abaixo:

DESCRIÇÃO DO CURATIVO	FREQUÊNCIA DE TROCAS
ALGINATO DE CÁLCIO, CARVÃO ATIVADO C/ PRATA	A CADA 03 (TRÊS) DIAS
HIDROCOLÓIDE, HIDROGEL	DE 04 (QUATRO) A 07 (SETE) DIAS

Caso seja necessário realizar trocas de curativos com frequência maior do que o especificado as solicitações deverão ser justificadas, por escrito, pelo médico e enfermeiro.

12. TRANSPORTES (AD)/(ID - Incluso na DIÁRIAS GLOBAIS)

Remoção do paciente partindo de sua residência para qualquer outro destino em Natal ou Região Metropolitana:

TRANSPORTES	VALOR
TAXA DE AMBULÂNCIA CONVENCIONAL - IDA E VOLTA	R\$321,42
TAXA DE AMBULÂNCIA CONVENCIONAL - IDA (TRANSFERÊNCIA)	R\$247,81
TAXA DE OXIGÊNIO NA REMOÇÃO AMBULÂNCIA CONVENCIONAL -(VALOR DO M3)R\$ 18,27	R\$ 18,27

13. PACOTES/SERVIÇOS (AD)/(ID- Já incluso nas Diárias Globais)

DOMICILIAR	SERVIÇOS	VALOR
DOMICILIAR	TROCA DE CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA (PACOTE INCLUI: MATERIAL + HONORÁRIO/MÉDICO).	R\$ 513,08
DOMICILIAR	ADMINISTRAÇÃO DE QUIMIOTERÁPICOS (PACOTE INCLUI: MATERIAL + HONORÁRIO/ENFERMEIRO).	R\$ 65,99

DOMICILIAR	TROCA DE BUTTON GTM (PACOTE INCLUI: MATERIAL + HONORÁRIO/MÉDICO).	R\$ 503,00
DOMICILIAR	TROCA DE BUTTON GTM (PACOTE INCLUI MEDICAMENTOS, MATERIAIS, TAXAS E HONORÁRIOS DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR).	R\$ 1.996,61
DOMICILIAR	INSERÇÃO E REMOÇÃO DE SONDA DE GASTROSTOMIA (PACOTE INCLUI: MATERIAL + HONORÁRIO/MÉDICO).	R\$ 450,03
DOMICILIAR	MATERIAL/COLETA PARA COLETA DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS PARA EXAMES LABORATORIAIS (PACOTE INCLUI: MATERIAL + HONORÁRIO/ENFERMAGEM).	R\$ 114,21

DOMICILIAR	RETIRADA DE PONTOS (PACOTE INCLUI: MATERIAL + HONORÁRIO/ENFERMAGEM).	R\$ 76,69
DOMICILIAR	TROCA DE BOLSA DE COLOSTOMIA E JEJUNOSTOMIA (PACOTE INCLUI: MATERIAL + HONORÁRIO MÉDICO).	R\$ 135,33
DOMICILIAR	TESTE DE GLICEMIA (PACOTE INCLUI: MATERIAL E HONORÁRIO/ENFERMAGEM).	R\$ 74,77
DOMICILIAR	PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA (PACOTE INCLUI: MATERIAL E HONORÁRIO/ENFERMAGEM).	R\$ 101,44
DOMICILIAR	PUNÇÃO DE PORT CART (SEM MAT/MED) (PACOTE INCLUI: HONORÁRIO/ENFERMEIRO).	R\$ 249,86

14. DIÁRIA GLOBAL – INTERNAÇÃO DOMICILIAR (ID):

DIÁRIAS GLOBAIS	VALOR
14.1 DIÁRIA GLOBAL DE BAIXA COMPLEXIDADE 06HS	R\$ 491,09
14.2 DIÁRIA GLOBAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE 12HS	R\$ 717,75

14.3 DIÁRIA GLOBAL DE ALTA COMPLEXIDADE 24HS	R\$ 1.148,87
14.5 DIÁRIA DE SUPORTE VENTILATÓRIO	R\$ 223,66

14.1 DIÁRIAS GLOBAIS BAIXA COMPLEXIDADE – 06Hs

ITENS INCLUSOS NAS DIÁRIAS GLOBAIS BAIXA COMPLEXIDADE – 06Hs:

INCLUI TODAS AS TAXAS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS PARA A ASSISTÊNCIA DOMICILIAR DE 06H: cama hospitalar mecânica, colchão, escada para cama hospitalar, cadeira higiênica, cadeira de rodas, suporte de soro, aspirador de secreção, bomba de infusão, oxímetro de pulso, monitor cardíaco, eletrocardiógrafo, equipamentos para controle de sinais vitais (esfigmomanômetro, estetoscópio, aparelho para glicemia capilar e termômetro). conexão para aspiração, bomba e pressão, conector, cadeira de apoio para banho, cânula de guedel, patinho ou comadre, poltrona ortopédica, armário operacional, entre outras taxas e equipamentos necessários para assistência.

SUPORTE EQUIPE MULTIDISCIPLINAR: visita do médico assistente (01) uma vez por semana, consulta/visita com médico generalista, consulta/visita com médico especialista, atendimento de urgência e emergência com médico especialista e generalista, plantão de técnico em enfermagem por 06 (seis) horas/diárias, visita do enfermeiro (01) duas vezes por semana, atendimento médico de emergência, suporte de serviço social com uma visita semanal. Acompanhamento quinzenal realizado por nutricionista, avaliação de fisioterapeuta, terapia ocupacional, fonoaudiólogo e psicólogo sempre que houver indicação médica; Sessões ilimitadas de fisioterapia motora e respiratória ou qualquer outra subespecialidade da fisioterapia; sessões ilimitadas de fonoaudiologia; sessões ilimitadas de nutricionista; sessões ilimitadas de psicólogo, sessões ilimitadas de terapeuta ocupacional. Cuidados e procedimentos de responsabilidade da equipe multidisciplinar inerente a responsabilidade dos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar médico, enfermeiro, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo e técnico de enfermagem.

MATERIAIS DESCARTÁVEIS: TODO E QUALQUER DESCARTÁVEL USADO NO PACIENTE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR DE 06H INCLUI: equipamentos em geral, Cpap, cateter mono lúmen, cateter duplo lúmen, sonda nasogástrica, nasoenteral e gastrostomia, sonda vesical de demora e alívio, cânulas de traqueostomia, os materiais específicos para diálise peritoneal, materiais para coleta de exames laboratoriais, circuitos para ventilador, inalador e aspirador; Fixador de tubo traqueal, fixador externo, frascos para exame, gaze radiopaca, gorro, máscaras, propés, aventais e capote, látex extensor de O2, máscara laríngea. micro por espaçador entre outros materiais necessários.

MEDICAMENTOS: TODO E QUALQUER MEDICAMENTO, EXCETO albumina humana, hemoderivados, antibióticos de última geração, quimioterápicos e imunossupressores.

CURATIVOS: incluso todo e qualquer material, coberturas e medicamentos utilizados em úlceras gerais e de qualquer profundidade, frequência, entre outros materiais necessários.

SERVIÇOS DE APOIO: central de atendimento 24 horas por dia para gerenciamento de

casos, equipe médica e de enfermagem em plantão alcançável 24 horas por dia todos os dias e treinamento sistematizado de um familiar e/ou cuidador. Materiais para atendimento de emergência em stand by: mala de emergência, desfibrilador, mala de atendimento respiratório (ambu com máscara, laringoscópio e cânula de Guedel), entre outros materiais necessários.

REMOÇÕES: do hospital para a residência, no momento da internação domiciliar e da residência para o hospital, em caso de reinternação hospitalar, para avaliação/tratamento de médico especialista nas Clínicas e Hospitais credenciados, tratamento odontológico e serviços multidisciplinares, caso o SAD não disponha de profissional que vá ao domicílio; e relatórios técnicos: envio mensal.

14.2 DIÁRIAS GLOBAIS MÉDIA COMPLEXIDADE – 12Hs

ITENS INCLUSOS NAS DIÁRIAS GLOBAIS MÉDIA COMPLEXIDADE – 12Hs:

Inclui todas as taxas/equipamentos necessários para a assistência domiciliar de 12h: cama hospitalar mecânica, colchão, escada para cama hospitalar, cadeira higiênica, cadeira de rodas, suporte de soro, aspirador de secreção, bomba de infusão, oxímetro de pulso, monitor cardíaco, eletrocardiógrafo, equipamentos para controle de sinais vitais (esfigmomanômetro, estetoscópio, aparelho para glicemia capilar e termômetro). Conexão para aspiração, bomba e pressão, conector, cadeira de apoio para banho, cânula de guedel, patininho ou comadre, poltrona ortopédica, armário operacional, entre outras taxas e equipamentos necessários para assistência.

Suporte equipe multidisciplinar: visita do médico assistente (01) uma vez por semana, consulta/visita com médico generalista, consulta/visita com médico especialista, atendimento de urgência e emergência com médico especialista e generalista plantão de técnico em enfermagem por 12 (doze) horas/diárias, visita do enfermeiro (01) duas vezes por semana, atendimento médico de emergência, suporte de serviço social com uma visita semanal. Acompanhamento quinzenal realizado por nutricionista, avaliação de fisioterapeuta, terapia ocupacional, fonoaudiólogo e psicólogo sempre que houver indicação médica; Sessões ilimitadas de fisioterapia motora e respiratória ou qualquer outra subespecialidade da fisioterapia; sessões ilimitadas de fonoaudiologia; sessões ilimitadas de nutricionista; sessões ilimitadas de psicólogo, sessões ilimitadas de terapeuta ocupacional. Cuidados e procedimentos de responsabilidade da equipe multidisciplinar inerente a responsabilidade dos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar médico, enfermeiro, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo e técnico de enfermagem.

Materiais descartáveis: todo e qualquer descartável usado no paciente assistência domiciliar de 12h inclui, equipos em geral, Cpap, cateter mono lúmen, cateter duplo lúmen, sonda nasogástrica, nasoenteral e gastrostomia, sonda vesical de demora e alívio, cânulas de traqueostomia, os materiais específicos para diálise peritoneal, materiais para coleta de exames laboratoriais, circuitos para ventilador, inalador e aspirador; Fixador de tubo traqueal, fixador externo, frascos para exame, gaze radiopaca, gorro, máscaras, propés, aventais e capote, látex extensor de O2, máscara laríngea. micro por espaçador entre outros materiais necessários.

Medicamentos: todo e qualquer medicamento, exceto albumina humana, hemoderivados, antibióticos de última geração, quimioterápicos e imunossupressores.

Curativos: incluso todo e qualquer material, coberturas e medicamentos utilizados em úlceras gerais e de qualquer profundidade, frequência, entre outros materiais necessários.

Serviços de Apoio: central de atendimento 24 horas por dia para gerenciamento de casos, equipe médica e de enfermagem em plantão alcançável 24 horas por dia todos os dias e treinamento sistematizado de um familiar e/ou cuidador. Materiais para atendimento de emergência em stand by: mala de emergência, desfibrilador, mala de atendimento respiratório (ambu com máscara, laringoscópio e cânula de Guedel), entre outros materiais necessários.

Remoções: do hospital para a residência, no momento da internação domiciliar e da residência para o hospital, em caso de reinternação hospitalar, para avaliação/tratamento de médico especialista nas Clínicas e Hospitais credenciados, tratamento odontológico e serviços multidisciplinares, caso o SAD não disponha de profissional que vá ao domicílio; e relatórios técnicos: envio mensal.

14.3 DIÁRIAS GLOBAIS ALTA COMPLEXIDADE – 24Hs

ITENS INCLUSOS NAS DIÁRIAS GLOBAIS ALTA COMPLEXIDADE – 24Hs:

Inclui todas as taxas/equipamentos necessários para a assistência domiciliar de 24h cama hospitalar mecânica, colchão, escada para cama hospitalar, cadeira higiênica, cadeira de rodas, estetoscópio, aparelho para glicemia capilar e termômetro). conexão para aspiração, bomba e pressão, conector, cadeira de apoio para banho, cânula de guedel, patinho ou comadre, poltrona ortopédica, armário operacional, entre outras taxas e equipamentos necessários para assistência.

Suporte equipe multidisciplinar: visita do médico assistente (01) duas vezes por semana, consulta/visita com médico generalista, consulta/visita com médico especialista, atendimento de urgência e emergência com médico especialista e generalista, plantão de técnico em enfermagem por 24 (vinte e quatro) horas/diárias, visita do enfermeiro (02) três vezes por semana, atendimento médico de emergência, suporte de serviço social na admissão e sempre que houver demanda. Acompanhamento quinzenal realizado por nutricionista, avaliação de fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e psicólogo sempre que houver indicação médica; Sessões ilimitadas de fisioterapia motora e respiratória ou qualquer outra subespecialidade da fisioterapia; sessões ilimitadas de fonoaudiologia; sessões ilimitadas de nutricionista; sessões ilimitadas de psicólogo, sessões ilimitadas de terapeuta ocupacional. Cuidados e procedimentos de responsabilidade da equipe multidisciplinar inerente a responsabilidade dos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar médico, enfermeiro, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo e técnico de enfermagem.

Materiais descartáveis: todo e qualquer descartável usado no paciente assistência domiciliar de 24h inclui, equipos em geral, Cpap, cateter mono lúmen, cateter duplo lúmen, sonda nasogástrica, nasoenteral e gastrostomia, sonda vesical de demora e alívio, cânulas de traqueostomia, os materiais específicos para diálise peritoneal, materiais para coleta de exames laboratoriais, circuitos para ventilador, inalador e aspirador; Fixador de tubo traqueal, fixador externo, frascos para exame, gaze radiopaca, gorro, máscaras, propés, aventais e capote, látex extensor de O2, máscara laríngea. micro

por espaçador entre outros materiais necessários.

Medicamentos: todo e qualquer medicamento, exceto albumina humana, hemoderivados, antibióticos de última geração, quimioterápicos e imunossupressores.

Curativos: incluso todo e qualquer material, coberturas e medicamentos utilizados em úlceras gerais e de qualquer profundidade, frequência, entre outros materiais necessários.

Serviços de Apoio: central de atendimento 24 horas por dia para gerenciamento de casos, equipe médica e de enfermagem em plantão alcançável 24 horas por dia todos os dias e treinamento sistematizado de um familiar e/ou cuidador. Materiais para atendimento de emergência em stand by: mala de emergência, desfibrilador, mala de atendimento respiratório (ambu com máscara, laringoscópio e cânula de Guedel), entre outros materiais necessários.

Remoções: do hospital para a residência, no momento da internação domiciliar e da residência para o hospital, em caso de reinternação hospitalar, para avaliação/tratamento de médico especialista nas Clínicas e Hospitais credenciados, tratamento odontológico e serviços multidisciplinares, caso o SAD não disponha de profissional que vá ao domicílio; e relatórios técnicos: envio mensal.

14.4 DIÁRIA DE SUPORTE VENTILATÓRIO

DIÁRIA DE SUPORTE VENTILATÓRIO	VALOR
Incluso: todo e qualquer equipamento, insumo envolvido para manutenção do suporte ventilatório, cilindros, carga de oxigênio, látex, borracha de silicone, filtro, água destilada, máscara, tubo, cânulas, sonda, bateria, no-break, respirador específico (volumétrico ou de pressão), manutenção preventiva dos aparelhos. cilindro de oxigênio com válvula de aspiração, incluindo oxigênio em qualquer volume, entre outros materiais/taxas/profissionais necessários.	R\$ 223,66

***REGIÃO METROPOLITANA DE NATAL/RN:** Ceará – Mirim, Macaíba, São Gonçalo e Parnamirim, Extremoz, Nísia Floresta e São José de Mipibu.



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
BASE AÉREA DE NATAL
GRUPO DE SAÚDE DE NATAL

ANEXO P – TABELA DE ESPECIALIDADES NÃO MÉDICAS

1. INSTRUÇÕES GERAIS

As sessões de Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Nutrição não poderão ter duração inferior a 50 minutos. Respeitando se o atendimento é individualizado ou atendimento em grupo.

Psicologia para pacientes internados: limitada a uma sessão de psicologia por dia para paciente internado mediante apresentação de indicação médica. No caso de solicitação e acompanhamento psicológico para a família, a solicitação deverá ser encaminhada para o Serviço de Grupo de Saúde de Natal.

Atendimento de psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional e nutrição devem ser encaminhados pelo Grupo de Saúde de Natal acompanhada do laudo de especialista para análise e autorização prévia.

2. SERVIÇOS DE PSICOLOGIA

DESCRIÇÃO	PROCEDIMENTO	VALOR
PACOTE	AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA	R\$ 106,82
PACOTE	ENTREVISTA INICIAL	R\$ 85,38
PACOTE	AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ESCOLAR E APRENDIZAGEM	R\$ 74,40
PACOTE	AVALIAÇÃO DE ASPECTOS COGNITIVOS	R\$ 74,40
PACOTE	AVALIAÇÃO PSICOMOTORA	R\$ 74,40
PACOTE	AVALIAÇÃO DA PERSONALIDADE	R\$ 85,38
PACOTE	AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA	R\$ 111,54
PACOTE	AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA PARA CONCESSÃO DE REGISTRO DE PORTE DE ARMAS	R\$ 97,59
PACOTE	PSICOMOTRICIDADE INDIVIDUAL	R\$ 53,21
PACOTE	PSICOMOTRICIDADE EM GRUPO	R\$ 44,34

PACOTE	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	R\$ 62,07
PACOTE	PSICOTERAPIA CASAL	R\$ 71,24
PACOTE	PSICOTERAPIA FAMILIAR	R\$ 71,24
PACOTE	PSICOTERAPIA EM GRUPO	R\$ 51,45

3. SERVIÇOS DE FONOAUDIOLOGIA

DESCRIÇÃO	PROCEDIMENTO	VALOR
PACOTE	CONSULTA/ANAMNESE/AVALIAÇÃO	R\$ 77,86
PACOTE	SESSÃO INDIVIDUAL	R\$ 70,00
PACOTE	SESSÃO EM GRUPO (POR PESSOA)	R\$ 87,50
PACOTE	CONSULTA UTI NEONATAL, UTI PEDIÁTRICA E UTI GERAL	R\$ 87,50
PACOTE	SESSÃO HOSPITALAR	R\$ 62,29
PACOTE	INTERNAÇÃO, CONSULTA EM UNIDADE DE NEUROCIRURGIA, EMERGÊNCIA OU GERAL	R\$ 62,29
PACOTE	ANÁLISE OROMIOFUNCIONAL	R\$ 103,50
PACOTE	AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL	R\$ 92,00
PACOTE	GANHO FUNCIONAL OU DE INSERÇÃO DE A.A.S.I	R\$ 87,50
PACOTE	IMITÂNCIOMETRIA COM PESQUISA DO REFLEXO ESTAPÉDICO	R\$ 50,00
PACOTE	AUDIOMETRIA INFANTIL CONDICIONADA	R\$ 105,00
PACOTE	AUDIOMETRIA OCUPACIONAL OU DE SELEÇÃO	R\$ 21,00
PACOTE	INDICAÇÃO OCUPACIONAL OU DE SELEÇÃO DE ASSI (POR SESSÃO)	R\$ 24,15
PACOTE	FALA	R\$ 77,86
PACOTE	FALA COM UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	R\$ 103,50
PACOTE	LINGUAGEM	R\$ 77,86
PACOTE	VIDEOFLUROSCOPIA/NASOFRIBOSCOPIA DA DEGLUTIÇÃO	R\$ 105,00
PACOTE	VOCAL COM UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	R\$ 94,67
PACOTE	OTOEMISSION ACÚSTICA EVOCADA	R\$ 79,77
PACOTE	PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL	R\$ 300,00
PACOTE	TESTES VESTIBULARES, COM PROVA CALÓRICA COM ELETRONISTAGMOGRAFIA	R\$ 133,00
PACOTE	BERA INFANTIL	R\$ 150,00

PACOTE	BERA ADULTO	R\$ 180,00
PACOTE	REABILITAÇÃO LABIRÍNTICA (POR SESSÃO)	R\$ 62,29

4. SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA

DESCRIÇÃO	PROCEDIMENTO	VALOR
PACOTE	CONSULTA AMBULATORIAL	R\$ 53,00
PACOTE	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA- AMBULATORIAL/ HOSPITALAR, NAS DISFUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL E/OU PERIFÉRICO, PACIENTE INDEPENDENTE OU COM DEPENDÊNCIA PARCIAL.	R\$ 50,40
PACOTE	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA- AMBULATORIAL/ HOSPITALAR, NAS DISFUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL E/OU PERIFÉRICO, PACIENTE COM DEPENDÊNCIA TOTAL.	R\$ 84,67
PACOTE	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA- AMBULATORIAL/ HOSPITALAR, NAS DISFUNÇÕES DO SISTEMA LOCOMOTOR (MÚSCULO ESQUELÉTICA), PACIENTE INDEPENDENTE OU COM DEPENDÊNCIA PARCIAL.	R\$ 47,04
PACOTE	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA- AMBULATORIAL/ HOSPITALAR, NAS DISFUNÇÕES DO SISTEMA LOCOMOTOR (MÚSCULO ESQUELÉTICA), PACIENTE DEPENDÊNCIA TOTAL.	R\$ 70,56
PACOTE	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA- AMBULATORIAL, NAS DISFUNÇÕES DO SISTEMA RESPIRATÓRIO CLÍNICA E/OU CIRÚRGICA ATENDIDO EM PROGRAMAS DE RECUPERAÇÃO FUNCIONAL CARDIOPULMONAR, EM GRUPO	R\$ 40,32
PACOTE	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA- AMBULATORIAL, NAS DISFUNÇÕES DO SISTEMA RESPIRATÓRIO CLÍNICA E/OU CIRÚRGICA ATENDIDO EM PROGRAMAS DE RECUPERAÇÃO FUNCIONAL CARDIOPULMONAR, DE FORMA INDIVIDUALIZADA	R\$ 75,60
PACOTE	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA-HOSPITALAR, NAS DISFUNÇÕES DO SISTEMA RESPIRATÓRIO EM ATENDIMENTO HOSPITALAR NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO (ENFERMARIA E APARTAMENTO)	R\$ 74,75
PACOTE	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA-HOSPITALAR, NAS DISFUNÇÕES DO SISTEMA RESPIRATÓRIO EM ATENDIMENTO HOSPITALAR NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO (ENFERMARIA E APARTAMENTO) NECESSITANDO DE ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA.	R\$ 93,15

PACOTE	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA-Disfunção do sistema cardiovascular clinica e/ou cirúrgica atendida em programas de recuperação funcional cardiovascular, em grupo – NÍVEL AMBULATORIAL	R\$ 40,32
PACOTE	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA- AMBULATORIAL, NAS DISFUNÇÕES DO SISTEMA CARDIOVASCULAR CLÍNICA E/OU CIRÚRGICA ATENDIDO EM PROGRAMAS DE RECUPERAÇÃO FUNCIONAL CARDIOVASCULAR, DE FORMA INDIVIDUALIZADA	R\$ 75,60
PACOTE	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA-HOSPITALAR, NAS DISFUNÇÕES DO SISTEMA CARDIOVASCULAR,EM ATENDIDO HOSPITALAR NAS UNIDADES DE INTERNAMENTO (ENFERMARIA E APARTAMENTO).	R\$ 74,75
PACOTE	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA- AMBULATORIAL/ HOSPITALAR(ENFERMARIA E APARTAMENTO), NAS DISFUNÇÕES TEGUMENTAR (QUEIMADURAS), ATINGINDO ATÉ UM TERÇO DE ÁREA CORPORAL	R\$ 50,40
PACOTE	FISIOTERAPÊUTICA- AMBULATORIAL(ENFERMARIA E APARTAMENTO), NAS DISFUNÇÕES TEGUMENTAR (QUEIMADURAS), ATINGINDO MAIS DE UM TERÇO DE ÁREA CORPORAL	R\$ 75,60
PACOTE	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA- HOSPITALAR(ENFERMARIA E APARTAMENTO), NAS DISFUNÇÕES TEGUMENTAR (QUEIMADURAS), ATINGINDO MAIS DE UM TERÇO DE ÁREA CORPORAL.	R\$ 63,25
PACOTE	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA- AMBULATORIAL/ HOSPITALAR(ENFERMARIA E APARTAMENTO), NAS DISFUNÇÕES DO SISTEMA LINFÁTICO E/OU VASCULAR EM UM SEGMENTO, ASSOCIADA OU NÃO A ULCERAÇÕES	R\$ 57,44
PACOTE	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA- AMBULATORIAL/ HOSPITALAR(ENFERMARIA E APARTAMENTO), NAS DISFUNÇÕES DO SISTEMA LINFÁTICO E/OU VASCULAR EM DOIS OU MAIS SEGMENTOS, ASSOCIADA OU NÃO A ULCERAÇÕES	R\$ 70,56
PACOTE	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA- AMBULATORIAL/ HOSPITALAR(ENFERMARIA E APARTAMENTO), NAS DISFUNÇÕES DO SISTEMA GENITAL, REPRODUTOR E EXCRETOR (URINÁRIO/ PROCTOLÓGICO).	R\$ 126,00
PACOTE	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA- AMBULATORIAL NA DISFUNÇÃO DO SISTEMA ENDÓCRINO- METABÓLICA, EM GRUPO	R\$ 115,00
PACOTE	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA- AMBULATORIAL NA DISFUNÇÃO DO SISTEMA ENDÓCRINO- METABÓLICA, DE FORMA INDIVIDUALIZADA	R\$ 138,00

