

**PLANO DE TRABALHO
ATIVIDADES AMBULATORIAIS E CIRURGICO**

PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA

**CONVÊNIO N° 003/2020
4° TERMO ADITIVO – TERMO DE COLABORAÇÃO
Vigência: 01/01/2025 À 31/12/2025**

SUMÁRIO

1. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE	3
1.1. COMPOSIÇÃO CONSELHO GESTOR	3
2. OBJETIVOS, MISSÃO, VISÃO, VALORES E PRINCÍPIOS.....	4
3. TÍTULOS, REGISTROS E CERTIFICAÇÕES.....	4
4. HISTÓRICO – GRUPO EM DEFESA DA CRIANÇA COM CÂNCER (GRENDAACC).....	5
5. PERFIL ASSISTENCIAL DO GRENDAACC FRENTE AO SUS	6
6. IDENTIFICAÇÃO DA CONVENENTE	7
7. PLANO DE TRABALHO	7
7.1. FLUXO DE OPERACIONALIZAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO	8
8. ESTRUTURA AMBULATORIAL E HOSPITALAR.....	9
9. METAS QUANTITATIVAS	14
9.1. CRITÉRIO DE APURAÇÃO DAS METAS QUANTITATIVAS	15
9.2. CONDIÇÕES GERAIS PARA OS ATENDIMENTOS.....	15
10. METAS QUALITATIVAS.....	16
11. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO	16
11.1 DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO.....	17
12. PREVISÃO DE INÍCIO E FIM DA EXECUÇÃO DO OBJETO.....	17
13. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO	17
14. PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS ESTIMADO	18
ANEXO I – EXAMES ANÁLISE CLÍNICA	19
ANEXO II – PROCEDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO	30
ANEXO III – PROCEDIMENTO CIRURGICOS	33
ANEXO IV – DIÁRIA E TAXAS	43

1. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Razão Social da Instituição: **GRUPO EM DEFESA DA CRIANÇA COM CÂNCER – GRENDAACC.**

CNES: 2716801.

CNPJ: 00.797.397/0001-94.

Endereço: Rua Olívio Boa, 99 – Parque da Represa, CEP 13.214-550.

Município: Jundiaí.

Estado: São Paulo.

Diretoria Estatutária:

Diretor Presidente: Getúlio White Lima.

Diretor Vice Presidente: Valdir Barbi.

Diretor: Marcelo de Sousa Coelho.

Conselho Deliberativo

Presidente: Laércio de Oliveira Pinto.

Vice Presidente: Vanessa Almeida Carvalho

Secretário: Marcelo Bueno.

Conselho Fiscal:

Presidente: Ricardo Torelli.

Vice Presidente: Ricardo Rios Rodrigues

Conselheira: Maria Vilma Francisco Mathiazi.

1.1. COMPOSIÇÃO CONSELHO GESTOR

- **Gestão 2024/2025**

Representante dos Usuários

Titular 1º	Sue Ellen Bezerra e Silva
Titular 2º	Adriana da Cruz Frigo
Suplente 1º	Talita Cunha dos Santos
Suplente 2º	Jeanilce da Conceição

Representante dos Trabalhadores

Titular 1º	Kátia Cristina Dias Santos
Suplente	Andréa Mazzaro Meira Renzo

Representante Administração

Titular 1º	Cláudia Pereira dos Santos
Suplente	Lucas Andres Antonicelli

Representante Corpo Diretivo GRENDAACC

Titular 1º	Getúlio White Lima
-------------------	--------------------

2. OBJETIVOS, MISSÃO, VISÃO, VALORES E PRINCÍPIOS

Objetivos estatutários

Nos termos do art. 2º do Estatuto Social, o GRENDACC tem por finalidades e objetivos sociais de relevância pública e social, a prestação de serviços na área da saúde, a mobilização, a prevenção, a orientação, a assistência, o apoio a família e o desenvolvimento de ações culturais, de pesquisa e outras, direcionados ao tratamento e atendimento de crianças e adolescentes, em diversas especialidades médicas, prioritariamente aos portadores