PACOTE	REABILITAÇÃO VESTIBULAR (DISFUNÇÕES LABIRÍNTICAS)	R\$ 56,44
--------	---	------------------

5. SERVIÇOS DE TERAPIA OCUPACIONAL

DESCRIÇÃO	TERAPIA OCUPACIONAL	VALOR
PACOTE	CONSULTA/ANAMNESE	R\$ 52,29
PACOTE	ATENDIMENTO HOSPITALAR	R\$ 66,42
PACOTE	ATENDIMENTO AMBULATORIAL	R\$ 61,08
PACOTE	ATENDIMENTO DOMICILIAR	R\$ 125,07
PACOTE	ATENDIMENTO EM GRUPO	R\$ 48,71
PACOTE	ATENDIMENTO AMBULATORIAL COM INTEGRAÇÃO SENSORIAL	R\$ 96,75

6. SERVIÇOS DE NUTRIÇÃO

DESCRIÇÃO	NUTRIÇÃO	VALOR
PACOTE	CONSULTA	R\$ 56,00
PACOTE	CONSULTA DOMICILIAR	R\$ 118,44
PACOTE	CONSULTA HOSPITALAR	R\$ 103,50
PACOTE	TRATAMENTO EM NUTRIÇÃO CLÍNICA DOMICILIAR (4 VISITAS AO MÊS)	R\$ 473,00
PACOTE	TREINAMENTO EM NUTRIÇÃO DIETÉTICA	R\$ 129,59
PACOTE	PALESTRA	R\$ 220,00
PACOTE	VISITA TÉCNICA	R\$164,84
PACOTE	HORA TÉCNICA	R\$ 103,10



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
BASE AÉREA DE NATAL
GRUPO DE SAÚDE DE NATAL

ANEXO Q – MEDICINA LABORATORIAL, CITOPATOLOGIA E SERVIÇOS DE IMAGEM

1. MEDICINA LABORATORIAL

CÓDIGO	LABORATORIAL	VALOR R\$
40301010	3-METIL HISTIDINA, DOSAGEM NO SORO	R\$ 32,52
40301028	5-NICLEOTIDASE	R\$ 17,86
40301036	ACETAMINOFEN	R\$ 32,52
40301044	ACETIL COLINESTERASE,EM ERITRÓCITOS	R\$ 17,86
40301052	ACETONA,DOSAGEM NO SORO	R\$ 25,74
40301060	ÁCIDO ASCÓRBICO (VITAMINA C)	R\$ 35,74
40301079	ÁCIDO BETA HIDROXI BUTÍRICO	R\$ 17,01
40301087	ÁCIDO FÓLICO,DOSAGEM NOS ERITRÓCITOS	R\$ 20,24
40301095	ÁCIDO GLIOXILICO	R\$ 20,10
40301109	ÁCIDO LÁCTICO (LATCTATO)	R\$ 7,09
40301117	ÁCIDO ORÓTICO	R\$ 445,89
40301125	ÁCIDO OXÁLITO	R\$ 22,40
40301133	ÁCIDO PIRÚVICO	R\$ 43,19
40301141	ÁCIDO SIÁLICO	R\$ 10,53
40301150	ÁCIDO ÚRICO	R\$ 3,77
40301168	ÁCIDO VALPRÓICO	R\$ 33,35
40301176	ÁCIDO BILIARES	R\$ 45,55
40301184	ÁCIDOS GRAXOS LIVRES	R\$ 32,52
40301192	ÁCIDOS ORGÂNICOS (PERFIL QUANTITATIVO)	R\$ 346,17

40301206	ACILCARNITINAS (PERFIL QUALITATIVO)	R\$ 282,99
40301214	ACILCARNITINAS (PERFIL QUANTITATIVO)	R\$ 443,18
40301222	ALBUMINA	R\$ 2,86
40301230	ALDOLASE	R\$ 7,39
40301249	ALFA-1-ANTITRIPSINA, DOSAGEM NO SORO	R\$ 11,48
40301257	ALFA-1-GLICOPROTEÍNA ÁCIDA	R\$ 12,65
40301265	ALFA-2-MACROGLOBULINA	R\$ 11,48
40301273	ALUMÍNIO, DOSAGEM NO SORO	R\$ 33,35
40301281	AMILASE	R\$ 2,86
40302130	AMILASE OU ALFA-AMILASE, ISOENZIMAS	R\$ 29,44
40301290	AMINOÁCIDOS, FRACIONAMENTO E QUANTIFICAÇÃO	R\$ 90,80
40301303	AMIODARONA	R\$ 132,83
40301311	AMITRIPTILINA, NORTRIPTILINA (CADA)	R\$ 32,52
40301320	AMÔNIA	R\$ 21,11
40301338	ANFETAMINAS, DOSAGEM	R\$ 37,82
40301346	ANTIBIOTICOS, DOSAGEM NO SORO, CADA	R\$ 30,97
40301354	APOLIPOPROTEÍNA A (APO A)	R\$ 17,17
40301362	APOLIPOPROTEÍNA B (APO B)	R\$ 17,17
40301370	BARBITÚRICOS, ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS (CADA)	R\$ 32,52
40301745	BENZODIAZEPÍNICOS E SIMILARES (CADA)	R\$ 34,11
40301389	BETA-GLICURONIDASE	R\$ 19,28
40301397	BILIRRUBINA TOTAL DIRETA E INDIRETA	R\$ 3,11
40301400	CÁLCIO	R\$ 3,11
40301419	CÁLCIO IÔNICO	R\$ 10,52
40301427	CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DE FERRO	R\$ 4,77
40301435	CARBAMAZEPINA	R\$ 32,52
40301443	CARNITINA LIVRE	R\$ 45,11
40301451	CARNITINA TOTAL E FRAÇÕES	R\$ 78,74
40301460	CAROTENO	R\$ 5,33
40301478	CERULOPLASMINA	R\$ 11,48

40301486	CICLOSPORINA, METHOTREXATE (CADA)	R\$ 48,44
40301494	CLEARENCE DE ÁCIDO ÚRICO	R\$ 10,53
40301508	CLEARENCE DE CREATININA	R\$ 10,52
40301516	CLEARENCE DE FOSFATO	R\$ 10,53
40301524	CLEARENCE DE URÉIA	R\$ 10,52
40301532	CLEARENCE OSMOLAR	R\$ 10,03
40301540	CLOMIPRAMINA	R\$ 32,52
40301559	COLORO	R\$ 4,05
40301567	COBRE	R\$ 33,35
40301575	COCAÍNA, DOSAGEM	R\$ 14,58
40301583	COLESTEROL (HDL)	R\$ 4,58
40301591	COLESTEROL (LDL)	R\$ 4,58
40302695	COLESTEROL (VLDL)	R\$ 4,58
40301605	COLESTEROL TOTAL	R\$ 3,11
40301613	COTININA	R\$ 67,09
40301621	CREATINA	R\$ 5,94
40301630	CREATININA	R\$ 2,85
40301648	CREATINOFOSFOQUINASE TOTAL (CK)	R\$ 9,43
40301656	CREATINO FOSFOQUINASE - FRAÇÃO MB - MASSA	R\$ 33,35
40301664	CREATINO FOSFOQUINASE - FRAÇÃO MB - ATIVIDADE	R\$ 21,11
40301672	CROMATOGRAFIA DE AMINOÁCIDOS (PERFIL QUALITATIVO)	R\$ 32,52
40301680	CURVA GLIC-EMICA (4 DOSAGENS) VIA ORAL OU ENDOVENOSA	R\$ 17,86
40301699	DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTÍRICA	R\$ 6,75
40301702	DESIDROGENASE GLUTÂMICA	R\$ 6,75
40301710	DESIDROGENASE ISOCÍTRICA	R\$ 6,75
40301729	DESIDROGENASE LÁCTICA (LDH OU DHL)	R\$ 7,89
40301737	DESIDROGENASE LÁCTICA - ISOENZIMAS FRACIONADAS	R\$ 32,52
40301745	DIAZEPAN E SIMILARES (CADA)	R\$ 32,52

40301753	DIGITOXINA OU DIGOXINA	R\$ 32,52
40301761	ELETROFORESE DE PROTEÍNAS	R\$ 18,57
40301770	ELETROFORESE DE GLICOPROTEÍNAS	R\$ 18,57
40301788	ELETROFORESE DE LIPOPROTEÍNAS	R\$ 18,57
40302717	ELETROFORESE DE PROTEÍNAS DE ALTA RESOLUÇÃO	R\$ 34,11
40301796	ENOLASE	R\$ 48,44
40301800	ETOSUXIMIDA	R\$ 32,52
40301818	FENILALANINA, DOSAGEM	R\$ 10,53
40301826	FENITOÍNA	R\$ 27,21
40301834	FENOBARBITAL	R\$ 26,38
40301842	FERRO SÉRICO	R\$ 3,11
40301850	FORMALDEÍDO	R\$ 21,11
40301869	FOSFATASE ÁCIDA FRAÇÃO PROSTÁTICA	R\$ 6,79
40301877	FOSFATASE ÁCIDA TOTAL	R\$ 5,96
40301885	FOSFATASE ALCALINA	R\$ 3,11
40301893	FOSFATASE ALCALINA COM FRACIONAMENTO DE ISOENZIMAS	R\$ 32,52
40301907	FOSFATASE ALCALINA FRAÇÃO ÓSSEA - ELISA	R\$ 30,97
40301915	FOSFATASE ALCALINA TERMO - ESTÁVEL	R\$ 2,28
40301923	FOSFOLIPÍDIOS	R\$ 5,29
40301931	FÓSFORO	R\$ 3,19
40301940	FÓSFORO, PROVA DE REABSORÇÃO TUBULAR	R\$ 3,51
40301958	FRUTOSAMINAS (PROTEÍNAS GLICOSILADAS)	R\$ 2,79
40301966	FRUTOSE	R\$ 7,09
40301974	GALACTOSE	R\$ 8,63
40301982	GALACTOSE 1-FOSFATOURIDIL TRANSFERASE, DOSAGEM	R\$ 146,13
40301990	GAMA-GLUTAMIL TRANSFERASE - GGT	R\$ 2,53

CÓDIGO	BIOQUÍMICA II	VALOR
40302032	GLICEMIA APÓS SOBRECARGA COM DEXTROSOL OU GLICOSE	R\$ 5,68
40302040	GLICOSE	R\$ 3,11

40302059	GLICOSE-6-FOSFATO DEHIDROGENASE (GGFD)	R\$ 13,49
40302067	HAPTOGLOBINA	R\$ 12,31
40302075	HEMOGLOBINA GLICADA (A1 TOTAL)	R\$ 17,32
40302733	HEMOGLOBINA GLICADA (FRAÇÃO A1C)	R\$ 32,35
40302083	HEMOGLOBINA PLASMÁTICA LIVRE	R\$ 10,53
40302091	HEXOSAMINIDASE A	R\$ 274,86
40302105	HIDROXIPROLINA	R\$ 21,11
40302113	HOMOCISTEÍNA	R\$ 35,01
40302121	IMIPRAMINA - DESIPRAMINA	R\$ 32,52
40302130	ISOENZIMAS DA AMILASE OU ALFA AMILASE	R\$ 32,52
40302725	IMUNOFIXAÇÃO - CADA FRAÇÃO	R\$ 30,97
40302148	ISOMERASE FOSFOHEXOSE	R\$ 7,10
40302156	ISONIAZIDA	R\$ 30,97
40302164	LACTOSE, TESTE DE TOLERÂNCIA	R\$ 22,07
40302741	LAMOTRIGINA	R\$ 288,18
40302172	LEUCINO AMINOPEPTIDASE	R\$ 7,10
40302180	LIDOCAÍNA	R\$ 32,52
40302199	LIPASE	R\$ 7,40
40302202	LIPASE LIPOPROTÉICA	R\$ 17,86
40302210	LIPOPROTEÍNA (A) - LP (A)	R\$ 17,47
40302229	LÍTIO	R\$ 5,33
40302237	MAGNÉSIO	R\$ 3,77
40302245	MIOGLOBINA, DOSAGEM	R\$ 32,52
40302253	NITROGÊNIO AMONÍACAL	R\$ 20,10
40302261	NITROGÊNIO TOTAL	R\$ 20,10
40302270	OSMOLALIDADE	R\$ 10,32
40302288	OXCARBAZEPINA, DOSAGEM	R\$ 32,52
40302768	PAPP-A	R\$ 75,59
40302776	PEPTÍDEO NATRIURÉTICO BNP/PROBNP	R\$ 83,16
40302750	PERFIL LIPÍDICO / LIPIDOGRAMA (LIPÍDIOS TOTAIS, COLESTEROL, TRIGLICERÍDEOS E ELETROFORESE LIPOPROTEÍNAS)	R\$ 20,00

40302296	PIRUVATO QUINASE	R\$ 87,68
40302300	PORTFIRINAS QUANTITATIVAS (CADA)	R\$ 21,11
40302318	POTÁSSIO	R\$ 3,77
40302326	PRÉ-ALBUMINA	R\$ 21,11
40302334	PRIMIDONA	R\$ 32,52
40302342	PROCAINAMIDA	R\$ 30,97
40302687	PROCALCITONINA	R\$ 147,06
40302350	PROPANOLOL	R\$ 30,97
40302369	PROTEÍNA LIGADORA DO RETINOL	R\$ 40,08
40302377	PROTEÍNAS TOTAIS	R\$ 2,86
40302385	PROTEÍNAS TOTAIS ALBUMINA E GLOBULINA - PTF	R\$ 5,43
40302393	QUINIDINA	R\$ 32,52
40302407	RESERVA ALCALINA (BICARBONATO)	R\$ 3,94
40302415	SACAROSE, TESTE DE TOLERÂNCIA	R\$ 21,11
40302423	SÓDIO	R\$ 3,51
40302431	SUCCINIL ACETONA	R\$ 269,12
40302440	SULFONAMIDAS LIVRE E ACETILADA (% DE ACETILAÇÃO)	R\$ 20,10
40302458	TACROLIMUS	R\$ 155,29
40302466	TÁLIO, DOSAGEM	R\$ 32,52
40302474	TEOFILINA	R\$ 32,52
40302482	TESTE DE TOLERÂNCIA A INSULINA OU HIPOGLICEMIANTES	R\$ 19,76
40302709	TESTE ORAL DE TOLERÂNCIA À GLICOSE - 2 DOSAGENS	R\$ 16,21
40302490	TIROSINA	R\$ 32,52
40302504	TRANSAMINASE OXALACÉTICA (AMINO TRANSFERASE ASPARTATO) - TGO	R\$ 3,11
40302512	TRANSAMINASE PIRÚVICA (AMINO TRANSFERESE DE ALANINA) – TGP	R\$ 3,11
40302520	TRANSFERRINA	R\$ 13,73
40302539	TRIAZOLAM	R\$ 46,12

40302547	TRIGLICERÍDEOS	R\$ 3,52
40302555	TRIMIPRAMINA	R\$ 30,97
40302563	TRIPSINA IMUNO REATIVA (IRT)	R\$ 13,76
40302571	TROPONINA	R\$ 27,39
40302580	URÉIA	R\$ 3,11
40302598	UROBILINOGÊNIO	R\$ 3,06
40302830	VITAMINA D 25 HIDROXI, DOSAGEM (VITAMINA D3)	R\$ 19,71
40302601	VITAMINA A, DOSAGEM	R\$ 75,36
40302784	VITAMINA B1, DOSAGEM	R\$ 219,33
40302792	VITAMINA B2, DOSAGEM	R\$ 316,46
40302806	VITAMINA B3, DOSAGEM	R\$ 217,97
40302814	VITAMINA B6, DOSAGEM	R\$ 101,18
40302822	VITAMINA D2, DOSAGEM	R\$ 33,85
40302610	VITAMINA E	R\$ 73,87
40302849	VITAMINA K, DOSAGEM	R\$ 396,10
40302628	XYLOSE, TESTE DE ABSORÇÃO	R\$ 8,70
40302636	LIPÍDIOS TOTAIS	R\$ 3,40
40302644	MALTOSE, TESTE DE TOLERÂNCIA	R\$ 17,00
40302652	MUCOPOLISSACARIDOSE, PESQUISA	R\$ 17,47
40302660	MUCOPROTEÍNAS	R\$ 3,32
40302679	OCITOCINASE, DOSAGEM	R\$ 16,64

CÓDIGO	COPROLOGIA	VALOR
40303012	ALFA-1-ANTITRIPSINA, (FEZES)	R\$ 13,87
40303020	ANAL SWAB, PESQUISA DE OXIÚRUS	R\$ 3,82
40303039	COPROLÓGICO FUNCIONAL (CARACTERES, PH, DIGESTIBILIDADE, AMÔNIA, ÁCIDOS ORGÂNICOS E INTERPRETAÇÃO)	R\$ 15,07
40303047	EOSINÓFILOS, PESQUISA NAS FEZES	R\$ 3,82
40303179	ESTEATÓCRITO, TRIAGEM PARA GORDURA FECAL	R\$ 25,48
40303055	GORDURA FECAL, DOSAGEM	R\$ 26,84

40303063	HEMATOXILINA FÉRRICA, PESQUISA DE PROTOZOÁRIOS	R\$ 6,24
40303071	IDENTIFICAÇÃO DE HELMINTOS, EXAME DE FRAGMENTOS	R\$ 3,82
40303080	LARVAS (FEZES), PESQUISA - BAERMANN	R\$ 6,55
40303098	LEUCÓCITOS E HEMÁCIAS, PESQUISA NAS FEZES	R\$ 3,82
40303101	LEVEDURAS, PESQUISA	R\$ 3,82
40303110	PARASITOLÓGICO	R\$ 4,05
40303128	PARASITOLÓGICO, COLHEITA MÚLTIPLA COM FORNECIMENTO DE LIQ. CONSERVANTE	R\$ 4,71
40303136	SANGUE OCULTO, PESQUISA	R\$ 9,52
40303144	SHITOSSOMA, PESQ. OVOS EM FRAGMENTOS MUCOSA APÓS BIÓPSIA RETAL	R\$ 8,84
40303152	SUBSTÂNCIA REDUTORAS NAS FEZES	R\$ 4,37
40303160	TRIPSINA, PROVA DE (DIGESTÃO DA GELATINA)	R\$ 4,16
40303187	ESTERCOBILINOGÊNIO FECAL, DOSAGEM	R\$ 4,16

HEMATOLOGIA LABORATORIAL (4.03.04.00-0)		
40304663	ALFA-2ANTIPLASMINA, TESTE FUNCIONAL	R\$ 100,98
40304019	ANTICOAGULANTE LÚPICO, PESQUISA	R\$ 18,34
40304027	ANTICORPO ANTI A E B	R\$ 12,59
40304671	ANTICORPO ANTIMIELOPEROXIDASE, MPO	R\$ 56,56
40304035	ANTICORPOS ANTIPLAQUETÁRIOS, CITOMETRIA DE FLUXO	R\$ 40,68
40304043	ANTICORPOS IRREGULARES - COOMBS INDIRETO	R\$ 32,52
40304051	ANTICORPOS IRREGULARES, PESQ. (MEIO SALINO E TEMPERATURA AMBIENTE E 37° E TESTE INDIRETO DE COOMBS)	R\$ 7,51
40304060	ANTITROMBINA III, DOSAGEM	R\$ 26,15
40304078	ATIVADOR TISSULAR DE PLASMINOGÊNIO (TPA)	R\$ 147,23
40304086	CD (ANTIGENO DE DIF. CELULAR, CADA DETERMINAÇÃO)	R\$ 73,17
40304094	CITOQUÍMICA PARA CLASSIFICAR LEUCEMIA: ESTERASE, FOSFATAS E LEUCOCITÁRIA, PAS, PEROXIDASE OU SB, ETC. - CADA	R\$ 14,20

40304922	COAGULOGRAMA (TS,TC,PROVA DO LAÇO, RETRAÇÃO DO COÁGULO, CONTAGEM DE PLAQUETAS, TEMPO DE PROTOMBINA, TEMPO DE TROMBOPLASTINA, PARCIAL ATIVADO)	R\$ 20,56
40304108	COOMBS DIRETO	R\$ 5,17
40304884	COOMBS INDIRETO	R\$ 14,83
40304906	DÍMERO D	R\$ 80,12
40304124	ERITROGRAMA (ERITRÓCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATÓCRITO)	R\$ 14,20
40304132	FALCIZAÇÃO, TESTE DE	R\$ 16,41
40304140	FATOR 4 PLAQUETÁRIO, DOSAGEM	R\$ 15,07
40304159	FATOR II, DOSAGEM	R\$ 49,80
40304167	FATOR IX, DOSAGEM	R\$ 30,17
40304175	FATOR V, DOSAGEM	R\$ 32,20
40304680	FATOR VII	R\$ 34,82
40304183	FATOR VIII, DOSAGEM	R\$ 49,80
40304191	FATOR VIII, DOSAGEM DO ANTIGENO (VON WILLEBRAND)	R\$ 25,1
40304205	FATOR VIII, DOSAGEM DO INIBIDOR	R\$ 39,18
40304213	FATOR X, DOSAGEM	R\$ 46,99
40304221	FATOR XI, DOSAGEM	R\$ 49,80
40304230	FATOR XII, DOSAGEM	R\$ 49,80
40304698	FATOR XIII, DOSAGEM, TESTE FUNCIONAL	R\$ 49,80
40304248	FATOR XIII, PESQUISA	R\$ 49,80
40304256	FENOTIPAGEM DO SISTEMA RH-HR (ANTIRHO(D) + ANTIRH© + ANTIRH(E)	R\$ 49,80
40304272	FILÁRIA, PESQUISA	R\$ 32,22
40304280	GRUPO ABO, CLASSIFICAÇÃO RESERVA	R\$ 4,63
40304299	GRUPO SANGUÍNEO ABO, E FATOR RHO (INCLUI DU)	R\$ 5,24
40304302	HAM, TESTE DE (HEMÓLISE ÁCIDA)	R\$ 6,01

40304310	HEINZ, CORPÚSCULOS, PESQUISA	R\$ 6,33
40304329	HEMÁCIAS FETAIS, PESQUISA	R\$ 4,15
40304337	HEMATÓCRITO, DETERMINAÇÃO DO	R\$ 4,79
40304345	HEMOGLOBINA, DOSAGEM	R\$ 4,50
40304353	HEMOGLOBINA, (ELETROFORESE OU HPLC)	R\$ 6,01
40304361	HEMOGRAMA COM CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 10,00
40304370	HEMOSEDIMENTAÇÃO, (VSH)	R\$ 2,23
40304388	HEMOSSIDERINA (SIDERÓCITOS), SANGUE OU URINA	R\$ 3,28
40304396	HEPARINA, DOSAGEM	R\$ 11,35
40304701	IMUNOFENOTIPAGEM PARA DOENÇA RESIDUAL MÍNIMA (*)	R\$ 30,97
40304710	IMUNOFENOTIPAGEM PARA HO,OGLOBINÚRIA PAROXISTICA NOTURNA (*)	R\$ 239,15
40304728	IMINOFENOTIPAGEM PARA LEUCEMIAS AGUDAS OU SÍNDROME MIELODISPLÁSTICA (*)	R\$ 209,67
40304736	IMUNOFENOTIPAGEM PARA LINFOMA NÃO HODGKIN/SÍNDROME LINFOPROLEFERATIVA CRÔNICA (*)	R\$ 477,21
40304744	IMUNOFENOTIPAGEM PARA PERFIL IMUNE (*)	R\$ 153,97
40304752	INIBIDOR DO FATOR IX, DOSAGEM	R\$ 19,34
40304400	INIBIDOR DO TPA (PAI)	R\$ 114,66
40304760	INIBIDOR DOS FATORES DA HEMOSTASIA, TRIAGEM	R\$ 126,67
40304418	LEUCÓCITOS, CONTAGEM	R\$ 1,80
40304949	LINFONODO, EXAME DE ESFREGAÇÃO DE ASPIRADO	R\$ 3,28
40304426	LEUCOGRAMA	R\$ 57,39
40304485	MEDULA ÓSSEA, ASPIRAÇÃO PARA MIELOGRAMA OU MICROBIOLÓGICO	R\$ 3,28

40304434	META-HEMOGLOBINA, DETERMINAÇÃO DA	R\$ 9,64
40304892	MIELOGRAMA	R\$ 8,19
40304442	PLAQUETAS, CONTAGEM	R\$ 7,65
40304469	PLAMINOGENIO, DOSAGEM	R\$ 3,28
40304477	PLASMÓDIO, PESQUISA	R\$ 12,03
40304493	PRODUTOS DE DEGRADAÇÃO DA FIBRINA, QUALITATIVO	R\$ 4,15
40304779	PRODUTOS DE DEGRADAÇÃO DA FIBRINA, QUANTITATIVO	R\$ 23,00
40304507	PROTEÍNA C	R\$ 27,99
40304787	PROTEÍNA S LIVRE, DOSAGEM	R\$ 41,39
40304515	PROTEÍNA S, TESTE FUNCIONAL	R\$ 57,67
40304523	PROTOPORFIRINA ERITROCITÁRIA LIVRE - ZINCO	R\$ 29,25
40304531	PROVA DO LAÇO	R\$ 5,36
40304558	RETICULÓCITOS, CONTAGEM	R\$ 3,29
40304566	RETRAÇÃO DO COÁGULO	R\$ 3,02
40304574	RISTOCETINA, CO-FATOR, TESTE FUNCIONAL, DOSAGEM	R\$ 98,62
40304582	TEMPO DE COAGULAÇÃO - TC	R\$ 2,39
40304590	TEMPO DE PROTROMBINA - TAP	R\$ 3,50
40304604	TEMPO DE REPTILASE	R\$ 6,25
40304914	TEMPO DE SANGRAMENTO (DUKE)	R\$ 3,96
40304612	TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY - TS	R\$ 4,14
40304620	TEMPO DE TROMBINA	R\$ 10,01
40304639	TEMPO DE TROBOPLATINA PARCIAL ATIVA - TTPA	R\$ 4,81

40304647	TRIPANOSSOMA, PESQUISA	R\$ 4,00
40304655	TROMBOELASTOGRAMA	R\$ 55,39
40304795	CÉLULAS LE	R\$ 8,02
40304809	CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$ 3,50
40304817	ENZIMAS ERITROCITÁRIAS, RASTEIO PARA DEFICIÊNCIA	R\$ 10,70
40304825	ESPLENOGRAMA (CITOLOGIA)	R\$ 26,53
40304833	HEMOGLOBINA INSTABILIDADE A 37 GRAUS	R\$ 44,05
40304841	HEMOGLOBINA, SOLUBILIDADE (HBS E HBD)	R\$ 11,42
40304850	HEMOGLOBINOPATIA-TRIAGEM (EI.HB,HEMOGLOB. FETAL, RETICULÓCITOS, CORPOS DE H.T. FALCIZAÇÃO HEMÁCIAS, RESIST. OSMÓTICA, TERMO ESTABILIDADE	R\$ 8,02
40304868	ESTREPTOZIMA	R\$ 20,85
40304876	SULFO-HEMOGLOBINA, DETERMINAÇÃO DA	R\$ 4,80

CÓDIGO	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL	VALOR
40305015	1,25- DIHIDROXI VITAMINA D	R\$ 52,64
40305740	11-DESOXICORTICOSTERONA	R\$ 60,06
40316017	17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$ 14,63
40305040	17-CETOGÊNICOS (17-CGS)	R\$ 16,38
40305058	17-CETOGÊNICOS CROMATOGRÁFIA	R\$ 22,93
40305066	17-CETOSTERÓIDES (17-CTS) - CROMATOGRÁFIA	R\$ 22,93
40305074	17--CETOSTERÓIDES RELAÇÃO ALFA/BETA	R\$ 16,38
40305082	17- CETOSTERÓIDES TOTAIS (17-CTS)	R\$ 16,38
40305783	17-HIDROXICORTICOSTERÓIDES (17-OHS)	R\$ 63,17
40305090	17-HIDROXIPREGNENOLONA	R\$ 108,11
40316025	3 ALFA ANDROSTONEDIOLGLUCORONÍDEO (3 ALFDADIOL)	R\$ 40,41
40305112	ÁCIDO 5 HIDROXI INDOL ACÉTICO, DOSAGEM NA URINA	R\$ 22,93

40305120	ÁCIDO HOMO VANÍLICO	R\$ 22,93
40316033	ÁCIDO VANILMANDÉLICO (VMA)	R\$ 22,93
40316041	ADRENOCORTICOTRÓFICO, HORMÔNIO (ACTH)	R\$ 55,60
40316050	ALDOSTERONA	R\$ 23,43
40316068	ALFA-FETOPROTEÍNA	R\$ 28,77
40305163	AMP CÍCLICO	R\$ 22,93
40316076	ANDROSTENEDIONA	R\$ 43,76
40316157	ANTI-TPO	R\$ 9,82
40316084	ANTICORPO ANTI-RECEPTOR DE TSH (TRAB)	R\$ 49,31
40316092	ANTICORPOS ANTIINSULINA	R\$ 24,03
40316106	ANTICORPOS ANTIREÓIDE (TIREOGLOBULINA)	R\$ 24,03
40316114	ANTÍGENO AUSTRÁLIA (HBSAG)	R\$ 25,08
40316122	ANTÍGENO CARCINOEMBRIOGÊNICO (CEA)	R\$ 32,51
40316130	ANTÍGENO ESPECÍFICO PROSTÁTICO LIVRE (PSA LIVRE)	R\$ 32,78
40316149	ANTÍGENO ESPECÍFICO PROSTÁTICO TOTAL (PSA)	R\$ 23,96
40316165	CALCITONINA	R\$ 61,75
40316173	CATECOLAMINAS	R\$ 19,77
40316181	COMPOSTO S 911-DESOXICORTISOL)	R\$ 40,41
40316190	CORTISOL	R\$ 25,23
40305210	CORTISOL LIVRE	R\$ 24,12
40316203	CRESCIMENTO, HORMÔNIO DO (HGH)	R\$ 23,36
40305228	CURVA GLICÊMICA (6 DOSAGENS)	R\$ 7,70
40305236	CURVA INSULINICA (6 DOSAGENS)	R\$ 8,43
40316211	DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 26,18
40316122	DEHIDROTESTOSTERONA (DHT)	R\$ 44,86
40305279	DOSAGEM DE RECEPTOR DE PROGESTERONA OU DE ESTROGÊNIO	R\$ 185,64
40316238	DROGAS (IMUNOSSUPRESSORA, ANTICONVULSIVANTE, DIGITÁLICO, ETC)	R\$ 32,52
40305287	ENZIMA CONVERSORA DA ANGIOTENSINA (ECA)	R\$ 53,51



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA

CONTROLE DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS DO DOCUMENTO

Documento:	Parte 6 - 1ª Atualização EDITAL 2024
Data/Hora de Criação:	13/09/2024 15:45:46
Páginas do Documento:	65
Páginas Totais (Doc. + Ass.)	66
Hash MD5:	29d6d8ffd551a0575f6d13d755fa8b78
Verificação de Autenticidade:	https://autenticidade-documento.sti.fab.mil.br/assinatura

Este documento foi assinado e conferido eletronicamente com fundamento no artigo 6º, do Decreto nº 8.539 de 08/10/2015 da Presidência da República pelos assinantes abaixo:

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Major JULIANA GARCIA GOMES NETO DANTAS no dia 13/09/2024 às 12:54:40 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Segundo Sargento BRUNO RIBEIRO DA SILVA no dia 04/11/2024 às 14:44:45 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Cap NELSON RUBENS COUTINHO FILHO no dia 12/11/2024 às 12:37:11 no horário oficial de Brasília.

40305295	ERITROPOEITINA	R\$ 51,78
40316246	ESTRADIOL	R\$ 27,55
40316254	ESTRIOL	R\$ 30,38
40305597	ESTROGÊNIOS TOTAIS (FENOLESTERÓIDES)	R\$ 17,59
40316262	ESTRONA	R\$ 26,31
40316270	FERRITINA	R\$ 20,32
40316289	FOLÍCULO ESTIMULANTE, HORMÔNIO (FSH)	R\$ 2,63
40305341	GAD-AB-ANTIDECARBOXILASE DO ÁCIDO	R\$ 66,61
40316297	GASTRINA	R\$ 27,93
40316300	GLOBULINA DE LIGAÇÃO DE HORMÔNIOS SEXUAIS (SHBG)	R\$ 7,19
40316319	GLOBULINA TRANSPORTADORA DA TIROXINA (TBG)	R\$ 21,60
40305368	GLUCAGON, DOSAGEM	R\$ 39,31
40316327	GONADOTRÓFICO CORIÔNICO, HORMÔNIO (HCG)	R\$ 8,34
40305384	HORMÔNIO ANTIDIURÉTICO (VASOPRESSINA)	R\$ 40,41
40305759	HORMÔNIO GONODOTRÓFICO CORIÔNICO QUALITATIVO (HCG-BETA-HCG)	R\$ 5,10
40305767	HORMÔNIO GONODOTRÓFICO CORIÔNICO QUANTITATIVO (HCG-BETA-HCG)	R\$ 5,38
40316335	HORMÔNIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 2,73
40305406	IGF BP3 (PROTEINA LIGADORA DOS FATORES DE CRESCIMENTO "INSULIN-LIKE")	R\$ 35,95
40316343	IMUNOGLOBULINA (IGE)	R\$ 16,65
40316351	ÍNDICE DE TIROXINA LIVRE (ITL)	R\$ 18,60
40316360	INSULINA	R\$ 14,35
40305422	LEPTINA	R\$ 30,28
40305775	MACROPROLACTINA	R\$ 58,34
40316378	MARCADORES TUMORAIS (CA 19.9, CA 125, CA 72-4, CA 15-3, ETC) CADA	R\$ 8,35
40305449	N-TELOPEPTÍDEO	R\$ 67,71
40316386	OSTEOCALCINA	R\$ 17,87
40305465	PARATORMÔNIO - PTH OU FRAÇÃO (CADA)	R\$ 54,05

40316394	PEPTÍDEO C	R\$ 20,48
40305490	PIRIDINOLINA	R\$ 53,51
40305503	PREGNANDIOL	R\$ 16,38
40305511	PREGNANTRIOL	R\$ 16,38
40316408	PROGESTERONA	R\$ 18,97
40316416	PROLACTINA	R\$ 18,92
40305546	PROVA DO LH-RH, DOSAGEM DO FSH SEM FORNEC. DE MEDICAMENTO (CADA)	R\$ 16,38
40305554	PROVA DO LH-RH, DOSAGEM DO LH SEM FORNEC. DE MEDICAMENTO (CADA)	R\$ 16,38
40305562	PROVA DO TRH-HPR, DOSAGEM DO HPR SEM FORNERC. DO MATERIAL (CADA)	R\$ 1,98
40305570	PROVA DO TRH-HPR, DOSAGEM DO TSH SEM FORNERC. DO MATERIAL (CADA)	R\$ 1,66
40305589	PROVA PARA DIABETES INSÍPIDO (RESTRIÇÃO HÍBRIDA NA CL 3% VASOPRESSINA)	R\$ 67,71
40316424	PTH	R\$ 5,33
40316432	RENINA	R\$ 51,45
40316440	SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$ 40,92
40316459	SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (S- DHEA)	R\$ 22,59
40316467	T3 LIVRE	R\$ 2,01
40316475	T3 RETENÇÃO	R\$ 2,01
40316483	T3 REVERSO	R\$ 54,01
40316491	T4 LIVRE	R\$ 16,50
40316505	TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 30,46
40316513	TESTOSTERONA TOTAL	R\$ 21,84
40316521	TIREOESTIMULANTE, HORMÔNIO (TSH)	R\$ 16,50
40316530	TIREOGLOBULINA	R\$ 29,20
40316548	TIROXINA (T4)	R\$ 11,74
40316556	TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 16,50
40316564	VASOPRESSINA (ADH)	R\$ 40,41
40316572	VITAMINA B12	R\$ 16,00
40305597	ESTROGÊNIO TOTAIS (FENOLESTERÓIDES)	R\$ 17,47

40305600	IODO PROTÉICO (PBI)	R\$ 19,66
40305619	LACTOGÊNICO PLACENTÁRIO HORMÔNIO	R\$ 53,51
40305627	PROVAS DE FUNÇÃO TIREOIDEANA (T3,T4, ÍNDICES E TSH)	R\$ 60,06
40305635	SOMATOTRÓFICO CORIÔNICO (HCS OU PHL)	R\$ 53,51
CÓDIGO	IMUNOLOGIA	VALOR
40306011	ADENOVIRUS, IGG	R\$ 17,47
40306020	ADENOVIRUS, IGM	R\$ 25,12
40307905	ALÉRGENOS - PERFIL ANTIGÊNICO (PAINEL C/36 ANTÍGENOS)	R\$ 624,00
40308308	AMEBÍASE, IGG	R\$ 17,47
40308316	AMEBÍASE, IGM	R\$ 26,21
40306054	ANTI-ACTINA	R\$ 51,33
40306062	ANTI-DNA	R\$ 11,87
40306070	ANTI-J01	R\$ 14,93
40306089	ANTI-LA/SSB	R\$ 18,31
40306097	ANTI-LKM-1	R\$ 22,13
40306100	ANTI-RNP	R\$ 17,15
40306119	ANTI-RO/SSA	R\$ 18,31
40306127	ANTI-SM	R\$ 16,10
40306046	ANTICANDIDA - IGG E IGM (CADA)	R\$ 24,46
40306135	ANTICARDIOLIPINA - IGA	R\$ 24,46
40306143	ANTICARDIOLIPINA - IGG	R\$ 19,98
40306151	ANTICARDIOLIPINA - IGM	R\$ 24,64
40306160	ANTICENTRÔMERO	R\$ 6,30
40308219	ANTICORPO ANTI SACCHARAMYCES - ASCA	R\$ 79,86
40306178	ANTICORPO ANTI- DN ASE B	R\$ 12,01
40306186	ANTICORPO ANTI-HORMÔNIO DO CRESCIMENTO	R\$ 68,67
40306194	ANTICORPO ANTIVÍRUS DA HEPATITE E (TOTAL)	R\$ 18,12
40306208	ANTICORPO ANTI-ILHOTA DE LANGHERANS	R\$ 24,54
40306216	ANTICORPO ANTI-INFLUENZA A, IGG	R\$ 17,47

40306224	ANTICORPO ANTI-INFLUENZA A, IGM	R\$ 25,12
40306232	ANTICORPO ANTI-INFLUENZA B, IGG	R\$ 16,64
40306240	ANTICORPO ANTI-INFLUENZA B, IGM	R\$ 25,12
40306259	ANTICORPO ANTIENDOMISIO - IGG, IGM, IGA (CADA)	R\$ 26,27
40306267	ANTICORPOS NATURAIS - ISOGLUTININAS, PESQUISAS	R\$ 13,11
40306275	ANTICORPOS NATURAIS - ISOAGLUTININAS, TITULAGEM	R\$ 12,48
40306283	ANTICORTEX SUPRA-RENAL	R\$ 40,41
40306291	ANTIESCLERODERMA (SCL70)	R\$ 17,17
40307948	ANTIFÍGADO (GLOMÉRULO, TUB. RENAL CORTE RIM DE RATO), IFI	R\$ 12,21
40307956	ANTÍGENOS METÁLICOS SOLÚVEIS DO BCG (1 APLICAÇÃO)	R\$ 23,92
40306305	ANTIGLIADINA (GLÚTEN) - IGA	R\$ 10,81
40306313	ANTIGLIADINA (GLÚTEN) - IGG	R\$ 10,92
40306321	ANTIGLIADINA (GLÚTEN) - IGM	R\$ 25,08
40306330	ANTIMEMBRANA BASAL	R\$ 9,82
40306348	ANTIMICROSSOMAL	R\$ 9,43
40306356	ANTIMITOCONDRIA	R\$ 14,20
40306364	ANTIMITOCONDRIA, M2	R\$ 21,84
40306372	ANTIMÚSCULO CARDÍACO	R\$ 17,47
40306380	ANTIMÚSCULO ESTRIADO	R\$ 17,47
40306399	ANTIMÚSCULO LISO	R\$ 18,21
40306402	ANTINEUTRÓFILOS (ANCA) C	R\$ 26,08
40306410	ANTINEUTRÓFILOS (ANCA) P	R\$ 26,08
40306429	ANTIPARIETAL	R\$ 17,47
40306437	ANTIPEROXIDASE TIREOIDEANA	R\$ 19,99
40306445	ASLO	R\$ 6,31
40308405	ASLO, QUANTITATIVO	R\$ 3,78
40306453	ASPERGILES, REAÇÃO SOROLÓGICA	R\$ 21,60
40306461	AVIDEZ DE IGG PARA TOXOPLASMOSE, CITOMEGALIA, RUBÉOLA, EB E OUTROS (CADA)	R\$ 34,81

40306470	BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 33,51
40306488	BIOTINIDASE ATIVIDADE DA, QUALITATIVO	R\$ 8,96
40306496	BLASTOMICOSE, REAÇÃO SOROLÓGICA	R\$ 17,47
40306500	BRUCELA – IGG	R\$ 17,47
40306518	BRUCELA – IGM	R\$ 21,84
40306526	BRUCELA, PROVA RÁPIDA	R\$ 5,75
40306534	C1Q	R\$ 32,76
40306542	C3 PROATIVADOR	R\$ 1,80
40306550	C3A (FATOR B)	R\$ 32,76
40306569	CA 50	R\$ 48,70
40306577	CA 242	R\$ 48,05
40306585	CA 27-29	R\$ 137,59
40306593	CAXUMBA, IGG	R\$ 48,05
40306607	CAXUMBA, IGM	R\$ 47,85
40306615	CHAGAS IGG	R\$ 20,65
40306623	CHAGAS IGM	R\$ 16,30
40306631	CHLAMYDIA – IGG	R\$ 23,89
40306640	CHLAMYDIA – IGM	R\$ 25,46
40306658	CISTICERCOSE, AC	R\$ 21,84
40306666	CITOMEGALOVÍRUS IGG	R\$ 17,03
40306674	CITOMEGALOVÍRUS IGM	R\$ 18,31
40306682	CLOSTRIDIUM DIFFICILE, TOXINA A	R\$ 24,57
40306690	COMPLEMENTO C2	R\$ 33,51
40306704	COMPLEMENTO C3	R\$ 11,41
40306712	COMPLEMENTO C4	R\$ 11,30
40306720	COMPLEMENTO C5	R\$ 32,76
40306739	COMPLEMENTO CH-100	R\$ 11,18
40306747	COMPLEMENTO CH-50	R\$ 13,17
40306755	CRIO-AGLUTININA, GLOBULINA, DOSAGEM, CADA	R\$ 2,85
40306763	CRIO-AGLUTININA, GLOBULINA, PESQUISA, CADA	R\$ 6,55

40308014	CRIOGLOBULINAS, CARACTERIZAÇÃO - IMUNOELETROFORESE	R\$ 14,30
40306771	CROSS MATCH (PROVA CRUZADA DE HISTOCOMPATIBILIDADE PARA TRANSPLANTE RENAL	R\$ 60,32
40306780	CULTURA OU ESTIMULAÇÃO DOS LINFÓCITOS "IN VITRO" POR CONCAVALINA, PHA OU POKWEED	R\$ 46,80
40306798	DENGUE - IGG E IGM (CADA)	R\$ 12,97
40306801	ECHOVÍRUS (PAINEL) SOROLOGIA PARA	R\$ 76,44
40306810	EQUINOCOCOSE (HIDATIDOSE), REAÇÃO SOROLÓGICA	R\$ 10,92
40306828	EQUINOCOCOSE - IDR	R\$ 6,24
40306836	ESPOROTRICOSE, REAÇÃO SOROLÓGICA	R\$ 10,92
40306844	ESPOROTRIQUINA, IDR	R\$ 6,55
40306852	FATOR ANTINÚCLEO (FAN)	R\$ 8,02
40306860	FATOR REUMATÓIDE, QUANTITATIVO (LATEX)	R\$ 3,15
40306879	FILARIA SOROLOGIA	R\$ 17,47
40306887	GENOTIPAGEM DO SISTEMA HLA	R\$ 59,23
40306895	GIARDIA, REAÇÃO SOROLÓGICA	R\$ 17,47
40306909	HELICOBACTER PYLORI - IGA	R\$ 52,62
40306917	HELICOBACTER PYLORI - IGG	R\$ 28,39
40306925	HELICOBACTER PYLORI - IGM	R\$ 31,47
40306933	HEPATITE A - HAV- IGG	R\$ 15,46
40306941	HEPATITE A - HAV- IGM	R\$ 21,89
40306950	HEPATITE B - HBCAC - IGG (ANTI-CORE IGG OU ACOREG) - ANTI HBC IGG	R\$ 4,67
40306968	HEPATITE B - HBCAC - IGG (ANTI-CORE IGG OU ACOREG) - ANTI HBC IGM	R\$ 20,92
40306976	HEPATITE B - HBEAC - (ANTI HBE)	R\$ 5,03
40306984	HEPATITE B - HBEAG - (ANTÍGENO "E")	R\$ 4,61
40306992	HEPATITE B - HBSAC - (ANTI-ANTIGENO DE SUPERFICIE) - ANTI HBSAG	R\$ 2,32

CÓDIGO	IMUNOLOGIA II	VALOR
--------	---------------	-------

40307018	HEPATITE B - HBSAG (AU, ANTÍGENO AUSTRÁLIA) - HBSAG	R\$ 18,93
40307026	HEPATITE C - ANTI-HCV	R\$ 24,02
40307034	HEPATITE C - ANTI-HCV - IGM	R\$ 8,15
40307042	HEPATITE C - IMUNOBLOT	R\$ 157,25
40307050	HEPATITE DELTA, ANTICORPO IGG	R\$ 37,26
40307069	HEPATITE DELTA, ANTICORPO IGM	R\$ 39,86
40307077	HEPATITE DELTA, ANTICORPO	R\$ 39,86
40308235	HER-2 - DOSAGEM DO RECEPTOR	R\$ 156,00
40307093	HERPES SIMPLES - IGG	R\$ 17,71
40307085	HERPES SIMPLES - IGM	R\$ 20,29
40307107	HERPES ZOSTER - IGG	R\$ 17,47
40307115	HERPES ZOSTER - IGM	R\$ 21,84
40307123	HIPERSENSIBILIDADE RETARDADA (INTRADERMO REAÇÃO IDER) CANDIDA, CAXUMBA, ESTREPTOQUINASE, PPD, TRICOFITINA, VÍRUS VACINAL, OUTROS (CADA)	R\$ 6,24
40307131	HISTAMINA, DOSAGEM	R\$ 32,76
40307140	HISTONA	R\$ 25,13
40307158	HISTOPLASMOSE, REAÇÃO SOROLÓGICA	R\$ 16,64
40307166	HIV - ANTIGENO P24	R\$ 49,14
40307174	HIV1 OU HIV2, PESQUISA DE ANTICORPOS	R\$ 10,21
40307182	HIV1 + HIV2, (DETERMINAÇÃO CONJUNTA), PESQUISA DE ANTICORPOS	R\$ 32,51
40307190	HLA-DR	R\$ 209,04
40307204	HLA-DR + DQ	R\$ 226,20
40307212	HTLV1 OU HTLV2 PESQUISA DE ANTICORPO (CADA)	R\$ 40,41
40307220	IGA	R\$ 7,40
40307239	IGA NA SALIVA	R\$ 13,65
40307247	IGD	R\$ 24,57
40307255	IGE, GRUPO ESPECIFICO (CADA)	R\$ 22,89
40307263	IGE, POR ALÉRGENO (CADA)	R\$ 19,98
40307271	IGE, TOTAL	R\$ 6,48

40307280	IGG	R\$ 12,42
40307298	IGG, SUBCLASSES 1,2,3,4 (CADA)	R\$ 35,11
40307301	IGM	R\$ 12,42
40307310	IMUNOCOMPLEXOS CIRCULANTES	R\$ 21,84
40307328	IMUNOCOMPLEXOS CIRCULANTES, COM CÉLULAS RAJI	R\$ 23,71
40307336	IMUNOELETROFORESE (ESTUDO DA GAMOPATIA)	R\$ 104,42
40307344	INIBIDOR DE C1 ESTERASE	R\$ 24,90
40307352	ISOSPORA, PESQUISA DE ANTIGENO	R\$ 5,90
40307360	ITO (CANCRO MOLE), IDER	R\$ 6,55
40307379	KVEIM (SARCOIDOSE), IDER	R\$ 6,55
40307387	LEGIONELLA - IGG E IGM (CADA)	R\$ 51,33
40307395	LEISHMANIOSE - IGG E IGM (CADA)	R\$ 17,47
40307409	LEPTOSPIROSE - IGG	R\$ 21,84
40307417	LEPTOSPIROSE - IGM	R\$ 24,57
40307425	LEPTOSPIROSE, AGLUTINAÇÃO	R\$ 17,47
40307433	LINFÓCITOS T "HELPER" CONTAGEM DE (IF COM OKT-4) (CD-4+)	R\$ 36,04
40307441	LINFÓCITOS T SUPRESSORES CONTAGEM DE (IF COM OKT-8) (D-8) CITOMETRIA DE FLUXO	R\$ 36,04
40307450	LISTERIOSE, REAÇÃO SOROLÓGICA	R\$ 17,47
40307468	LYME – IGG	R\$ 29,49
40307476	LYME – IGM	R\$ 31,00
40307484	MALÁRIA – IGG	R\$ 17,47
40307492	MALÁRIA – IGM	R\$ 21,84
40307506	MANTOUX, IDER	R\$ 9,28
40307514	MCA (ANTÍGENO CÁRCINO-MAMÁRIO)	R\$ 32,76
40307522	MICOPLASMA PNEUMONIAE - IGG	R\$ 19,12
40307530	MICOPLASMA PNEUMONIAE - IGM	R\$ 21,18
40307549	MITSUMA, IDER	R\$ 6,55
40307557	MONONUCLEOSE	R\$ 11,47
40307565	MONONUCLEOSE - EPSTEIN BARR - IGG	R\$ 19,98

40307573	MONONUCLEOSE - ANTI-VCA (EBV) IGG	R\$ 11,59
40307581	MONONUCLEOSE - ANTI-VCA (EBV) IGM	R\$ 11,96
40308340	MONONUCLEOSE, SOROLOGIA PARA (MONOTESTE OU PAUL-BUNNEL), CADA	R\$ 3,89
40307590	MONTENEGRO, IDER	R\$ 6,55
40307603	OUTROS TESTES BIOQUÍMICOS PARA DETERMINAÇÃO DO RISCO FETAL (CADA)	R\$ 67,71
40308413	PARACOCCIDIOIDOMICOSE, ANTICORPOS TOTAIS/IGG	R\$ 97,74
40307611	PARVOVÍRUS - IGG, IGM (CADA)	R\$ 32,66
40307620	PEPTÍDIO INTESTINAL VASOATIVO, DOSAGEM	R\$ 123,13
40308243	POLIOMELITE SOROLOGIA	R\$ 60,06
40308251	PROTEÍNA AMILOIDE A	R\$ 60,06
40308383	PROTEÍNA C REATIVA, QUALITATIVA	R\$ 7,70
40308391	PROTEÍNA C REATIVA, QUANTITATIVA	R\$ 4,66
40307654	PROTEÍNA C, TESTE IMINOLÓGICO	R\$ 143,91
40307662	PROTEÍNA EOSINOFILICA CATIONICA (ECP)	R\$ 72,65
40308375	PSITACOSE – IGA	R\$ 38,03
40308359	PSITACOSE – IGG	R\$ 38,03
40308367	PSITACOSE – IGM	R\$ 38,03
40307689	REAÇÃO SOROLÓGICA PARA COXACKIE, NEUTRALIZAÇÃO IGG	R\$ 70,44
40307697	RUBÉOLA - ANTICORPOS IGG	R\$ 13,29
40307700	RUBÉOLA - ANTICORPOS IGM	R\$ 20,26
40307719	SCHISTOSOMOSE - IGG	R\$ 10,92
40307727	SCHISTOSOMOSE - IGM	R\$ 14,20
40308278	SCHISTOSOMOSE, PESQUISA	R\$ 21,42
40307735	SÍFILIS - FTA-ABS - IGG	R\$ 10,92
40307743	SÍFILIS - FTA-ABS - IGM	R\$ 12,62
40307751	SÍFILIS – TPHA	R\$ 2,18
40307760	SÍFILIS – VDRL	R\$ 6,70
40308286	SÍFILIS ANTICORPO TOTAL	R\$ 10,16
40308294	SÍFILIS IGM	R\$ 3,27

40030778	TESTE DE INIBIÇÃO DA MIGRAÇÃO DOS LINFÓCITOS (PARA CADA ANTÍGENO)	R\$ 65,52
40307786	TESTE RESPIRATÓRIO PARA H. PYLORI	R\$ 17,47
40307794	TOXOCARA CANNIS - IGG	R\$ 21,84
40307808	TOXOCARA CANNIS - IGM	R\$ 6,24
40307816	TOXOPLASMINA, IDER	R\$ 16,14
40307824	TOXOPLASMOSE IGG	R\$ 12,68
40307832	TOXOPLASMOSE IGM	R\$ 6,24
40307840	UREASE, TESTE RÁPIDO PARA H. PYLORI	R\$ 38,48
40307859	VÍRUS SINCIAL RESPIRATÓRIO - ELISA - IGG	R\$ 6,31
40307867	WAALER- ROSE (FATOR REUMATÓIDE)	R\$ 159,43
40307875	WESTEM BLOT (ANTICORPOS ANTI-HIV)	R\$ 151,84
40307883	WESTEM BLOT (ANTICORPOS ANTI-HTVI OU HTL VII) (CADA)	R\$ 6,55
40307891	WIDAL, REAÇÃO DE	R\$ 363,68
40307905	ALERGENOS - PERFIL ANTIGÊNICO (PAINEL C/36 ANTÍGENOS)	R\$ 16,64
40307913	ANTI-DMP	R\$ 60,06
40307921	ANTI-HIALURONIDASE, DETERMINAÇÃO DA	R\$ 42,59
40307930	ANTIDESOXIRIBONUCLEASE B, NEUTRALIZAÇÃO QUANTITATIVA	R\$ 12,21
40307948	ANTIFIGADO (GLOMÉRULO, TUB. RENAL, CORTE RIM DE RETO), IFI	R\$ 13,52
40307956	ANTÍGENOS METILICOS SOLÚVEIS DO BCG (1 APLICAÇÃO)	R\$ 39,31
40307964	CHAGAS	R\$ 17,47
40307972	CHAGAS (MACHADO GUERREIRO)	R\$ 37,44
40307980	CHAGAS - TOTAL	R\$ 26,83
40307999	COMPLEMENTO C3, C4 - TURBID. OU NEFOLOMÉTRICO C3A	R\$ 14,30
40308014	CRIOGLOBULKINAS, CARACTERIZAÇÃO - IMUNOELETOFORESE	R\$ 31,20
40308022	DNCB - TESTE DE CONTATO	R\$ 5,46
40308030	FATOR REUMATÓIDE, TESTE DO LÁTEX (QUALITATIVO)	R\$ 6,24

40308049	FREI (LINFOGRANULOMA VENÉREO), IDER	R\$ 171,60
40308324	GONOCOCO - IGG	R\$ 24,75
40308332	GONOCOCO - IGM	R\$ 20,80
40308065	GONOCOCO - HEMAGLUTINAÇÃO (HA)	R\$ 254,46
40308073	HEPATITE C - ANTÍGENO HCV - PCR	R\$ 21,84
40308081	HIDATIDOSE (EQUINOCOCOSE) IDI DUPLA	R\$ 31,20
40308090	NBT ESTIMULADO	R\$ 39,31
40308103	RUBÉOLA	R\$ 24,98
40308111	SARAMPO	R\$ 39,31
40308120	SARAMPO - ANTICORPOS IGG	R\$ 24,98
40308138	SARAMPO - ANTICORPOS IGM	R\$ 27,17
40308146	TOXOPLASMOSE	28.82
40308154	TOXOPLASMOSE - IGA	R\$ 21,84
40308162	VARICELA, IGG	R\$ 41,66
40308170	VARICELA, IGM	R\$ 21,34
40308189	VARICELA, PARA	R\$ 94,64
40308197	VÍRUS, (SINCICIAL, RESPIRATÓRIO) PESQUISA DIRETA	R\$ 38,48
40308200	WEIL FELIX (RICKETSIOSE), REAÇÃO DE AGLUTINAÇÃO	R\$ 6,55
40307883	WESTEM BLOT (ANTICORPOS ANTI-HTVI OU HTLVII)	R\$ 159,12

CÓDIGO	MICROBIOLOGIA	VALOR
40310019	A FRESCO, EXAME	R\$ 6,55
40310027	ANTIBIOGRAMA (TESTE SENSIBILIDADE E ANTIBIÓTICOS E QUIMIOTERÁPICOS), POR BACTÉRIA - NÃO AUTOMATIZADO	R\$ 25,41
40310426	ANTIBIOGRAMA AUTOMATIZADO	R\$ 42,39
40310035	ANTIBIOGRAMA P/ BACILOS ÁLCOOL-RESISTENTES-DROGAS DE 2 LINHAS	R\$ 22,02
40310043	ANTÍGENOS FÚNGICOS, PESQUISA	R\$ 23,92
40310051	BAAR (ZIEHL OU FLUORESCÊNCIA, PESQUISA DIRETA E APÓS HOMOGENEIZAÇÃO)	R\$ 9,37

40310060	BACTEIOSCOPIA (GRAM, ZIEHL, ALBERT, ETC), POR LÂMINA	R\$ 9,37
40310078	CHLAMYDIA, CULTURA	R\$ 30,16
40310361	CITOMEGALOVÍRUS - SHELL VIAL	R\$ 352,56
40310086	CÓLERA - IDENTIFICAÇÃO (SOROTIPAGEM INCLUÍDA)	R\$ 40,41
40310094	CORPÚSCULOS DE DONOVANI, PESQUISA DIRETA DE	R\$ 6,55
40311010	CRIPTOCOCO (TINTA DA CHINA), PESQUISA DE	R\$ 6,55
40310116	CRIPTOSPORIDIUM, PESQUISA	R\$ 6,55
40310124	CULTURA BACTERIANA (EM DIVERSOS MATERIAIS BIOLÓGICOS)	R\$ 22,38
40310132	CULTURA PARA BACTÉRIAS ANAERÓBICAS	R\$ 32,78
40310140	CULTURA PARA FUNGOS	R\$ 20,75
40310159	CULTURA PARA MYCOBACTERIUM	R\$ 15,53
40310167	CULTURA QUANTITATIVA DE SECREÇÕES PULMONARES, QUANDO NECESSITAR TRATAMENTO PRÉVIO C/ N.C.A	R\$ 26,80
40310175	CULTURA, FEZES: SALMONELLA, SHINGELLA E ESC. COLI ENTEROPATOGÊNICAS, ENTEROINVASORA (SOROL. INCLUÍDA) + CAMPYLOBACTER SP + E. COLI ENTERO- HEMORRÁGICA	R\$ 26,90
40310183	CULTURA, FEZES: SALMONELLA, SHINGELLA E ESC. COLI ENTEROPATOGÊNICAS, ENTEROINVASORA (SOROL. INCLUÍDA)	R\$ 16,67
40310191	CULTURA, HERPESVÍRUS OU OUTRO	R\$ 58,42
40310205	CULTURA, MICOPLASMA OU UREAPLASMA	R\$ 28,37
40310213	CULTURA, URINA COM CONTAGEM DE COLÔNIAS – UROCULTURA	R\$ 16,21
40310221	ESTREPTOCOCOS - A, TESTE RÁPIDO	R\$ 17,47
40310230	FUNGOS, PESQUISA DE (A FRESCO) LACTOFENOL, TINTA DA CHINA)	R\$ 6,55
40310248	HEMOCULTURA (POR AMOSTRA)	R\$ 28,26
40310256	HEMOCULTURA AUTOMATIZADA (POR AMOSTRA)	R\$ 22,02

40310264	HEMOCULTURA PARA BACTÉRIAS ANAERÓBICAS (POR AMAOSTRAS)	R\$ 29,48
40310272	HEMOPHILUS (BORDETELLA) PERTUSSIS	R\$ 51,33
40310434	LEISHMANIA, PESQUISA	R\$ 1,80
40310280	HANSEN, PESQUISA DE (POR MATERIAL)	R\$ 1,80
40310299	LEPTOSPIRA (CAMPO ESCURO APÓS CONCENTRAÇÃO) PESQUISA	R\$ 6,55
40310370	MICROSPORÍDIA, PESQUISA NAS FEZES	R\$ 5,63
40310302	MICROORGANISMOS - TESTE DE SENSIBILIDADE A DROGAS, MIC, POR DROGA TESTADA	R\$ 61,15
40310310	PARACOCCIDIOIDES, PESQUISA DE	R\$ 1,80
40310329	PNEUMOCYSTI CARINII, PESQUISA POR COLORAÇÃO ESPECIAL	R\$ 2,09
40310337	ROTAVÍRUS, PESQUISA, ELISA	R\$ 17,47
40310388	SARCOPTES SCABEI, PESQUISA	R\$ 4,15
40310345	TREPONEMA (CAMPO ESCURO)	R\$ 6,55
40310353	VACINA AUTÓGENA	R\$ 40,41
40310396	CHLAMYDIA - PCR, AMPLIFICAÇÃO DE DNA	R\$ 65,06

40310400	CULTURA AUTOMATIZADA	R\$ 36,86
----------	----------------------	------------------

CÓDIGO	URINÁLISE	VALOR
40311236	2,5-HEXANODIONA, DOSAGEM NA URINA	R\$ 7,50
40311015	ÁCIDO CÍTRICO	R\$ 15,50
40311023	ÁCIDO HOMOGENTÍSICO	R\$ 4,03
40311031	ALCPTONÚRIA, PESQUISA	R\$ 1,80
40311040	CÁLCULOS URINÁRIOS	R\$ 14,46
40311058	CATECOLAMINAS FRACIONADAS - DOPAMINA, EPINEFRINA, NOREPINEFRINA (CADA)	R\$ 20,75
40311244	CISTINA	R\$ 33,51
40311066	CISTINÚRIA, PESQUISA	R\$ 5,92
40311074	COPROPORFIRINA III	R\$ 4,78
40311082	CORPOS CETÔNICOS, PESQUISA	R\$ 3,28
40311090	CROMATOGRAFIA DE AÇÚCARES	R\$ 28,39
40311104	DISMORFISMO ERITROCITÁRIO, PESQUISA (CONTRASTE DE FASE)	R\$ 9,10
40311120	FRUTOSÚRIA, PESQUISA	R\$ 5,46
40311139	GALACTOSÚRIA, PESQUISA	R\$ 5,46
40311147	LIPÓIDES, PESQUISA	R\$ 4,37
40311155	MELANINA, PESQUISA	R\$ 5,46
40311163	METANEFIRINAS URINÁRIAS, DOSAGEM	R\$ 32,76
40311171	MICROALBUMINÚRIA	R\$ 17,23
40311180	PESQUISA OU DOSAGEM DE UM COMPONENTE URINÁRIO – CALCIÚRIA	R\$ 4,58
40311198	PORFIBILINOGENIO, PESQUISA	R\$ 4,37
40311252	PORFIBILINOGENIO	R\$ 20,75
40311210	ROTINA DE URINA (CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS ANORM. E SENDIMENT.) - EAS	R\$ 3,46
40311201	PROTEÍNAS BENCE JONES, PESQUISA	R\$ 5,34
40311228	UROPORFIRINAS, DOSAGEM	R\$ 2,78

40311260	ACIDEZ TITULÁVEL	R\$ 4,37
40311279	BARTITURATOS, PESQUISA	R\$ 31,20
40311287	BETA MERCAPTO-LACTATO-DISULFIDÚRIA, PESQUISA	R\$ 4,37
40311295	CANTAGEM SENDIMENTAR DE ADDIS	R\$ 8,74
40311309	ELETROFORESE DE PROTEÍNAS URINÁRIAS, COM CONCENTRAÇÃO	R\$ 21,84
40311317	FENILCETONÚRIA, PESQUISA	R\$ 4,37
40311325	HISTIDINA, PESQUISA	R\$ 4,37
40311333	INCLUSÃO CITOMEGÁLICA, PESQUISA DE CÉLULAS COM	R\$ 34,95
40311341	MIOGLOBINA, PESQUISA	R\$ 29,67
40311392	TIROSINOSE, PESQUISA	R\$ 4,37

CÓDIGO	DIVERSOS	VALOR
40312127	PERFIL REUMATOLÓGICO (ÁCIDO ÚRICO, ELETROFORESE DE PROTEÍNAS, FAN, VHS, PROVA DO LÁTEX P/F. R,W ROSE	R\$ 24,05
40312135	PH - TORNASSOL	R\$ 9,83
40312143	PROVA ATIVIDADE DE FEBRE REUMÁTICA (ASLO, ELETROFORESE DE PROTEÍNAS, MUCO- PROTEÍNAS E PROTEÍNA "C" REATIVA)	R\$ 24,05
40312151	PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA (BILIRRUBINAS, ELETROFORESE DE PROTEÍNAS, FA,TGO,TGP E GAMA GT)	R\$ 15,87
40312178	TESTE DO PEZINHO AMPLIADO (TSH NEONATAL + 17 OH PROGESTERONA + FENILALANINA + TRIPSINA IMUNO-REATIVA + ELETROFORESE DE HB PARA TRIAGEM DE HEMOPATIAS)	R\$ 90,63
40312160	TESTE DO PEZINHO BÁSICO (TSH NEONATAL + FENILALANINA + ELETROFORESE DE HB PARA TRIAGEM DE HEMOPATIAS)	R\$ 50,26
40314564	ZIKA - POR PCR	R\$ 455,65
40334176	CHIKUNGUNYA ANTICORPOS	R\$ 208,06
40324192	NS1	R\$ 73,91
		R\$ 227,89

40324265	CADEIAS LEVES KAPPA LAMBDA	
40324559	DENGUE IGG	R\$ 29,56
40324567	DENGUE IGM	R\$ 29,56
40324591	VÍRUS ZIKA IGG	R\$ 195,16
40324605	VÍRUS ZIKA IGM	R\$ 195,16

CÓDIGO	TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA	VALOR
40313298	ÁCIDO ACÉTICO	R\$ 17,83
40313018	ÁCIDO DELTA AMINOLEVULÍNICO (PARA CHUMBO INORGÂNICO)	R\$ 6,97
40313026	ÁCIDO DELTA AMINOLEVULÍNICO DESIDRATASE (PARA CHUMBO INORGÂNICO)	R\$ 7,52
40313034	ÁCIDO FENILGLIOXÍLICO (PARA ESTIRENO)	R\$ 4,65
40313042	ÁCIDO HIPÚRICO (PARA TOLUENO)	R\$ 4,57
40313050	ÁCIDO MANDÉLICO (PARA ESTIRENO)	R\$ 4,54
40313301	ÁCIDO METIL MALÔNICO	R\$ 284,34
40313069	ÁCIDO METILHIPÚRICO (PARA XILENOS)	R\$ 4,57

CÓDIGO	PACOTES DE EXAME TOXICOLÓGICO	VALOR
40301168	ÁCIDO VALPRÓICO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 24,89
40301311	AMITRIPTILINA, NORTRIPTILINA (CADA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 308,85
40301370	BARBITÚRICOS, ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS (CADA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 103,33
40301540	CLOMIPRAMINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 393,90
40301745	BENZODIAZEPÍNICOS E SIMILARES (CADA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 11,50
40301800	ETOSSUXIMIDA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 128,27
40301826	FENITOÍNA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 27,21

40302121	IMIPRAMINA - DESIPRAMINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 119,39
40302288	OXCARBAZEPINA, PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 38,49
40302334	PRIMIDONA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 71,46
40302539	TRIAZOLAM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 229,68
40302741	LAMOTRIGINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 125,55
40321347	LEVETIRACETAM, DOSAGEM	R\$ 386,82
40321460	PAROXETINA, DOSAGEM	R\$ 793,48
40321614	TOPIRAMATO, DOSAGEM (SANGUE)	R\$ 412,77
40321681	VIGABATRINA, DOSAGEM	R\$ 187,52
40321720	CLOBAZAM DOSAGEM	R\$ 168,62
40321738	CLONAZEPAN, DOSAGEM	R\$ 136,98
40321754	CLOZAPINA, DOSAGEM	R\$ 464,05
40321797	DOXEPINA, DOSAGEM	R\$ 1.119,93
40321800	FLUNITRAZEPAM, DOSAGEM	R\$ 472,82
40321819	FLUOXETINA, DOSAGEM	R\$ 480,99
40321975	MAPROTILINA, DOSAGEM	R\$ 493,29
PACOTE	MATERIAL PELO OU CABELO CORPÓREOS - ENSAIO TOXICOLÓGICO DE LARGA JANELA DE DETECÇÃO ANFETAMINAS E DERIVADOS, E METABÓLITOS DE COCAÍNA, MACONHA E OPIÁCEOS	R\$ 262,50
PACOTE	MATERIAL SANGUE – ÁLCOOL	R\$ 27,30
PACOTE	MATERIAL URINA - ÁLCOOL	R\$ 24,15
PACOTE	MATERIAL URINA – ANFETAMINAS	R\$ 58,17
PACOTE	MATERIAL URINA – COCAÍNA	R\$ 52,57

PACOTE	MATERIAL URINA - MACONHA	R\$ 52,57
PACOTE	MATERIAL URINA - OPIÁCEOS	R\$ 61,67
PACOTES DE EXAME COVID-19		
4.03.14.61-8	SARS-COV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19) – PESQUISA POR RT – PCR (SWAB).	R\$ 111,36
4.03.24.77-0	SARS-COV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19), PESQUISA DE ANTICORPOS IGA, IGG OU IGM (CADA PAR)	R\$ 120,50
PACOTES DE EXAME INFLUENZA		
4.03.23.67-6	PESQUISA RÁPIDA DE INFLUENZA A E B	R\$165,00

ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA

CÓDIGOS	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO	VALOR
PACOTE	EXAME ANÁTOMO-PATOLÓGICO (CITOLOGIA ONCÓTICA PAPANICOLAU)	R\$ 29,07
PACOTE	EXAME ANÁTOMO-PATOLÓGICO (FRAGMENTO OU PEÇA)	R\$ 92,48
4.06.01.01-3	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO PEROPERATÓRIO SEM DESLOCAMENTO DO PATOLOGISTA	R\$ 174,10
4.06.01.02-1	CÁLCULOS URINÁRIOS PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO PEROPERATÓRIO - PEÇA ADICIONAL OU MARGEM CIRÚRGICA	R\$ 141,71
4.06.01.04-8	NECRÓPSIA DE ADULTO/CRIANÇA E NATIMORTO COM SUSPEITA DE ANOMALIA GENÉTICA	R\$ 647,50
4.06.01.05-6	NECRÓPSIA DE EMBRIÃO/FETO ATÉ 500 GRAMAS	R\$ 341,19
4.06.01.11-0	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM BIÓPSIA SIMPLES "IMPRINT" E "CELL BLOCK"	R\$ 58,16

4.06.01.12-9	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO ONCÓTICO DE LÍQUIDOS E RASPADOS CUTÂNEOS	R\$ 58,16
4.06.01.13-7	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM CITOPATOLOGIA CÉRVICO-VAGINAL ONCÓTICA	R\$ 29,07
4.06.01.14-5	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM CITOLOGIA HORMONAL SERIADO	R\$ 43,08
4.06.01.15-3	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM REVISÃO DE LÂMINAS OU CORTES HISTOLÓGICOS SERIADOS	R\$ 173,88
4.06.01.16-1	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM CITOLOGIA HORMONAL ISOLADA	R\$ 18,93
4.06.01.18-8	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM REAÇÃO IMUNOISTOQUÍMICA ISOLADA	R\$ 232,45
4.06.01.17-0	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM PAINEL DE IMUNOISTOQUÍMICA (DUAS A CINCO REAÇÕES)	R\$ 478,84
4.06.01.19-6	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM FRAGMENTOS MÚLTIPLOS DE BIÓPSIAS DE MESMO ÓRGÃO OU TOPOGRAFIA, ACONDICIONADOS EM UM MESMO FRASCO	R\$ 126,01
4.06.01.20-0	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM PEÇA ANATÔMICA OU CIRÚRGICA SIMPLES	R\$ 92,48
4.06.01.21-8	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM PEÇA CIRÚRGICA OU ANATÔMICA COMPLEXA	R\$ 126,11
4.06.01.22-6	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM GRUPOS DE LINFONODOS, ESTRUTURAS VIZINHAS E MARGENS DE PEÇAS ANATÔMICAS SIMPLES OU COMPLEXAS (POR MARGEM) - MÁXIMO DE TRÊS MARGENS	R\$ 58,16
4.06.01.23-4	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM AMPUTAÇÃO DE MEMBROS - SEM CAUSA ONCOLÓGICA	R\$ 120,86

4.06.01.24-2	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM AMPUTAÇÃO DE MEMBROS - CAUSA ONCOLÓGICA	R\$ 247,75
4.06.01.25-0	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM LÂMINAS DE PAAF ATÉ 5	R\$ 58,16
4.06.01.26-9	COLORAÇÃO ESPECIAL POR COLORAÇÃO	R\$ 29,07
4.06.01.28-5	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM PAINEL DE HIBRIDIZAÇÃO "IN SITU"	R\$ 478,84
4.06.01.22-3	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM PAINEL DE MEIO LÍQUIDO	R\$ 46,47

SERVIÇOS DE HEMODERIVADOS

SERVIÇO DE HEMOTERAPIA	CBHPM, 3ª edição UCO R\$ 11,50 (+ 2,54% sobre o valor atual total)
------------------------	--

PACOTES DE SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM:

PROCEDIMENTO	VALOR
HOLTER, DE 24 HORAS – 3 CANAIS DIGITAIS	R\$ 141,00
TESTE ERGONOMÉTRICO	R\$ 118,32
HOLTER, DE 24 HORAS	R\$ 140,89
MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL, DA PRESSÃO ARTERIAL	R\$ 144,13
CARDIOTOCOGRAFIA, ANTE- PARTO	R\$ 202,35

MEDICINA NUCLEAR	VALOR
CINTILOGRAFIA COM HEMÁCIAS MARCADAS	R\$ 562,81
CINTILOGRAFIA DO MIOCARDIO PERFUSÃO - REPOUSO	R\$ 801,43
CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DAS CÂMARAS CARDÍACAS – ESFORÇO	R\$ 484,40
CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DAS CÂMARAS CARDÍACAS – REPOUSO	R\$ 405,49

CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO-ESTRESSE FARMACOLÓGICO	R\$ 801,43
CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO - ESTRESSE FÍSICO	R\$ 801,43
CINTILOGRAFIA DAS GLÂNDULAS SALIVARES COM OU SEM ESTÍMULO	R\$ 240,64
CINTILOGRAFIA DO FÍGADO E DO BAÇO	R\$ 370,79
CINTILOGRAFIA DO FÍGADO E VIAS BILIARES	R\$ 445,55
CINTILOGRAFIA PARA DETECÇÃO DE HEMORRAGIA DIGESTÓRIA ATIVA	R\$ 393,75
CINTILOGRAFIA PARA DETECÇÃO DE HEMORRAGIA DIGESTÓRIA NÃO ATIVA	R\$ 631,40
CINTILOGRAFIA MINAÇÃO DO TEMPO DE ESVAZIAMENTO GÁSTRICO	R\$ 328,78
CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (LÍQUIDOS)	R\$ 325,07
CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (SEMI- SÓLIDOS)	R\$ 325,25
CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE DIVERTÍCULO DE MECKEL	R\$ 251,21
CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO	R\$ 321,67
FLUXO SANGUÍNEO HEPÁTICO (QUALITATIVO E QUANTITATIVO)	R\$ 297,00
CINTILOGRAFIA DA TIREÓIDE E/OU CAPTAÇÃO (IODO - 123)	R\$ 311,50
CINTILOGRAFIA DA TIREÓIDE E/OU CAPTAÇÃO (IODO - 131)	R\$ 222,31
CINTILOGRAFIA DA TIREÓIDE E/OU CAPTAÇÃO (TECNÉCIO - 99M TC)	R\$ 192,84
CINTILOGRAFIA DAS PARATIREÓIDES	R\$ 1.001,61
CINTILOGRAFIA RENAL DINÂMICA	R\$ 392,97
CINTILOGRAFIA RENAL DINÂMICA COM DIURÉTICO	R\$ 479,79
CINTILOGRAFIA RENAL ESTÁTICA (QUANTITATIVA OU QUALITATIVA)	R\$ 365,55
CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	R\$ 392,97
CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	R\$ 360,46
CINTILOGRAFIA ÓSSEA(CORPO TOTAL)	R\$ 279,00
FLUXO SANGUÍNEO ÓSSEO	R\$ 101,50
CINTILOGRAFIA CEREBRAL	R\$ 339,81

CINTILOGRAFIA CEREBRAL COM FLUORDEOXIGLICOSE (FDG - FLÚOR - 18)	R\$ 2.421,82
CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL	R\$ 1.414,00
CISTERNOCINTILOGRAFIA	R\$ 660,92
CISTERNOCINTILOGRAFIA LA LIQUÓRICA	R\$ 660,92
FLUXO SANGÜÍNEO CEREBRAL	R\$ 291,79
CINTILOGRAFIA COM ANÁLOGO DE SOMATOSTATINA	R\$ 7.139,53
CINTILOGRAFIA COM GÁLIO-67	R\$ 1.094,90
CINTILOGRAFIA COM LEUCÓCITOS MARCADOS	R\$ 2.143,20
LINFOCINTILOGRAFIA	R\$ 337,87
QUANTIFICAÇÃO DA CAPTAÇÃO PULMONAR COM GÁLIO-67	R\$ 816,00
CINTILOGRAFIA PULMONAR (INALAÇÃO)	R\$ 385,00
CINTILOGRAFIA PULMONAR (PERFUSÃO)	R\$ 345,07

	VALOR
RADIOLOGIA RX	
CRÂNIO - 2 INCIDÊNCIAS	R\$ 32,68
CRÂNIO - 3 INCIDÊNCIAS	R\$ 35,90
CRÂNIO - 4 INCIDÊNCIAS	R\$ 35,49
ORELHA, MASTÓIDES OU ROCHEDOS -BILATERAL	R\$ 33,47
ÓRBITAS - BILATERAL	R\$ 32,22
RX SEIOS FACE F.N.-M.N.- LAT-HIRTZ (4 CHAPAS)	R\$ 32,22
SELA TÚRCICA	R\$ 27,93
MAXILAR INFERIOR	R\$ 33,47
OSSOS DA FACE	R\$ 35,49
ARCOS ZIGOMÁTICOS OU MALAR OU APÓFISES	R\$ 30,11
ARTICULAÇÃO TEMPORO- MANDIBULAR (BILATERAL)	R\$ 31,43
ADENÓIDES OU CAVUM	R\$ 12,47
PLANIGRAFIA LINEAR DE CRÂNIO OU SELA TÚRCICA OU FACE OU MASTÓIDE	R\$ 31,94

INCIDÊNCIA ADICIONAL DE CRÂNIO OU FACE	R\$ 12,92
COLUNA CERVICAL - 3 INCIDÊNCIAS	R\$ 32,37
COLUNA CERVICAL - 5 INCIDÊNCIAS	R\$ 45,04
COLUNA DORSAL - 2 INCIDÊNCIAS	R\$ 31,41
COLUNA DORSAL - 4 INCIDÊNCIAS	R\$ 32,05
RX DE ANTEBRAÇO (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 31,75
PUNHO	R\$ 29,79
MÃO OU QUIRODÁCTILO	R\$ 12,18
MÃOS E PUNHOS PARA IDADE ÓSSEA	R\$ 30,19
INCIDÊNCIA ADICIONAL DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 12,59
BACIA	R\$ 31,97
ARTICULAÇÕES SACROILÍACAS	R\$ 33,30
ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL (QUADRIL)	R\$ 31,41
COXA	R\$ 32,68
JOELHO	R\$ 31,75
PATELA	R\$ 30,12
PERNA	R\$ 31,41
ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO)	R\$ 30,12
PÉ OU PODODÁCTILO	R\$ 31,75
CALCÂNEO	R\$ 30,50
ESCANOMETRIA	R\$ 12,18
PANORÂMICA DOS MEMBROS INFERIORES	R\$ 27,92
INCIDÊNCIA ADICIONAL DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 12,59
TÓRAX - 1 INCIDÊNCIA	R\$ 27,93
TÓRAX - 2 INCIDÊNCIAS	R\$ 34,90
TÓRAX - 3 INCIDÊNCIAS	R\$ 38,65
TÓRAX - 4 INCIDÊNCIAS	R\$ 51,24
CORAÇÃO E VASOS DA BASE	R\$ 43,76
SERIOGRAFIA ESOFAGEA- NA - ESOFAGO	R\$ 434,70
SERIOGRAFIA ESÔFAGO - GASTRO - DUODENAL	R\$ 434,70
CLISTER OPACO (ENAMA OPA- CO)	R\$ 434,70
URETROCISTOGRAFIA DE ADULTO	R\$ 393,30
URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL DE CRIANÇAS ATÉ 12 ANOS	R\$ 31,64
HISTEROSALPINGOGRAFIA	R\$ 51,12
ABDOME SIMPLES	R\$ 31,70

ABDOMEN AGUDO	R\$ 41,85
MAMOGRAFIA BILATERAL DIGITAL	R\$ 99,30
AMPLIAÇÃO OU MAGNIFICAÇÃO DE LESÃO MAMÁRIA	R\$ 42,69
DENSITOMETRIA ÓSSEA (UM SEGMENTO)	R\$ 103,93
DENSITOMETRIA ÓSSEA 2 SEGMENTOS (COLUNA E FÊMUR)	R\$ 149,00
DENSITOMETRIA ÓSSEA-CORPO INTEIRO	R\$ 134,53

OUTROS EXAMES	VALOR
MARCAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA POR NÓDULO - POR MAMA - MÁXIMO DE 3 NÓDULOS	R\$ 462,00
MARCAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA POR NÓDULO - POR MAMA, POR RM	R\$ 426,89
MARCAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA POR NÓDULO - POR MAMA, POR US	R\$ 422,03
PUNÇÃO OU BIÓPSIA MAMÁRIA PERCUTÂNEA POR AGULHA FINA, POR ESTEREOTAXIA	R\$ 422,03
PUNÇÃO OU BIÓPSIA MAMÁRIA PERCUTÂNEA POR AGULHA FINA, POR TC	R\$ 422,03
PUNÇÃO OU BIÓPSIA MAMÁRIA PERCUTÂNEA POR AGULHA FINA, POR US	R\$ 93,92
BIÓPSIA PERCUTÂNEA DE FRAG MAMÁRIO POR ESTEREOTAXIA (CORE BIOPSY)	R\$ 723,96
BIÓPSIA PERCUTÂNEA DE FRAG MAMÁRIO POR RM (CORE BIOPSY)	R\$ 733,30
BIÓPSIA PERCUTÂNEA DE FRAG MAMÁRIO POR US (CORE BIOPSY)	R\$ 727,02
PUNÇÃO BIÓPSIA/ASPIRATIVA DE ÓRGÃO OU ESTRUTURA ORIENTADA POR RM (NÃO INCLUI EXAME DE BASE)	R\$ 330,17
PUNÇÃO BIÓPSIA/ASPIRATIVA DE ÓRGÃO OU ESTRUTURA ORIENTADA POR RX (NÃO INCLUI EXAME DE BASE)	R\$ 330,17
PUNÇÃO BIÓPSIA/ASPIRATIVA DE ÓRGÃO OU ESTRUTURA ORIENTADA POR TC (NÃO INCLUI EXAME DE BASE)	R\$ 330,17

PUNÇÃO BIÓPSIA/ASPIRATIVA DE ÓRGÃO OU ESTRUTURA ORIENTADA POR US (NÃO INCLUI EXAME DE BASE)	R\$ 72,11
MAMOTOMIA POR ESTEREOTAXIA (INCLUI:HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS, OPME, MEDICAMENTOS E TAXAS)	R\$5.600,00

ULTRASSONOGRRAFIA	VALOR
GLOBO OCULAR - BILATERAL	R\$ 83,67
GLOBO OCULAR COM DOPPLER COLORIDO - BILATERAL	R\$ 157,70
GLÂNDULAS SALIVARES (TODAS)	R\$ 83,67
TORÁCICO EXTRACARDÍACO	R\$ 58,36
ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO	R\$ 239,38
ULTRASSONOGRRAFIA DE MA- MAS	R\$ 83,67
ABDOMEN TOTAL (INCLUI ABDOMEN ABDOMEN INFERIOR)	R\$ 142,40
ABDOMEN SUPERIOR (FÍGADO, VIAS BILIARES, VESÍCULA, PÂNCREAS, BAÇO)	R\$ 99,96
RETROPERITÔNIO (GRANDES VASOS OU ADRENAS)	R\$ 115,50
US ABDOMEN INFERIOR MAS- CULINO (BEXIGA, PRÓSTATA E VESÍCULAS SEMINAIS)	R\$ 87,40
ABDOMEN INFERIOR FEMININO (BEXIGA, ÚTERO, OVÁRIO E ANEXOS)	R\$ 88,36
US ÓRGÃOS SUPERFICIAIS (MAMAS, TIREÓIDE OU ESCROTO OU PÊNIS OU CRÂNIO)	R\$ 69,50
ULTRASSONOGRRAFIA DE ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL OU AXILAS OU MÚSCULO OU TENDÃO)	R\$ 69,50
ULTRASSONOGRRAFIA ARTICULAÇÕES	R\$ 83,67
OBSTÉTRICA	R\$ 62,17
US OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO	R\$ 59,00
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL	R\$ 128,47
OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA	R\$ 159,90
ULTRASSONOGRRAFIA	R\$ 43,13

GESTAÇÃO MÚLTIPLA: CADA FETO	
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA GESTAÇÃO MÚLTIPLA COM DOPPLER COLORIDO:CADA FETO	R\$ 78,24
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉ- TRICA 1º TRIMESTRE (ENDO- VAGINAL)	R\$ 147,51
TRANSVAGINAL(INCLUI ABDOME INFERIOR FEMININO)	R\$ 83,65
TRANSVAGINAL PARA CONTROLE DE OVULAÇÃO	R\$ 166,66
PRÓSTATA TRANSRETAL(INCLUI ABDOME INFERIOR MASCULINO)	R\$ 133,13
USDOPPLER COLORIDOTRANS-CRANIANOOUTRANSF ONTANELA	R\$ 148,00
DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS BILATERAL (CARÓTIDAS E VERTEBRAIS)	R\$ 218,12
US DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS VENOSOS BILATERAL (SUBCLÁVIAS E JUGULARES)	R\$ 232,00
US DOPPLER COLORIDO DE ORGAO OU ESTRUTURA ISOLADA (INCLUI CORÇÃO)	R\$ 172,90
DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTÉRIAS RENAI	R\$ 189,79
US DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ILÍACAS	R\$ 189,79
US DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS VISCERAIS (MESENTÉRICAS SUPERIOR, INFERIOR E TRONCO CELÍACO)	R\$ 189,79
DOPPLER COLORIDO DE HEMANGIOMA	R\$ 182,37
DOPPLER COLORIDO DE VEIA CAVA SUPERIOR OU INFERIOR	R\$ 189,79
DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR – UNILATERAL	R\$ 255,71
DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL	R\$ 256,56
DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR – UNILATERAL	R\$ 255,71
DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL	R\$ 256,56

TRIDIMENSIONAL - ACRESCENTAR AO EXAME DE BASE	R\$ 86,26
DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS PENIANAS (SEM FÁRMACO INDUÇÃO)	R\$ 146,50
ULTRA-SONOGRAFIA BI- OMICROSCÓPICA - MONOCULAR	R\$ 131,31
ULTRA-SONOGRAFIA DIAGNÓSTICA – MONOCULAR	R\$ 95,22
DOPPLER TRANSCRANIANO	R\$ 148,00
ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM ESTRESSE FÍSICO	390,86
ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM ESTRESSE FARMACOLÓGICO (com MAT/MED)	R\$ 550,00
PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 87,39
APARELHO URINÁRIO (RINS, URETERES E BEXIGA)	R\$ 87,10
US- ECODOPPLERCARDIOGRAMA FETAL COM MAPE- AM. FLUXO EM CORES	R\$ 319,50
PERFIL BIOFÍSICO FETAL	R\$ 262,50
ELASTOGRAFIA HEPÁTICA PARA CONTROLE DE FIBROSE, POR ULTRASSONOGRAMA	R\$ 290,00
PRÓSTATA TRANSRETAL COM BIÓPSIA-MAIS DE 8 FRAGMENTOS(JÁ CONTEMPLA O CÓDIGO 4.09.01.033)	R\$ 884,91
INTRA-OPERATÓRIO	R\$ 189,35
DOPPLER COLORIDO INTRA- OPERATÓRIO	R\$ 264,31

TOMOGRAMA COMPUTADORIZADA	VALOR PROCEDIMENTO	VALOR MAT/MED
CRÂNIO OU SELA TÚRSICA OU ÓRBITAS	R\$ 217,39	R\$ 292,60
MASTÓIDES OU ORELHAS	R\$ 327,75	R\$ 292,60
FACE OU SEIOS DA FACE	R\$ 336,45	R\$ 292,60
ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES	R\$ 336,45	R\$ 292,60
PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIREÓIDE E FARINGE)	R\$ 348,01	R\$ 292,60

TÓRAX	R\$ 348,01	R\$ 292,60
CORAÇÃO - PARA AVALIAÇÃO DO ESCORE DE CÁLCIO	R\$ 343,18	R\$ 292,60
TOMOGRAFIA DE ABDOME TOTAL	R\$ 531,73	R\$ 292,60
ABDOME SUPERIOR	R\$ 348,01	R\$ 292,60
PELVE OU BACIA	R\$ 327,75	R\$ 292,60
COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU LOMBAR (ATE 3 SEGMENTOS)	R\$ 275,19	R\$ 275,19
COLUNA - SEGMENTO ADICIONAL	R\$ 79,14	R\$ 292,60
ARTICULAÇÃO (ESTERNOCLAVICULAR OU OMBRO OU COTOVELO OU PUNHO OU SACROILÍACAS OU COXOFEMORAL OU JOELHO)	R\$ 327,75	R\$ 292,60
SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO OU ANTEBRAÇO OU MÃO OU COXA OU PERNA OU PÉ)	R\$ 327,75	R\$ 292,60
ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORÁCICA	R\$ 360,80	R\$ 292,60
ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL	R\$ 360,80	R\$ 292,60
TC DE VIAS URINÁRIAS (UROTO-MOGRAFIA)	R\$360,80	R\$ 292,60
ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL	R\$ 360,80	R\$ 292,60
ESCANOMETRIA DIGITAL	R\$ 138,24	R\$ 292,60
RECONSTRUÇÃO TRIDIMENSIONAL - ACRESCENTAR AO EXAME DE BASE	R\$ 102,35	R\$ 292,60
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE ABDOME SUPERIOR	R\$ 338,45	R\$ 292,60
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE CRÂNIO	R\$ 338,45	R\$ 292,60
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 338,45	R\$ 292,60
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 338,45	R\$ 292,60

ANGIOTOMOGRÁFIA ARTERIAL DE Pelve	R\$ 338,45	R\$ 292,60
ANGIOTOMOGRÁFIA ARTERIAL DE PESCOÇO	R\$ 338,45	R\$ 292,60
ANGIOTOMOGRÁFIA ARTERIAL DE TÓRAX	R\$ 338,45	R\$ 292,60
ANGIOTOMOGRÁFIA ARTERIAL PULMONAR	R\$ 338,45	R\$ 292,60
ANGIOTOMOGRÁFIA VENOSA DE ABDOME SUPERIOR	R\$ 338,45	R\$ 292,60
ANGIOTOMOGRÁFIA VENOSA DE CRÂNIO	R\$ 338,45	R\$ 292,60
ANGIOTOMOGRÁFIA VENOSA DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 338,45	R\$ 292,60
ANGIOTOMOGRÁFIA VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 338,45	R\$ 292,60
ANGIOTOMOGRÁFIA VENOSA DE Pelve	R\$ 338,45	R\$ 292,60
ANGIOTOMOGRÁFIA VENOSA DE PESCOÇO	R\$ 338,45	R\$ 292,60
ANGIOTOMOGRÁFIA VENOSA DE TÓRAX	R\$ 338,45	R\$ 292,60
ANGIOTOMOGRÁFIA VENOSA PULMONAR	R\$ 338,45	R\$ 292,60

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	VALOR PROCEDIMENTO	VALOR MAT/MED
CRÂNIO (ENCÉFALO)	R\$ 662,45	R\$ 270,00
SELA TÚRCICA (HIPÓFISE)	R\$ 385,73	R\$ 270,00
BASE DO CRÂNIO	R\$ 385,73	R\$ 270,00
ESTUDO FUNCIONAL (MAPEAMENTO CORTICAL POR RM)	R\$ 234,15	R\$ 270,00
PERFUSÃO CEREBRAL POR RM	R\$ 234,15	R\$ 270,00
ESPECTROSCOPIA POR RM	R\$ 234,15	R\$ 270,00
ÓRBITA BILATERAL	R\$ 662,45	R\$ 270,00
OSSOS TEMPORAIS BILATERAL	R\$ 662,45	R\$ 270,00
FACE (INCLUI SEIOS DA FACE)	R\$ 662,45	R\$ 270,00

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	VALOR PROCEDIMENTO)	VALOR MAT/MED
ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	R\$ 649,66	R\$ 270,00
PESCOÇO (NASO- FARINGE, OROFARINGE, LARINGE, TRAQUÉIA, TIREÓIDE, PARATIREÓIDE)	R\$ 662,45	R\$ 270,00
TÓRAX(MEDIASTINO,PULMÃO, PAREDE TORÁCICA)	R\$ 697,18	R\$ 270,00
CORAÇÃO - MORFOLÓGICO E FUNCIONAL	R\$ 697,18	R\$ 270,00
CORAÇÃO - MORFOLÓGICO E FUNCIONAL + PERFUSÃO + ESTRESSE	R\$ 749,73	R\$ 270,00
CORAÇÃO - MORFOLÓGICO E FUNCIONAL + PERFUSÃO + VIABILIDADE MIOCÁRDICA	R\$ 807,00	R\$ 270,00
ABDOME SUPERIOR (FÍGADO, PÂNCREAS, BAÇO, RINS, SUPRARENIS, RETROPERITÔNIO)	R\$ 697,18	R\$ 270,00
PELVE (NÃO INCLUI ARTICULAÇÕES COXOFEMORAIS)	R\$ 662,45	R\$ 270,00
FETAL	R\$ 685,73	R\$ 270,00
PÊNIS	R\$ 649,66	R\$ 270,00
BOLSA ESCROTAL	R\$ 649,66	R\$ 270,00
COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU LOMBAR	R\$ 662,45	R\$ 270,00
FLUXO LIQUÓRICO (COMO COMPLEMENTAR)	R\$ 170,79	R\$ 270,00
PLEXO BRAQUIAL (DESFILADEIRO TORÁCICO) OU LOMBOSSACRAL (NÃO INCLUI COLUNA CERVICAL OU LOMBAR)	R\$ 697,18	R\$ 270,00
OR UNILATERAL (NÃO INCLUI MÃO E	R\$ 662,45	R\$ 270,00
MÃO (NÃO INCLUI PUNHO)	R\$ 662,45	R\$ 270,00
BACIA(ARTICULAÇÕES SACROILÍACAS)	R\$ 662,45	R\$ 270,00

COXA (UNILATERAL)	R\$ 662,45	R\$ 270,00
PERNA (UNILATERAL)	R\$ 662,45	R\$ 270,00
PÉ (ANTEPÉ) - NÃO INCLUI TORNOZELO	R\$ 662,45	R\$ 270,00
ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO)	R\$ 662,45	R\$ 270,00
ANGIO-RM DE AORTA TORÁCICA	R\$ 697,18	R\$ 290,00
ANGIO-RM DE AORTA ABDOMINAL	R\$ 697,18	R\$ 290,00
HIDRO-RM (COLÂNGIO-RM OU URO- RM OU MIELO-RM OU SIALO-RM OU CISTOGRAFIA POR RM)	R\$ 662,45	R\$ 290,00
RECONSTRUÇÃO TRIDIMENSIONAL - ACRESCENTAR AO EXAME DE BASE	R\$ 182,00	R\$ 290,00
MAMA (BILATERAL)	R\$ 662,45	R\$ 290,00
ANGIO-RM ARTERIAL DE ABDOME TOTAL	R\$ 662,45	R\$ 290,00
ANGIO-RM ARTERIAL DE CRÂNIO	R\$ 662,45	R\$ 290,00
ANGIO-RM ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR (UNILAT)	R\$ 662,45	R\$ 290,00
ANGIO-RM ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR (UNILAT)	R\$ 662,45	R\$ 290,00
ANGIO-RM ARTERIAL DE PELVE	R\$ 662,45	R\$ 290,00
ANGIO-RM ARTERIAL DE PESCOÇO	R\$ 662,45	R\$ 290,00
ANGIO-RM ARTERIAL PULMONAR	R\$ 662,45	R\$ 290,00
ANGIO-RM VENOSA DE ABDOME SUPERIOR	R\$ 662,45	R\$ 290,00
ANGIO-RM VENOSA DE CRÂNIO	R\$ 662,45	R\$ 290,00
ANGIO-RM VENOSA DE MEMBRO INFERIOR (UNILAT)	R\$ 662,45	R\$ 290,00
ANGIO-RM VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILAT)	R\$ 662,45	R\$ 290,00
ANGIO-RM VENOSA DE PELVE	R\$ 662,45	R\$ 290,00
ANGIO-RM VENOSA DE PESCOÇO	R\$ 662,45	R\$ 290,00
ANGIO-RM VENOSA PULMONAR	R\$ 662,45	R\$ 290,00

ARTRO-RM(INCLUIR A PUNÇÃO ARTI- ARTICULAR) - POR ARTICULAÇÃO	R\$ 697,18	R\$ 290,00
---	-------------------	-------------------

RADIOLOGIA RX	EDITAL
COLUNA LOMBO-SACRA 3 INCIDÊNCIAS	R\$ 36,89
COLUNA LOMBO-SACRA 5 INCIDÊNCIAS	R\$ 50,50
SACRO-COCCIX	R\$ 33,78
COLUNA DORSO-LOMBAR PARA ESCOLIOSE	R\$ 45,75
COLUNA TOTAL PARA ESCOLIOSE (TELESPONDILOGRAFIA)	R\$ 65,72
PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL (DOIS PLANOS)	R\$ 0,00
INCIDÊNCIA ADICIONAL DE COLUNA	R\$ 14,02
ESTERNO	R\$ 33,88
ARTICULAÇÃO ESTERNOCLAVICULAR	R\$ 21,73
COSTELAS - POR HEMITÓRAX	R\$ 34,42
CLAVÍCULA	R\$ 32,27
OMOPLATA OU ESCÁPULA	R\$ 33,88
ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR	R\$ 30,97
ARTICULAÇÃO ESCAPULOUMERAL (OMBRO)	R\$ 30,97
BRAÇO	R\$ 32,27
COTOVELO	R\$ 30,11

PROCEDIMENTO	VALOR
ANGIOTOMOGRAFIA CORO- NARIANA (INCLUSO MAT/MED E HONORÁRIO)+HONORÁRIO)	R\$ 1.300,00
PACOTE ANESTESISTA - RX, US, TC, RM OU MN (REFERÊNCIA 60 MINUTOS)	R\$ 320,00

INSTRUÇÕES GERAIS

Para os **serviços de Medicina Laboratorial, Citopatologia, Serviços de Imagem e SADT** serão adotados os valores constantes das tabelas do Anexo “Q”. Para os serviços acima relacionados, que não estejam valorados no Anexo “Q”, serão classificados no capítulo 4 da tabela CBHPM, será adotada, como valor máximo, a **Tabela CBHPM, ano 2014, UCO de R\$19,36 com deflator de 26%**. Caso o honorário esteja incluído na composição de taxas e pacotes o mesmo não poderá ser cobrado separadamente.

Quando o procedimento do atendimento não constar da tabela **CBHPM referenciada**, conforme descrito acima, poderá ser adotada a próxima edição, cujo procedimento esteja contemplado, com valor de **UCO de R\$19,36** e portes respectivos abaixo:



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA

CONTROLE DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS DO DOCUMENTO

Documento:	Parte 7 - 1ª Atualização EDITAL 2024
Data/Hora de Criação:	14/10/2024 12:51:31
Páginas do Documento:	32
Páginas Totais (Doc. + Ass.)	33
Hash MD5:	c3e08fa0ac15102039eb67c8d8cd835c
Verificação de Autenticidade:	https://autenticidade-documento.sti.fab.mil.br/assinatura

Este documento foi assinado e conferido eletronicamente com fundamento no artigo 6º, do Decreto nº 8.539 de 08/10/2015 da Presidência da República pelos assinantes abaixo:

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Major JULIANA GARCIA GOMES NETO DANTAS no dia 14/10/2024 às 09:53:32 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Segundo Sargento BRUNO RIBEIRO DA SILVA no dia 04/11/2024 às 14:44:45 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Cap NELSON RUBENS COUTINHO FILHO no dia 12/11/2024 às 12:37:11 no horário oficial de Brasília.

1A	R\$17,38	5C	R\$394,11	10B	R\$1.306,09
1B	R\$34,75	6A	R\$429,25	10C	R\$1.449,67
1C	R\$52,14	6B	R\$472,04	11A	R\$1.533,70
2A	R\$69,53	6C	R\$516,33	11B	R\$1.681,88
2B	R\$91,65	7 ^a	R\$557,58	11C	R\$1.845,34
2C	R\$108,46	7B	R\$617,15	12A	R\$1.912,54
3A	R\$148,20	7C	R\$730,18	12B	R\$2.056,14
3B	R\$189,37	8A	R\$788,24	12C	R\$2.518,99
3C	R\$216,92	8B	R\$826,43	13A	R\$2.772,57
4A	R\$258,16	8C	R\$876,83	13B	R\$3.041,43
4B	R\$282,61	9A	R\$931,84	13C	R\$3.363,75
4C	R\$319,27	9B	R\$1.018,91	14A	R\$3.748,70
5A	R\$343,70	9C	R\$1.122,76	14B	R\$4.078,67
5B	R\$371,21	10A	R\$1.205,27	14C	R\$4.498,75
UCO=R\$19,36					

Para serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, em que seja necessário uso de **filme radiológico**, adotar-se-á para o cálculo o **valor de R\$23,50** a ser pago pelo filme, conforme a tabela do Colégio Brasileiro de Radiologia.



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
BASE AÉREA DE NATAL
GRUPO DE SAÚDE DE NATAL

ANEXO R – ÁREAS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO - HOSPITALAR E DE REABILITAÇÃO ABRANGIDAS PELO EDITAL DE CREDENCIAMENTO

A prestação de serviços de assistência Médico-Hospitalar e de Reabilitação abará as seguintes áreas:

Hospital Geral, com as seguintes especificações mínimas:

Atendimento médico-hospitalar ou em consultório, com disponibilidade para agendamento de consultas eletivas, com hora marcada;

As seguintes profissões e respectivas especialidades clínicas e cirúrgicas poderão ser prestadas: alergologia, anatomia patológica e citopatologia, anestesiologia, angiologia (cirurgia vascular e linfática), braquiterapia (radioterapia para próstata), cardiologia, cirurgia geral, cirurgia do aparelho digestivo (órgãos anexos e parede abdominal), cirurgia cardíaca-hemodinâmica, cirurgia de mama, cirurgia da mão, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica e reparadora, cirurgia torácica, clínica médica, dermatologia clínico- cirúrgica, endocrinologia, endoscopia digestiva (cpre), fisioterapia; fonoaudiologia, gastroenterologia, geriatria e gerontologia, ginecologia e obstetrícia, hematologia, imaginologia (raios-x simples e contrastado, ultrassonografia, ecocardiografia, tomografia e ressonância magnética), infectologia, medicina física e reabilitação, medicina nuclear, nefrologia, neurocirurgia, neurologia, neurofisiologia, nutrição, oftalmologia, ortopedia e traumatologia, terapia ocupacional, terapia semi-intensiva neonatal, otorrinolaringologia, pediatria, pneumologia, proctologia, psicologia, psiquiatria, quimioterapia, radiodiagnóstico, reumatologia e urologia (litotripsia e urodinâmica) e uroginecologia;

As profissões e especialidades acima descritas não se constituem em um mínimo necessário, logo, o contrato decorrente deste Edital poderá deixar de cobrir parte das mesmas.

Serviços Auxiliares de Diagnóstico e de Tratamento, sendo obrigatória a existência de Laboratório de Análises Clínicas e de Serviço de Diagnóstico por Imagem, todos com disponibilidade para atendimento, durante 24 (vinte e quatro) horas por dia, nas instalações da pessoa jurídica a ser contratada;

Pronto-Socorro Geral para atendimento dos casos de urgência e emergência;

Poderão compor a equipe médica as seguintes especialidades clínicas e cirúrgicas: pediatria, neurologia, clínica médica, cardiologia, cirurgia geral e ortopedia;

As especialidades acima descritas não se constituem em um mínimo necessário, logo, o contrato decorrente deste Edital poderá deixar de cobrir parte das mesmas.

Centro Cirúrgico Geral com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais solicitados pelos beneficiários de que trata este Edital;

Centro de Terapia Intensiva com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

O CTI deverá possuir as seguintes características mínimas: ser uma unidade físico- funcional do CREDENCIADO; com área física própria; com aparelhagem e equipe técnica especializada e permanente, incluindo médicos plantonistas durante 24 (vinte e quatro) horas por dia; além de dispor de cardioversor, monitor cardíaco, monitorização de pressão não invasiva e invasiva, oxímetro de pulso, aspirador de secreções, eletrocardiógrafo, respirador de volume, bomba de infusão, gases medicinais e materiais necessários para a assistência do paciente, tais como equipamentos para assistência respiratória, hemoterápica, dissecação e punção de acesso central, traqueostomia.

O CTI – PEDIÁTRICO deverá conter, além dos listados no subitem acima, equipamentos específicos para assistência pediátrica e neonatal, tais como berço aquecido, incubadora, CPAP e HOOD;

Unidade de Hemodinâmica com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

Centro de Hemodiálise para atendimento hospitalar e ambulatorial com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

Unidade para Pacientes Coronarianos com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital.

Hospital Geral com Maternidade, com as seguintes especificações mínimas:

Atendimento médico-hospitalar ou em consultório, com disponibilidade para agendamento de consultas eletivas, com hora marcada;

As seguintes profissões e respectivas especialidades clínicas e cirúrgicas poderão ser prestadas: alergologia, anatomia patológica e citopatologia, anestesiologia, angiologia (cirurgia vascular e linfática), braquiterapia (radioterapia para próstata), cardiologia, cirurgia geral, cirurgia do aparelho digestivo (órgãos anexos e parede abdominal), cirurgia cardíaca-hemodinâmica, cirurgia de mama, cirurgia da mão, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica e reparadora, cirurgia torácica, clínica médica, dermatologia clínico-cirúrgica, endocrinologia, endoscopia digestiva (cpre), fisioterapia; fonoaudiologia, gastroenterologia, geriatria e gerontologia,

ginecologia e obstetrícia, hematologia, imagiologia (raios-x simples e contrastado, ultrassonografia, ecocardiografia, tomografia e ressonância magnética), infectologia, medicina física e reabilitação, medicina nuclear, nefrologia, neurocirurgia, neurologia, neurofisiologia, nutrição, oftalmologia, ortopedia e traumatologia, terapia ocupacional, terapia semi-intensiva neonatal, otorrinolaringologia, pediatria, pneumologia, proctologia, psicologia, psiquiatria, quimioterapia, radiodiagnóstico, reumatologia e urologia (litotripsia e urodinâmica) e uroginecologia;

As profissões e especialidades acima descritas não se constituem em um mínimo necessário, logo, o contrato decorrente deste Edital poderá deixar de cobrir parte das mesmas.

Serviços Auxiliares de Diagnóstico e de Tratamento, sendo obrigatória a existência de Laboratório de Análises Clínicas e Serviço de Diagnóstico por imagem, todos esses com disponibilidade de atendimento, durante 24 (vinte e quatro) horas por dia, nas instalações da pessoa jurídica a ser contratada;

Pronto-Socorro Geral para atendimento de casos de urgência e emergência;

Poderão compor a equipe médica as seguintes especialidades clínicas e cirúrgicas: pediatria, ginecologia, obstetrícia, clínica médica, cardiologia, cirurgia geral, neonatologia e ortopedia;

As especialidades acima descritas não se constituem em um mínimo necessário, logo, o contrato decorrente deste Edital poderá deixar de cobrir parte das mesmas.

Centro Cirúrgico Geral com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

Centro de Terapia Intensiva com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

O CTI deverá possuir as seguintes características mínimas: ser uma unidade físico- funcional do CREDENCIADO; com área física própria; com aparelhagem e equipe técnica especializada e permanente, incluindo médicos plantonistas durante 24 (vinte e quatro) horas por dia; além de dispor de cardioversor, monitor cardíaco, monitorização de pressão não invasiva e invasiva, oxímetro de pulso, aspirador de secreções, eletrocardiógrafo, respirador de volume, bomba de infusão, gases medicinais e materiais necessários para a assistência do paciente, tais como equipamentos para assistência respiratória, hemoterápica, dissecação e punção de acesso central, traqueostomia.

O CTI – PEDIÁTRICO deverá conter, além dos listados no subitem acima, equipamentos específicos para assistência pediátrica e neonatal, tais como berço aquecido, incubadora, CPAP e HOOD;

Berçário de Cuidados Básicos (BCB), Berçário de Cuidados Especiais (ALTO RISCO), Bloco Obstétrico e suas dependências, Pronto-Socorro Ginecológico e Obstétrico e Unidade de Tratamento Semi-Intensivo Neonatal (UTSIN);

Unidade de Hemodinâmica com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

Centro de Hemodiálise para atendimento hospitalar e ambulatorial com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

Unidade para Pacientes Coronarianos com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

Centro Obstétrico com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

Unidade de Terapia Intensiva Neonatal com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital.

Hospital Maternidade, com as seguintes especificações mínimas:

Atendimento médico hospitalar nas especialidades de Ginecologia, Obstetrícia, Pediatria e Neonatologia;

Serviços Auxiliares de Diagnóstico e de Tratamento, sendo obrigatória a existência de Laboratório de Análises Clínicas e Serviço de Diagnóstico por Imagem, todos estes com disponibilidade de atendimento durante 24 (vinte e quatro) horas por dia nas instalações da pessoa jurídica a ser contratada;

Pronto-Socorro para atendimento dos casos de urgência e emergência, com a presença contínua de equipe médica nas áreas de Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria, com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

O CTI – PEDIÁTRICO deverá conter, além dos listados no subitem 2.2.2.5.1, equipamentos específicos para assistência pediátrica e neonatal, tais como berço aquecido, incubadora, CPAP e HOOD; e,

Berçário de Cuidados Básicos (BCB), Berçário de Cuidados Especiais (ALTO RISCO), Bloco Obstétrico e suas dependências, Pronto-Socorro Ginecológico e Obstétrico e Unidade de Tratamento Semi-Intensivo Neonatal (UTSIN).

Cooperativa(s) de Trabalho Médico em condições de prestar atendimento médico hospitalar, com exercício de atividades em caráter regular, vinculada(s) ao(s) Hospital(is) que venham a ser credenciado(s), no(s) qual(is) a Cooperativa em questão preste serviço.

A contratação de cooperativa deverá observar os seguintes impedimentos:

O médico cooperado não poderá possuir qualquer vínculo com o hospital credenciado, à exceção de vínculo de natureza estatutária, consubstanciado em diretoria sem subordinação ou participação societária;

O médico cooperado não poderá ser subordinado à administração do hospital credenciado, por exemplo, quanto à definição de escala de trabalho, controle de frequência, etc.;

A definição da escala de trabalho ocorrerá entre a administração hospitalar e a cooperativa;

A indicação do médico prestador de serviço dar-se-á por parte da cooperativa, sem que o hospital credenciado possa indicar ou recusar determinado profissional;

O hospital credenciado não poderá realizar pagamentos, ou outras transferências a que título for, diretamente, para os médicos cooperados.

Hospital(is) ou Clínica(s) Psiquiátrica(s), atendendo às seguintes especificações mínimas:

Serviço de urgência e emergência durante 24 (vinte e quatro) horas por dia, com presença física de médico especialista em psiquiatria;

Disponibilidade de acomodações adequadas para os pacientes, em ambiente individual ou coletivo e, ainda, isolamento para casos selecionados;

Equipe multidisciplinar composta por médico clínico, neurologista, psicólogo e terapeuta ocupacional;

Suporte de Laboratório de Análises Clínicas para os casos em que houver necessidade; Enfermagem especializada em remoção domiciliar, caso necessário; e

Unidade para tratamento de dependentes químicos, separada das alas de doentes psiquiátricos.

- Hospital(is) Infantil(is).
- Unidade(s) de Terapia Intensiva Neonatal.
- Unidade(s) de Terapia Intensiva para Adultos.
- Clínica(s) de Reabilitação nas seguintes áreas:
 - Fisioterapia;
 - Medicina, na especialidade de acupuntura;
 - Fonoaudiologia;
 - Terapia Ocupacional; e,
 - Psicologia.
- Laboratório(s) de Análises Clínicas e/ou de Cito-Patologia.
- Clínica(s) de Especialidade(s) Médicas, abrangendo os seguintes serviços:
 - Diagnósticos Cardiológicos;
 - Tratamento Nefrológico;
 - Cardiologia Fetal;
 - Diagnósticos Gastroenterológicos;

- Diagnósticos Otorrinolaringológicos;
- Diagnósticos Neurológicos;
- Tratamento por Quimioterapia;
- Tratamento por Radioterapia.

O credenciamento de pessoas físicas tem como objetivo suprir as necessidades nas seguintes especialidades: Alergologia, Anestesiologia, Angiologia (Cirurgia Vascular e Linfática), Cardiologia, Cirurgia Geral, Dermatologia Clínico-Cirúrgica, Endocrinologia, Endoscopia Digestiva (CPRE), Gastroenterologia, Geriatria e Gerontologia, Ginecologia e Obstetrícia, Hematologia, Infectologia, Medicina Física e Reabilitação, Medicina Nuclear, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Neurofisiologia, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Fisioterapia, Terapia Semi-Intensiva Neonatal, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Proctologia, Psiquiatria, Reumatologia, Urologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Nutrição.

Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar móvel, atendendo às seguintes especificações mínimas, nos termos da Portaria Ministerial nº 2.048, de 05 de novembro de 2008, do Ministério da Saúde:

Ambulâncias do TIPO A – Ambulância de Transporte: veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples de caráter eletivo;

Ambulâncias do TIPO B – Ambulância de Suporte Básico: veículo destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino;

Ambulâncias do TIPO C – Ambulância de Resgate: veículo de atendimento de urgências pré-hospitalares de pacientes vítimas de acidentes ou pacientes em local de difícil acesso, com equipamentos de salvamento (terrestre, aquático e em alturas);

Ambulâncias do TIPO D – Ambulância de Suporte Avançado: veículo destinado ao atendimento de transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalar e/ou transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos; bem como dos materiais, medicamentos e equipamentos previstos na Portaria acima referida.

O atendimento pré-hospitalar será realizado por meio de pronto socorro móvel (adulto, pediátrico ou neonatal) ou ambulâncias, nas situações de emergências e de urgências médicas, por equipes compostas de auxiliares treinados e lideradas por médico intensivista;

O atendimento inter-hospitalar compreende o transporte de pacientes entre a rede hospitalar ou para esta, na área de abrangência especificada neste Termo;

A equipe responsável pela prestação dos serviços, nos casos de urgência e emergência, deverá ser composta por:

Um motorista com curso de socorrista;

Um técnico ou auxiliar de enfermagem habilitado; e,

Um médico intensivista, ou médico com curso de Advanced Trauma Life Support (ATLS), ou Advanced Cardiac Life Support (ACLS).

A equipe responsável pela prestação dos serviços, nos demais casos, deverá ser composta por:

Um motorista com curso de socorrista; e, Dois profissionais de enfermagem habilitados.

Atenção domiciliar a saúde nas modalidades de assistência domiciliar (suporte básico), internação domiciliar, procedimentos de enfermagem e gerenciamento de casos crônicos, incluindo treinamento de cuidador/acompanhante, oxigenioterapia, central de atendimento telefônico, com médicos e enfermeiros capacitados para o atendimento domiciliar de urgência, serviço de urgência/emergência 24 (vinte e quatro) horas, inclusive com remoção, transporte em ambulância, honorários médicos e de fisioterapeutas (motora e/ou respiratória) e de outras especialidades necessárias à prestação do serviço de assistência domiciliar à saúde:

Atendimento domiciliar: prestado por visita de equipe multidisciplinar de profissionais da área de saúde integrada por médico, enfermeiro, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social a assistência de fisioterapeuta, quando se fizer necessário constará de suporte básico:

Suporte básico: supervisão de enfermagem, plantão médico, adequação do ambiente domiciliar, treinamento de cuidador/acompanhante, central de atendimento telefônico, com médicos e enfermeiros capacitados para o atendimento domiciliar de urgência, serviço de urgência/emergência 24 (vinte e quatro) horas, inclusive com remoção e orientação à família.

Internação domiciliar: indicada para pacientes agudos ou crônico-agudizados, que se não receberem um suporte mais intensivo provavelmente necessitarão de hospitalização. Indicada, também, em momento de término da hospitalização, para transição adequada do hospital para a residência, quando necessário. A internação domiciliar compreende as seguintes modalidades:

Internação domiciliar de baixa complexidade: além do contido no suporte básico, incluem os serviços de técnico de enfermagem por 06 (seis) h/dia;

Internação domiciliar de média complexidade: além do contido no suporte básico, incluem os serviços de técnico de enfermagem por 12 (doze) h/dia;

Internação domiciliar de alta complexidade: além do contido no suporte básico, incluem os serviços de técnico de enfermagem por 24 (vinte e quatro) h/dia.

Procedimentos de enfermagem: serviços de técnico de enfermagem, sob supervisão de enfermagem, durante o atendimento domiciliar para realização de curativos, administração de medicamentos por todas as vias, administração de dietas enterais, realização de higiene em pacientes acamados e outros atendimentos de enfermagem que não requeiram acompanhamento contínuo.

Gerenciamento de casos crônicos: compreende a realização das atividades de coordenação da assistência, educação dos pacientes, seus familiares e cuidadores e a realização de intervenções terapêuticas sempre que necessárias. O trabalho é desenvolvido por equipe interdisciplinar, compreendendo médico e enfermeira obrigatoriamente, além de fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional, sempre de acordo com o plano de tratamento definido para cada paciente. Dependendo do caso, o paciente será enquadrado nos seguintes planos:

Gerenciamento de caso básico (GCB) compreende:

Portadores de doenças crônicas estáveis, sendo, frequentemente, idosos ou adultos, com pequena seqüela neurológica, demência em fase inicial, ou demais comprometimentos da sua saúde que necessite de monitoramento menos intensivo;

Pacientes dependentes parciais ou independentes de seus cuidadores; Pacientes com pouca dificuldade de acesso à rede de atenção;

Pacientes que apresentam histórico de internações sucessivas de curta duração evitáveis, que geram repetição de procedimentos e exames;

Pacientes e cuidadores desinformados sobre os cuidados necessários para prevenir a exacerbação da doença; e

Previsão de recursos básicos para a assistência: 01 (um) Médico com 01 (uma) visita por mês, 01 (um) Enfermeiro com 01 (uma) visita por mês, Equipe Interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional) com 02 (uma) sessões por mês por um membro da equipe e acompanhamento telefônico 24 (vinte e quatro) horas.

Gerenciamento de caso intermediário (GCI) compreende:

Portadores de doenças crônicas, sendo, frequentemente, idosos frágeis ou adultos, com seqüela neurológica, demência em fase intermediária; ou demais comprometimentos da sua saúde que necessite de monitoramento intensivo;

Pacientes com ou sem lesão de órgão alvo; Pacientes dependentes parciais de seus cuidadores;

Pacientes que, pelo grau de dependência, possuem dificuldade de acesso considerável à rede de atenção;

Pacientes que apresentam histórico de internações sucessivas evitáveis, que geram repetição de procedimentos e exames invasivos;

Pacientes com infecções de repetição; e

Previsão de recursos básicos para a assistência: 01 (um) Médico com 01 (uma) visita por trimestre, 01 (um) Enfermeiro com 01 (uma) visita por mês, Equipe Interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional) com 01 (uma) visita de avaliação inicial por um membro da equipe e acompanhamento telefônico 24 (vinte e quatro) horas.

Gerenciamento de caso avançado (GCA) compreende: Portadores de doenças crônicas de difícil controle; Pacientes com ou sem lesão de órgão alvo;

Pacientes dependentes totais de seus cuidadores;

Pacientes que, pela dependência, possuem extrema dificuldade de acesso à rede de atenção;

Pacientes que apresentam histórico de internações sucessivas evitáveis, que geram repetição de procedimentos e exames invasivos;

Pacientes com alta recente, estável, quadro clínico delicado e com alto risco de descompensação; e

Previsão de recursos básicos para a assistência: 01 (um) Médico com 01 (uma) visita por mês, 01 (um) Enfermeiro com 01 (uma) visita por mês, Equipe Interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional) com 02 (uma) sessões por mês por um membro da equipe e acompanhamento telefônico 24 horas.



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
BASE AÉREA DE NATAL
GRUPO DE SAÚDE DE NATAL

ANEXO S – LISTA REFERENCIAL DE PROCEDIMENTOS DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR À SAÚDE

1. CONCEITUAÇÕES:

1.1. Doenças Crônicas: Condições crônicas, geralmente relacionadas a causas múltiplas, caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva a cura.

1.2. Atenção Domiciliar: Termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas no domicílio, bem como a adaptação do paciente. A atenção domiciliar é composta por duas modalidades: a internação domiciliar e a assistência domiciliar.

1.3. Internação Domiciliar: É a modalidade de atenção domiciliar voltada à atenção em tempo parcial ou integral ao paciente com quadro clínico complexo, que já não precisa de toda a infraestrutura hospitalar, mas que ainda necessita de assistência especializada em recursos humanos e equipamentos, desde que o domicílio reúna condições para este modelo de atenção.

1.4. Assistência domiciliar: É a modalidade de atenção domiciliar caracterizada por um conjunto de atividades de assistência à saúde de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio para cumprir metas terapêuticas, reabilitadoras ou paliativas.

1.5. Admissão à atenção domiciliar: Caracteriza os atos e mecanismos de ingresso de um beneficiário à atenção domiciliar. É composto das seguintes etapas: solicitação, seleção, elaboração do plano assistencial e início da prestação do serviço para os beneficiários elegíveis.

1.6. Alta da internação domiciliar: Ato que determina o encerramento da internação domiciliar em função de: reinternação hospitalar, alcance da estabilidade clínica, cura, pedido do paciente e/ou responsável e óbito.

1.7. Suspensão da assistência domiciliar: Ato que determina o encerramento da assistência domiciliar em função de: piora clínica, com remoção e internação do paciente; óbito; alta (a pedido ou não); e, mudança de domicílio para fora da área de abrangência regional da CREDENCIADA.

1.8. Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar: Profissionais da empresa contratada que compõem a equipe técnica da atenção domiciliar, com a função de prestar assistência clínico-terapêutica ao paciente, conforme plano terapêutico prévio aprovado pela CREDENCIADA e homologado pela SARAM (Subdiretoria De Aplicação dos Recursos de Assistência Médica da Aeronáutica).

1.9. Cuidador: É a pessoa indicada pela família, com ou sem vínculo familiar, que se responsabiliza pelos cuidados básicos e atividades de vida diária do paciente e que não faz parte da equipe multiprofissional da atenção domiciliar. Pode ser profissional autônomo, capacitado para prover cuidados com competência originada em treinamento específico.

1.10. Plano terapêutico/assistencial: Documento que configura a estratégia de tratamento domiciliar ao paciente, elaborado previamente ao início das ações, considerando suas necessidades clínicas e grau de dependência das atividades de vida diárias, o treinamento do cuidador, o tempo de duração da assistência e sua suspensão.

1.11. Internação de Longa Permanência: Modalidade de serviço de acolhimento institucional, de natureza não asilar, em estabelecimento de caráter coletivo, legalmente constituído, para pessoas com ou sem suporte familiar, com deficiência incapacitante e sem autonomia, independentemente de idade. Sob a gestão da visão social, apresenta-se como uma das alternativas de cuidados não-familiares aos doentes crônicos elegíveis.

1.12. Relatório social: Documento elaborado por assistente social a partir da visita domiciliar, onde são avaliados critérios de cunho psicossocial, econômico e ambiental, sendo estes critérios fundamentais e parte integrante da elaboração do plano de atendimento ao paciente crônico.

2. ATENÇÃO DOMICILIAR

2.1. A atenção domiciliar está configurada dentro de uma estratégia de cuidados de saúde do SISAU, com vista à redução da demanda por atendimento hospitalar, redução do período de permanência internado, humanização da atenção e ampliação da autonomia dos usuários com doenças crônicas, degenerativas ou em finitude. É composta por duas modalidades: a internação domiciliar e a assistência domiciliar.

2.2. A admissão e a alta do beneficiário neste regime de atendimento serão por meio de avaliação técnica profissional e por tipo de patologia. Obedecerá, ainda, a critérios de elegibilidade: epidemiológicos, sociais, administrativos e de custo/benefício compensatórios.

2.3. Este tipo de assistência na rede complementar do SISAU sempre dependerá de autorização prévia de Organização Credenciadora, devendo ser aberta pasta individual para cada beneficiário inscrito na atenção domiciliar, contendo os formulários especificados para cada caso devidamente preenchidos, os relatórios gerenciais de evolução, o plano terapêutico/assistencial e o termo de consentimento, todos arquivados para fins documentais e de controle.

2.4. No caso de internação domiciliar ou de assistência domiciliar, a atenção somente se dará caso conte com a existência de um familiar ou responsável que more com o paciente. O cuidador responsável deverá receber orientações, de modo a garantir a continuidade dos cuidados necessários quando o paciente receber alta.

3. ATENÇÃO DOMICILIAR NA MODALIDADE DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR

3.1. A indicação e seleção do beneficiário para a internação domiciliar é parte de uma política de atenção ao paciente crônico, visando desospitalização precoce do paciente estável, na qual ainda necessita de cuidados complexos dependentes da ação de enfermagem e tecnologia especializada, bem como suporte para urgência e emergência, estabelecendo metas terapêuticas. É parte também de uma política administrativa, considerando a melhor assistência com melhor custo-benefício em relação ao paciente internado. A internação em OSA deve ser uma alternativa.

3.2. A necessidade de internação domiciliar decorre de indicação médica e administrativa, somente nos casos em que não é viável internação em OSA, visando garantir os benefícios advindos dessa modalidade de atendimento.

3.3. A elegibilidade do paciente será definida por meio do preenchimento da Solicitação de

Internação Domiciliar (Anexo I à Lista Referencial de Procedimentos de Assistência Domiciliar à Saúde) e da Tabela de Avaliação para Internação Domiciliar (Anexo II à Lista Referencial de Procedimentos De Assistência Domiciliar à Saúde) por Oficial Médico ou Enfermeiro do efetivo da OC, que visitará o beneficiário e analisará os critérios de elegibilidade.

3.4. A CREDENCIANTE enviará Oficial Médico, Enfermeiro e Assistente Social para avaliação da elegibilidade, elaboração de plano terapêutico e acompanhamento do paciente em internação domiciliar. Nas localidades onde não houver Oficial Médico, Enfermeiro e Assistente Social da Aeronáutica, a CREDENCIANTE deverá enviar a equipe responsável pela avaliação da elegibilidade.

3.5. Conforme preenchimento da Tabela de Avaliação para Internação Domiciliar (Anexo II à Lista Referencial de Procedimentos De Assistência Domiciliar à Saúde), o plano terapêutico será classificado da seguinte forma.

3.5.1. Internação Domiciliar sem plantão de enfermagem;

3.5.2. Visita pontual de enfermagem para realizar procedimentos específicos;

3.5.3. Internação Domiciliar com até 6 horas de enfermagem;

3.5.4 Internação Domiciliar com até 12 horas de enfermagem; e,

3.5.5. Internação Domiciliar com até 24 horas de enfermagem.

3.6. Verificada a elegibilidade do paciente pela auditoria local, por meio dos critérios preestabelecidos (Solicitação de Internação Domiciliar - Anexo I à Lista Referencial de Procedimentos de Assistência Domiciliar à Saúde e Tabela de Avaliação para Internação Domiciliar - Anexo II à Lista Referencial de Procedimentos De Assistência Domiciliar à Saúde)) – a CREDENCIANTE encaminhará o processo à SARAM, com o plano terapêutico, para que seja homologado.

3.7. Qualquer mudança no plano terapêutico homologado ou alta da internação domiciliar irá requerer nova autorização. É vedada a inclusão de aditivos (benefícios) ao plano terapêutico sem autorização prévia da CREDENCIANTE e sua respectiva homologação pela SARAM, bem como a solicitação de autorização e/ou prorrogação com data retroativa.

3.8. O encaminhamento ao serviço credenciado ocorrerá nas situações em que a OSA não disponha de condições para a realização da internação domiciliar ou em que não exista OSA na localidade e, ainda, somente após homologação da Solicitação de Internação Domiciliar pela

SARAM. Será feito por meio de Guia de Apresentação do Beneficiário (GAB), emitida pela CREDENCIANTE, com validade equivalente ao período de execução dos serviços. Cada GAB deve definir o período autorizado de execução do serviço, o qual não deve ser superior a 30 dias.

3.9. Obrigatoriamente, o paciente em internação domiciliar deverá ter um responsável, com vínculo familiar ou não, para receber orientações da Equipe Multiprofissional da Atenção Domiciliar, de modo a garantir a continuidade dos cuidados necessários quando este receber alta.

3.10. As normas contratuais para o serviço de atenção domiciliar na modalidade da internação domiciliar devem ser completamente explicadas ao beneficiário/responsável legal e as dúvidas dirimidas, inclusive com a assinatura do Termo de consentimento e adesão ao serviço de internação domiciliar (formulário próprio), em duas vias, pelo beneficiário/responsável legal e duas testemunhas; uma via será mantida no prontuário domiciliar do paciente e a outra arquivada na CREDENCIADA.

3.11. Os mecanismos para identificação dos pacientes para internação domiciliar serão: por solicitação médica fundamentada (Solicitação de Internação Domiciliar – formulário próprio); ou, por busca ativa dentro do perfil de pacientes que utilizam frequentemente os serviços de saúde para reinternações e internados de longa permanência, desde que reúnam condições de atendimento em domicílio.

3.12. Excluem-se dos critérios de elegibilidade para internação domiciliar: os doentes psiquiátricos e dependentes químicos; o domicílio sem estrutura mínima; e a ausência de responsável, com vínculo familiar ou não, para receber orientações da Equipe Multiprofissional da Atenção Domiciliar.

3.13. As medicações profiláticas e de uso contínuo e/ou uso crônico (anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, diuréticos, ansiolíticos, antidepressivos, entre outros), as pomadas preventivas e hidratantes, bem como as fraldas descartáveis dos pacientes devem ser custeadas pelo beneficiário ou seu representante legal.

3.14 O prestador do serviço de internação domiciliar deverá encaminhar à OC, até o 20º dia de cada mês, o relatório multidisciplinar do atendimento prestado que subsidiará possíveis alterações no plano terapêutico (prorrogação, aumentos ou reduções de visitas, alta do paciente).

3.15. O beneficiário assistido será visitado mensalmente por auditor da CREDENCIANTE, com o objetivo de avaliar a necessidade de prorrogação do plano terapêutico.

3.16. Até o 15º dia do mês subsequente à prestação do serviço de internação domiciliar, o CREDENCIADO deverá enviar um Relatório Gerencial Mensal (ANEXO E) à CREDENCIANTE, para monitoramento dos casos.

3.17. O orçamento de valores dos serviços formulado após a avaliação do paciente não é o documento hábil para faturamento e serve apenas de referência para previsão dos gastos. O faturamento final, a ser conferido pela auditoria de contas, deve ser composto pelas faturas discriminativas dos serviços prestados, acompanhada dos relatórios de cada um dos profissionais envolvidos na atenção e da prescrição com checagem da enfermagem, todos devidamente preenchidos, carimbados e assinados pelos profissionais responsáveis.

3.18. São necessárias prescrições médicas para todas as condutas que cabem ao ato médico, transferência do paciente, suspensão ou inclusão de medicamentos, tipos de serviços e tratamentos, até a alta.

3.19. As faturas de internação domiciliar devem ser disponibilizadas mensalmente (ou conforme o período de cobertura especificado na guia de encaminhamento – GAB) para conferência e certificação pelo paciente e/ou responsável legal.

3.20. A internação domiciliar cessará nos seguintes casos:

3.20.1. Mudança de domicílio para um ambiente inapropriado;

3.20.2. Não adesão, pelo paciente ou família, do plano terapêutico proposto; e,

3.20.3. Alta da internação domiciliar (item 2.1.6 da Ordem Técnica)

3.21. Cabe à CREDENCIANTE garantir os fluxos de referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar, quando necessários, de modo que, se houver complicações, emergências ou urgências durante a internação domiciliar, o paciente poderá ser adequadamente assistido (levar em consideração a rede credenciada da Aeronáutica e a priorização do encaminhamento à própria Organização de Saúde da Aeronáutica OSA).

3.22. Nos casos de urgências/emergências, a comunicação do fato à CREDENCIANTE deve ser imediata, pelo responsável do paciente e CREDENCIADO.

4. ATENÇÃO DOMICILIAR NA MODALIDADE DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

4.1. A assistência domiciliar visa o gerenciamento de doenças crônicas e busca a construção de

uma estrutura de apoio que possibilite ao paciente e a seus familiares, enfrentar os problemas cotidianos advindos da enfermidade.

4.2. A indicação e seleção do beneficiário nesta modalidade é parte de uma política que visa: melhorar a qualidade de vida e identificar fatores de riscos determinantes do estado de saúde; estimular o engajamento da família no processo de otimização dos cuidados; promover ações para minimizar os efeitos de doenças e incapacidades, com a participação de profissionais especializados e/ou cuidador responsável; promover a assistência nas complicações e manifestações mais avançadas da doença, reabilitando ou amenizando sequelas já instaladas; reduzir a utilização dos serviços assistenciais com tecnologias desnecessárias; reduzir o número de internações/reinternações hospitalares, bem como o tempo de permanência hospitalar (atuação preventiva nas intercorrências); promover maior conforto e dignidade para os pacientes em processo de finitude; e motivar o indivíduo a melhor compreender e aceitar sua condição de saúde, contribuindo para melhoria da adesão ao tratamento.

4.3. Os critérios de elegibilidade para assistência domiciliar são: problemas de saúde que gerem incapacidade permanente ou temporária, passíveis de reabilitação ou adaptação, independente da idade do paciente; e, dificuldade ou impossibilidade clínica de locomoção até uma unidade de saúde, conforme parecer médico. A elegibilidade do paciente será estabelecida a partir do preenchimento e análise da Solicitação de Assistência Domiciliar (Anexo F), observando-se os critérios apresentados no item.

4.4. A CREDENCIANTE indicará Oficial Médico e/ou Enfermeiro para visitar o beneficiário e preencher a Solicitação de Assistência Domiciliar (Anexo F). Uma vez verificada a elegibilidade do paciente, esse mesmo Oficial elaborará o Plano de Assistência Domiciliar (Anexo G) para que a OC análise e encaminhe o processo (Solicitação de Assistência Domiciliar e Plano de Assistência Domiciliar) à SARAM, para que sejam homologados a indicação e o plano proposto.

4.5. Nas localidades desprovidas de Oficial Médico e/ou Enfermeiro caberá a CREDENCIANTE encaminhar o profissional para avaliação in loco. Qualquer mudança no plano assistencial homologado ou necessidade de reinício da assistência domiciliar após sua suspensão (item 2.1.7 desta Ordem Técnica) irá requerer nova autorização.

4.6. É vedada a admissão de benefícios e/ou inclusão de aditivos ao plano previamente aprovado sem autorização da OC e sua respectiva homologação pela SARAM, bem como a solicitação de autorização e/ou prorrogação com data retroativa.

4.7. As normas para a prestação da atenção domiciliar na modalidade de assistência domiciliar devem ser completamente explicadas ao beneficiário/responsável legal e as dúvidas dirimidas, inclusive com a assinatura do Termo de Adesão ao serviço de Assistência Domiciliar (Anexo H), em duas vias, pelo beneficiário/responsável legal e duas testemunhas; uma via será mantida no prontuário domiciliar do paciente e a outra arquivada na CREDENCIANTE.

4.8. A autorização de uso do serviço CREDENCIADO será feita por meio de Guia de Apresentação de Beneficiário (GAB), emitida pela OC responsável, equivalente ao período de execução dos serviços. Cada GAB definirá o(s) tipo(s) de procedimento(s) específico(s) e período autorizado de execução do serviço, o qual não será superior a 30 dias.

4.9. A visita domiciliar de médico de qualquer especialidade, de caráter eletivo, não prevista no plano de assistência domiciliar, deverá ser submetida à análise e autorização prévia da CREDENCIANTE.

4.10. Cabe à CREDENCIANTE garantir os fluxos de referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar, quando necessários, de modo que, se houver complicações, emergências ou urgências durante a assistência domiciliar, o paciente poderá ser adequadamente assistido (levar em consideração a rede credenciada da Aeronáutica e a priorização do encaminhamento à própria OSA).

4.11. Nos casos de urgências/emergências, a comunicação do fato à CREDENCIANTE deve ser imediata, pelo responsável do paciente e CREDENCIADO.

4.12. Para continuidade dos atendimentos domiciliares seriados (como fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional), os profissionais de saúde credenciados deverão encaminhar até o 20º dia de cada mês, à OC responsável, relatórios dos atendimentos e progressos alcançados.

4.13. Os relatórios citados serão avaliados trimestralmente pela equipe de auditoria local, sendo vedada a implementação de atendimentos seriados sem a autorização prévia da CREDENCIANTE.

4.14. Não será objeto de cobertura da assistência domiciliar os gastos referentes a materiais de uso pessoal e higiene ou limpeza doméstica, mesmo que para atendimento do beneficiário (fraldas, sabão líquido, toalha de papel, hidratantes, antissépticos orais, produtos manipulados e pomadas preventivas de assadura, equipamento de proteção individual, etc). A aquisição de tais materiais é de responsabilidade exclusiva do beneficiário e/ou seu representante legal.

4.15. A aquisição de medicações de caráter ambulatorial (uso profilático, crônico e/ou contínuo) é

de responsabilidade do beneficiário e/ou seu representante legal, assim como, dieta enteral industrializada e /ou suplementos nutricionais.

4.16. Excluem-se dos critérios de elegibilidade para assistência domiciliar: os doentes psiquiátricos e dependentes químicos; o domicílio sem estrutura mínima; e a ausência de responsável, com vínculo familiar ou não, para receber orientações da Equipe Multiprofissional da Atenção Domiciliar.

5. INTERNAÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

5.1 São considerados elegíveis para internações de longa permanência em ILP (Instituição de Longa Permanência) credenciada os beneficiários que apresentem quadros crônicos que necessitem de assistência especializada e incompatível com a permanência na residência ou em OSA, conforme relatório social.

5.2 O encaminhamento ao serviço credenciado ocorrerá nas situações em que a OSA não disponha de condições para a realização de internação para pacientes crônicos ou em que não exista OSA na localidade e, ainda, somente após homologação da Solicitação de Internação pela SARAM. Será feito por meio de Guia de Apresentação do Beneficiário (GAB), emitida pela CREDENCIANTE, com validade equivalente ao período de execução dos serviços. Cada GAB deve definir o período autorizado de execução do serviço, o qual não deve ser superior a 30 dias - até 30 dias.

6. ATRIBUIÇÕES RELACIONADAS AO BENEFICIÁRIO

6.1. São atribuições do beneficiário e/ou de seu representante legal: nos casos de atenção domiciliar, ter, no domicílio, infraestrutura física compatível com a realização prestação dos serviços, em quaisquer de suas modalidades, e providenciar as adaptações necessárias na residência para o atendimento do paciente;

6.2. Providenciar um cuidador responsável, quando necessário, para início e manutenção da atenção.

6.3. Aderir ao plano terapêutico/assistencial aprovado pela CREDENCIANTE quaisquer das modalidades de atenção domiciliar, sendo vedado ao beneficiário e/ou a seu representante legal solicitar, diretamente ao prestador de serviços, qualquer serviço ou procedimento fora do plano previamente autorizado, sem a autorização da CREDENCIANTE.

6.4. Autorizar visita do domicílio e do paciente por auditores da CREDENCIADA, sempre que necessário;

6.5. Providenciar a aquisição de medicações profiláticas, de uso contínuo e/ou uso crônico (anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, diuréticos, ansiolíticos, antidepressivos, entre outros), pomadas preventivas e hidratantes, fraldas descartáveis necessárias ao paciente, em quaisquer de suas modalidades de atenção, bem como dieta enteral industrializada e/ou suplementos nutricionais. Esses materiais não serão reembolsados pela CREDENCIANTE.

6.6. Providenciar locação ou aquisição dos seguintes aparelhos e equipamentos, quando necessários à atenção domiciliar do paciente, em quaisquer de suas modalidades: andador, cadeira de banho, cadeira de rodas, cama hospitalar (incluindo escada e colchão), comadre/papagaio, nebulizador, termômetro. Esses materiais não serão reembolsados pela CREDENCIANTE.

7. DISCRIMINAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR NA MODALIDADE DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR

Visita pontual de enfermagem para realizar procedimentos específicos;

1.1.1. Atendimento prestado por visita de equipe multidisciplinar de profissionais da área de saúde integrada por médico, enfermeiro, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social a assistência de fisioterapeuta;

1.1.1.1. Valor: Será pago o honorário do profissional da área de saúde que está prestando a assistência domiciliar; e

1.1.2. Suporte Básico, quando necessário:

7.1.2.1 Consta de Supervisão de Enfermagem, Plantão Médico, adequação do ambiente domiciliar, treinamento de Cuidador/Acompanhante, Central de Atendimento Telefônico, com médicos e enfermeiros capacitados para o atendimento domiciliar de urgência, Serviço de Urgência/Emergência 24 (vinte e quatro) horas, inclusive com remoção e orientação à família;

7.1.2.2. A locação ou aquisição dos seguintes aparelhos e equipamentos, quando necessários à atenção domiciliar do paciente, em quaisquer de suas modalidades: andador, cadeira de banho, cadeira de rodas, cama hospitalar (incluindo escada e colchão), comadre/papagaio, nebulizador, termômetro serão atribuição do beneficiário ou titular e não serão reembolsados pelo CREDENCIANTE.

7.2. Internação Domiciliar com até 6 horas de enfermagem (Baixa Complexidade);

7.2.1. Além do previsto nos subitens 7.2.2.1 e 7.2.2.2, estão incluídos os serviços de Técnico de Enfermagem por 06 (seis) h/dia e um aparelho de pressão arterial;

7.2.2. Quando for necessário, uma maleta de emergência deverá estar na residência do paciente ou de posse do médico nas visitas; e

7.3 Internação Domiciliar com até 12 horas de enfermagem (Média Complexidade);

7.3.1. Além do previsto nos subitens 7.2.2.1 e 7.2.2.2, estão incluídos os serviços de Técnico de Enfermagem por 12 (doze) h/dia e um aparelho de pressão arterial;

7.3.2. Quando for necessário, uma maleta de emergência deverá estar na residência do paciente ou de posse do médico nas visitas; e

7.4 Internação Domiciliar com até 24 horas de enfermagem (Alta Complexidade);

7.4.1. Além do previsto nos subitens 7.2.2.1 e 7.2.2.2, estão incluídos os serviços de Técnico de Enfermagem por 24 (vinte e quatro) h/dia e um aparelho de pressão arterial;

7.4.2. Quando for necessário, uma maleta de emergência deverá estar na residência do paciente ou de posse do médico nas visitas; e

8. DISCRIMINAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR NA MODALIDADE DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

8.1 Compreender a realização das atividades de coordenação da assistência, educação dos pacientes, seus familiares e cuidadores, e a realização de intervenções terapêuticas sempre que necessárias;

8.2 O trabalho é desenvolvido por equipe interdisciplinar, compreendendo médico e enfermeira obrigatoriamente, além de fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional, sempre de acordo com o plano de tratamento definido para cada paciente, dependendo do caso o paciente será enquadrado como GCB, GCI ou GCA;

8.3 Internação Domiciliar sem assistência de Enfermagem poderá ser classificado em uma das modalidades de Gerenciamento de Caso previstos abaixo.

8.4 Gerenciamentos de Casos

8.4.1 Gerenciamento de Caso Básico (GCB) compreende:

8.4.1.1. Portadores de doenças crônicas estáveis, sendo frequentemente idosos ou adultos com pequena seqüela neurológica, demência em fase inicial, ou demais comprometimentos da sua saúde que necessite de monitoramento menos intensivo;

8.4.1.2. Pacientes dependentes parciais ou independentes de seus cuidadores;

8.4.1.3. Pacientes com pouca dificuldade de acesso a rede de atenção;

8.4.1.4. Pacientes que apresentam histórico de reinternações sucessivas de curta duração, evitáveis, que geram repetição de procedimento e exames;

8.4.1.5. Pacientes e cuidadores desinformados sobre os cuidados necessários para prevenir a exacerbação da doença;

8.4.1.6. Previsão de recursos básicos para a assistência: 01 (um) Médico com 01 (uma) visita por trimestre, 01 (um) Enfermeiro com 01 (uma) visita por mês, Equipe interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional) com 01 (uma) visita de avaliação inicial por um membro da equipe e acompanhamento telefônico 24 horas; e

8.4.2. Gerenciamento de Caso Intermediário (GCI) compreende:

8.4.2.1. Portadores de doenças crônicas, sendo frequentemente idosos frágeis ou adultos com seqüela neurológica, demência em fase intermediária; ou demais comprometimentos da sua saúde que necessite de monitoramento intensivo;

8.4.2.2. Pacientes com ou sem lesão de órgão alvo;

8.4.2.3. Pacientes dependentes parciais de seus cuidadores;

8.4.2.4. Pacientes que, pelo grau de dependência possuem dificuldade de acesso, considerável, a rede de atenção;

8.4.2.5. Pacientes que apresentam histórico de reinternações sucessivas evitáveis, que geram repetições de procedimentos e exames invasivos;

8.4.2.6. Pacientes com infecções de repetição;

8.4.2.7 Previsão de recursos básicos para a assistência: 01 (um) Médico com 01 (uma) visita por bimestre, 01 (um) Enfermeiro com 01 (uma) visita por mês, Equipe Interdisciplinar (Fisioterapeuta

ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional) com 02 (duas) sessões por mês, um membro da equipe e acompanhamento telefônico 24 horas; e

8.4.3. Gerenciamento de Caso Avançado (GCA) compreende:

8.4.3.1. Portadores de doenças crônicas de difícil controle;

8.4.3.2. Pacientes com ou sem lesão de órgão alvo;

8.4.3.3. Pacientes dependentes totais de seus cuidadores;

8.4.3.4. Pacientes que pela dependência, possuem extrema dificuldade de acesso à rede de atenção;

8.4.3.5. Pacientes que apresentam histórico de reinternações sucessivas evitáveis de procedimentos e exames invasivos;

8.4.3.6. Pacientes com alta recente, estável, quadro clínico delicado e com alto risco de descompensação;

8.4.3.7. Previsão de recursos básicos para a assistência: 01 (um) Médico com 01 (uma) visita por mês, 01 (um) Enfermeiro com 01 (uma) visita por mês, Equipe Interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional) com 02 (duas) sessões por mês um membro da equipe e acompanhamento telefônico 24 horas.

8.5. Procedimentos de Enfermagem:

8.5.1. Serviços de técnico de enfermagem durante o atendimento domiciliar para realização de curativos, administração de medicamentos por todas as vias, administração de dietas enterais, realização de higiene em pacientes acamados e, outros atendimentos de enfermagem que não requerem acompanhamento contínuo;

8.5.1.1. Inclui atendimento de Técnico de Enfermagem sob Supervisão de Enfermagem

8.5.2. VALORES DE HONORÁRIOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

8.5.2.1. Conforme edital.

8.6 OXIGENIOTERAPIA E EQUIPAMENTOS

8.6.1. Tabela com os valores referentes às locações mensais:

8.6.1.1. A locação ou aquisição dos seguintes aparelhos e equipamentos, quando necessários à atenção domiciliar do paciente, em quaisquer de suas modalidades: andador, cadeira de banho,

cadeira de rodas, cama hospitalar (incluindo escada e colchão), comadre/papagaio, nebulizador, termômetro serão de atribuição do beneficiário ou titular e não serão reembolsados pelo CREDENCIANTE.

8.6.1.2. Valores de itens cobertos constam na Tabela de Assistência Domiciliar (Anexo P do edital).

9. INSTRUÇÕES GERAIS

Os valores referentes a locações mensais terão cobrança pró-rata conforme o número de dias da internação domiciliar.

No valor das diárias deverão estar incluídos:

- Troca de roupa de cama e banho de paciente;
- Cuidados e materiais de uso na desinfecção ambiental;
- Administração de dieta do paciente, de acordo com a prescrição médica, exceto dietas especiais (enterais, por sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia ou ileostomia);

Cuidados de enfermagem: Administração de medicamentos por todas as vias; Preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos; Controle de sinais vitais; Controle de diurese; Sondagens; Mudança de decúbito; Locomoção interna do paciente; Preparo do paciente para procedimentos médicos (enteroclisma, tricotomia, etc); Cuidados e higiene pessoal do paciente; preparo do corpo em caso de óbito;

- Orientação nutricional no momento da alta;
- Transporte de equipamentos (Raios-X, eletrocardiógrafo, etc);
- Aspirador de secreções;
- Atendimento pelo médico plantonista nas intercorrências clínicas; e
- Equipamentos de proteção individual (EPI).
- As taxas de assepsia e vigilância epidemiológica não serão cobertas.
- As medicações serão pagas conforme prescrição médica, mas em caso de medicações similares ou genéricos existentes no mercado serão pagos os valores médios dos genéricos. O CREDENCIADO fica responsável por apresentar Nota Fiscal do produto com data atualizada, ficando a verificação in loco do serviço de auditoria, se necessário, exceto itens já ditos como aquisição da família.

MATERIAIS DESCARTÁVEIS NÃO COBERTOS PELO FUNSA:

- Absorvente Higiênico.
- Aconchego.
- Água oxigenada. anti-trombolítico.
- Aparelho para barbear/tricotomia.
- Aquecedor e manta térmica.
- Bacia plástica.
- Estabilizador de tornozelo, Tipóias.
- Band-aid. pós-operatória.
- Blusas descartáveis. leucócitos, hemácias
- Bolsa de água quente.
- Bom ar. descartáveis.
- Cinta lombar.
- Clorohex. para gesso.
- Colete lombar.
- Combi-red (tampa para soro).
- Copo descartável. e calça elástica.
- Pasta gel. palmilha para calcâneo.
- Cotonete, sabonete.
- Creme dental.
- Dispositivo
- Escova de dente.
- Esponja para banho.
- Faixa elástica
- Filtro para e plaquetas.
- Fiso-Hex, povidine.
- Fraldas
- Imobilizador.
- Manta, Sandália
- Manteiga de cacau.
- Meia elástica.
- Meia, cinta, atadura
- Sandálias para gesso e

A referência para cobrança de materiais e medicamentos, respeitando os itens cobertos, deverão seguir normas e quantidades do campo de observação do item 2. INSTRUÇÕES GERAIS, previsto no Anexo L do Edital de Credenciamento.

10. TRANSPORTES

10.1. Somente serão indenizadas as remoções de pacientes quando solicitadas e

autorizadas pela CREDENCIANTE por meio de GAB ou GEAM e devidamente justificadas por meio de relatório.

- 10.2. Somente terá cobertura remoções de pacientes por razão de ordem médica, para uma organização de saúde, ou desta para outra, localizada dentro do perímetro urbano ou suburbano.
- 10.3. As remoções interurbanas não serão indenizadas pela CREDENCIANTE, devendo as despesas dela decorrentes ser pagas pelo responsável pelo paciente diretamente à entidade que realizou a remoção, não sendo prevista a emissão de GAB nestes casos.
- 10.4. Evacuação é a transferência do paciente por razões de ordem médica, para uma organização de saúde, ou desta para outra, localizada em outro município, estado ou país.
- 10.5. Os beneficiários exclusivos da AMH, para os quais serão emitidas GEAM, deverão realizar o pagamento integral (100% - cem por cento) das despesas relativas às remoções dos pacientes, diretamente à entidade credenciada/contratada que realizou a remoção, não sendo previsto o pagamento ou o ressarcimento das despesas pela CREDENCIANTE.



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
BASE AÉREA DE NATAL
GRUPO DE SAÚDE DE NATAL

**ANEXO T – TERMO DE CONCILIAÇÃO JUDICIAL FIRMADO ENTRE O
MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO E A UNIÃO**

Termo de Conciliação Judicial

O **MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO**, neste ato representado pelo Procurador-Geral do Trabalho, Dr. Guilherme Mastrichi Basso, pela Vice Procuradoria-Geral do Trabalho, Dra. Guiomar Rechia Gomes, pelo Procurador-Chefe da PRT da 10ª Região, Dr. Brasilino Santos Ramos e pelo Procurador do Trabalho Dr. Fábio Leal Cardoso, e a **UNIÃO**, neste ato representada pelo Procurador-Geral da União, Dr. Moacir Antonio da Silva Machado, pela Sub-Procuradoria Regional da União - 1ª Região, Dra. Helia Maria de Oliveira Bettero e pelo Advogado da União, Dr. Mário Luiz Guerreiro;

CONSIDERANDO que toda relação jurídica de trabalho cuja prestação laboral não eventual seja ofertada pessoalmente pelo obreiro, em estado de subordinação e mediante contraprestação pecuniária, será regida obrigatoriamente pela Consolidação das Leis do Trabalho ou por estatuto próprio, quando se tratar de relação de trabalho de natureza estatutária, com a Administração Pública;

CONSIDERANDO que a legislação consolidada em seu art. 9º, comina de nulidade absoluta todos os atos praticados com o intuito de desvirtuar, impedir ou fraudar a aplicação da lei trabalhista;
CONSIDERANDO que as sociedades cooperativas, segundo a Lei n. 5.764, de 16.12.1971, art. 4º, “(...) são sociedades de pessoas, com forma e natureza jurídica próprias, de natureza civil, não sujeitas à falência, constituídas para prestar serviços aos associados”.

CONSIDERANDO que as cooperativas podem prestar serviços a não associados somente em caráter excepcional e desde que tal faculdade atenda aos objetivos sociais previstos na sua norma estatutária, (art. 86, da Lei n. 5.764, de 16.12.1971), aspecto legal que revela a patente impossibilidade jurídica das cooperativas funcionarem como agências de locação de mão-de-obra terceirizada;

CONSIDERANDO que a administração pública está inexoravelmente jungida ao princípio da legalidade, e que a prática do merchandising é vedada pelo art. 3º, da CLT e repelida pela jurisprudência sumulada do C. TST (En. 331);

CONSIDERANDO que os trabalhadores aliciados por cooperativas de mão-de-obra, que prestam serviços de natureza subordinada à UNIÃO embora laborem em situação fática idêntica a dos empregados das empresas prestadoras de serviços terceirizáveis, encontram-se à margem de qualquer proteção jurídico-laboral, sendo-lhes sonegada a incidência de normas protetivas do trabalho, especialmente àquelas destinadas a tutelar a segurança e higidez do trabalho subordinado, o que afronta o princípio da isonomia, a dignidade da pessoa humana e os valores sociais do trabalho (arts. 5º, caput e 1º, III e IV da Constituição Federal);

CONSIDERANDO que num processo de terceirização o tomador dos serviços (no caso a

administração pública) tem responsabilidade sucessiva por eventuais débitos trabalhistas do fornecedor de mão-de-obra, nos termos do Enunciado 331, do TST, o que poderia gerar graves prejuízos financeiros ao erário, na hipótese de se apurar a presença dos requisitos do art. 3º, da CLT na atividade de intermediação de mão de obra patrocinada por falsas cooperativas;

CONSIDERANDO o teor da Recomendação Para a Promoção das Cooperativas aprovada na 90ª sessão, da OIT – Organização Internacional do Trabalho, em junho de 2002, dispondo que os Estados devem implementar políticas nos sentido de:

“8.1.b Garantir que as cooperativas não sejam criadas para, ou direcionadas a, o não cumprimento das leis do trabalho ou usadas para estabelecer relações de emprego disfarçadas, e combater pseudocooperativas que violam os direitos dos trabalhadores velando para que a lei trabalhista seja aplicada em todas as empresas.”

RESOLVEM

Celebrar CONCILIAÇÃO nos autos do Processo 01082-2002-020-10-00-0, em tramitação perante a MM. Vigésima Vara do Trabalho de Brasília-DF, mediante os seguintes termos:

Cláusula Primeira - A UNIÃO abster-se-á de contratar trabalhadores, por meio de cooperativas de mão-de-obra, para a prestação de serviços ligados às suas atividades-fim ou meio, quando o labor, por sua própria natureza, demandar execução em estado de subordinação, quer em relação ao tomador, ou em relação ao fornecedor dos serviços, constituindo elemento essencial ao desenvolvimento e à prestação dos serviços terceirizados, sendo eles:

- a) – Serviços de limpeza;
- b) – Serviços de conservação;
- c) – Serviços de segurança, de vigilância e de portaria;
- d) – Serviços de recepção;
- e) – Serviços de copeiragem;
- f) – Serviços de reprografia;
- g) – Serviços de telefonia;
- h) – Serviços de manutenção de prédios, de equipamentos, de veículos e de instalações;
- i) – Serviços de secretariado e secretariado executivo;
- j) – Serviços de auxiliar de escritório;
- k) – Serviços de auxiliar administrativo;
- l) – Serviços de office boy (contínuo);
- m) – Serviços de digitação;
- n) – Serviços de assessoria de imprensa e de relações públicas;
- o) – Serviços de motorista, no caso de os veículos serem fornecidos pelo próprio órgão licitante;
- p) – Serviços de ascensorista;
- q) – Serviços de enfermagem; e
- r) – Serviços de agentes comunitários de saúde.

Parágrafo Primeiro – O disposto nesta Cláusula não autoriza outras formas de terceirização sem previsão legal.

Parágrafo Segundo – As partes podem, a qualquer momento, mediante comunicação e acordos prévios, ampliar o rol de serviços elencados no caput.

Cláusula Segunda - Considera-se cooperativa de mão-de-obra, aquela associação cuja atividade precípua seja a mera intermediação individual de trabalhadores de uma ou várias profissões (inexistindo assim vínculo de solidariedade entre seus associados), que não detenham qualquer meio de produção, e cujos serviços sejam prestados a terceiros, de forma individual (e não coletiva),

pelos seus associados.

Cláusula Terceira - A UNIÃO obriga-se a estabelecer regras claras nos editais de licitação, a fim de esclarecer a natureza dos serviços licitados, determinando, por conseguinte, se os mesmos podem ser prestados por empresas prestadoras de serviços (trabalhadores subordinados), cooperativas de trabalho, trabalhadores autônomos, avulsos ou eventuais;

Parágrafo Primeiro - É lícita a contratação de genuínas sociedades cooperativas desde que os serviços licitados não estejam incluídos no rol inserido nas alíneas “a” a “r” da Cláusula Primeira e sejam prestados em caráter coletivo e com absoluta autonomia dos cooperados, seja em relação às cooperativas, seja em relação ao tomador dos serviços, devendo ser juntada, na fase de habilitação, listagem contendo o nome de todos os associados. Esclarecem as partes que somente os serviços podem ser terceirizados, restando absolutamente vedado o fornecimento (intermediação de mão-de-obra) de trabalhadores a órgãos públicos por cooperativas de qualquer natureza.

Parágrafo Segundo – Os editais de licitação que se destinem a contratar os serviços disciplinados pela Cláusula Primeira deverão fazer expressa menção ao presente termo de conciliação e sua homologação, se possível transcrevendo-os na íntegra ou fazendo parte integrante desses editais, como anexo.

Parágrafo Terceiro - Para a prestação de serviços em sua forma subordinada, a licitante vencedora do certame deverá comprovar a condição de empregadora dos prestadores de serviços para as quais se objetiva a contratação, constituindo-se esse requisito, condição obrigatória à assinatura do respectivo contrato.

DAS SANÇÕES PELO DESCUMPRIMENTO

Cláusula Quarta – A UNIÃO obriga-se ao pagamento de multa (astreinte) correspondente a R\$ 1.000,00 (um mil reais) por trabalhador que esteja em desacordo com as condições estabelecidas no presente Termo de Conciliação, sendo a mesma reversível ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT).

Parágrafo Primeiro – O servidor público que, em nome da Administração, firmar o contrato de prestação de serviços nas atividades relacionadas nas alíneas “a” a “r” da Cláusula Primeira, será responsável solidário por qualquer contratação irregular, respondendo pela multa prevista no caput, sem prejuízo das demais cominações legais.

Parágrafo Segundo – Em caso de notícia de descumprimento dos termos firmados neste ajuste, a UNIÃO, depois de intimada, terá prazo de 20 (vinte) dias para apresentar sua justificativa perante o Ministério Público do Trabalho.

DA EXTENSÃO DO AJUSTE À ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA INDIRETA MINISTÉRIO DA FAZENDA

Cláusula Quinta – A UNIÃO se compromete a recomendar o estabelecimento das mesmas diretrizes ora pactuadas em relação às autarquias, fundações públicas, empresas públicas e sociedades de economia mista, a fim de vincular todos os órgãos integrantes da administração pública indireta ao cumprimento do presente termo de conciliação, sendo que em relação às empresas públicas e sociedades de economia mista deverá ser dado conhecimento ao Departamento de Coordenação e Controle das Empresas Estatais – DEST, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, ou órgão equivalente, para que discipline a matéria no âmbito de sua competência.

DA HOMOLOGAÇÃO JUDICIAL DO AJUSTE

Cláusula Sexta – As partes submetem os termos da presente conciliação à homologação do Juízo da MM. Vigésima Vara do Trabalho, para que o ajuste gere os seus efeitos jurídicos.

Cláusula Sétima - Os termos da presente avença gerarão seus efeitos jurídicos a partir da data de sua homologação judicial.

Parágrafo único – Os contratos em vigor entre a UNIÃO e as Cooperativas, que contrariem o

presente acordo, não serão renovados ou prorrogados.

Cláusula Oitava - A presente conciliação extingue o processo com exame do mérito apenas em relação à UNIÃO, prosseguindo o feito quanto aos demais réus.

Dito isto, por estarem as partes ajustadas e compromissadas, firmam a presente conciliação em cinco vias, a qual terá eficácia de título judicial, nos termos dos artigos 831, parágrafo único, e 876, caput, da CLT.

Parnamirim, ___ de _____ de _____.

Procurador-Geral do Trabalho

Vice-Procuradora-Geral do Trabalho

Procurador-Chefe/PRT 10ª Região

Procurador do Trabalho

Procurador-Geral da União

Sub-Procuradora-Regional da União—1ª Região

Advogado da União

Testemunhas:

•

•

•



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
BASE AÉREA DE NATAL
GRUPO DE SAÚDE DE NATAL

ANEXO U – PROCEDIMENTOS SUJEITOS A PARECER DA SEÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE DO GRUPO DE SAÚDE DE NATAL E PROCEDIMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES NÃO INDENIZADOS PELO FUNDO DE SAÚDE DA AERONÁUTICA

PROCEDIMENTOS SUJEITOS A PARECER DA SEÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE DO GRUPO DE SAÚDE DE NATAL E PROCEDIMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES NÃO INDENIZADOS PELO FUNDO DE SAÚDE DA AERONÁUTICA

1. Os procedimentos médico-hospitalares não indenizados pelo Fundo de Saúde da Aeronáutica são os a seguir enumerados:
 - 1.1 Acomodações hospitalares acima do previsto em convênio, termo de credenciamento ou contrato;
 - 1.2 Procedimentos sem indicação médica precisa e admissionais;
 - 1.3 Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
 - 1.4 Aquisição de artigos por importação, quando houver similares nacionais que atendam às especificações do tratamento;
 - 1.5 Tratamento médico cuja eficiência não seja reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina ou tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
 - 1.6 Implante hormonal;
 - 1.7 Teste de DNA;
 - 1.8 Tratamentos de infertilidade, fecundação e fertilização;
 - 1.9 Atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos não previstos no Rol de Procedimentos Básicos da Resolução CONSU nº 12, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de 4 de novembro de 1998, e na Resolução Normativa nº 167, da ANS, de 9 de janeiro de 2008;
 - 1.10 Atendimentos básicos fisioterápicos e farmacêuticos, bem como psicológicos, não previstos na Resolução CONSU nº 11, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de 4 de novembro de 1998;
 - 1.11 Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
 - 1.12 Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive cirurgia plástica estética, órteses e próteses para o mesmo fim;
 - 1.13 Tratamentos em centros de saúde pela água (SPA), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
 - 1.14 Fornecimento de medicamentos nacionais ou nacionalizados, exceto durante a internação hospitalar do beneficiário;

- 1.15 Aquisição de artigos por importação;
- 1.16 Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- 1.17 Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato e à técnica cirúrgica indicados;
- 1.18 Órtese ou prótese não odontológica acima do valor máximo estabelecido por parte do DGP;
- 1.19 Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 1.20 Em caso de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 1.21 Aplicação de vacinas preventivas;
- 1.22 Necropsias, medicina ortomolecular, mineralograma do cabelo, acupuntura e outras terapias alternativas;
- 1.23 Aparelhos ortopédicos;
- 1.24 Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
- 1.25 Despesas hospitalares extraordinárias, tais como telefonemas, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas e indenização de danos;
- 1.26 Despesas com acompanhante;
- 1.27 Despesas não relacionadas com o procedimento autorizado;
- 1.28 Exames e outros procedimentos que visem pesquisa científica;
- 1.29 Enfermagem em caráter particular;
- 1.30 Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- 1.31 Avaliações pedagógicas;
- 1.32 Orientações vocacionais;
- 1.33 Psicoterapia com objetivos profissionais;
- 1.34 Diárias hospitalares com a parturiente em condições de alta quando da manutenção da internação do recém-nascido patológico;
- 1.35 Colocação de idosos em asilos;
- 1.36 No que diz respeito à atenção domiciliar:
 - 1.36.1 As medicações profiláticas e de uso contínuo e/ou uso crônico (anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, diuréticos, ansiolíticos, antidepressivos, entre outros), as pomadas preventivas e hidratantes, colchão caixa de ovo, material de higiene pessoal, bem como fraldas descartáveis dos pacientes devem ser custeadas pelo paciente ou seu representante legal.



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA

CONTROLE DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS DO DOCUMENTO

Documento:	Parte 8 - 1ª Atualização EDITAL 2024
Data/Hora de Criação:	14/10/2024 12:52:24
Páginas do Documento:	32
Páginas Totais (Doc. + Ass.)	33
Hash MD5:	1b42d986723e8205577ff70f89b810e2
Verificação de Autenticidade:	https://autenticidade-documento.sti.fab.mil.br/assinatura

Este documento foi assinado e conferido eletronicamente com fundamento no artigo 6º, do Decreto nº 8.539 de 08/10/2015 da Presidência da República pelos assinantes abaixo:

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Major JULIANA GARCIA GOMES NETO DANTAS no dia 14/10/2024 às 09:53:32 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Segundo Sargento BRUNO RIBEIRO DA SILVA no dia 04/11/2024 às 14:44:45 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Cap NELSON RUBENS COUTINHO FILHO no dia 12/11/2024 às 12:37:11 no horário oficial de Brasília.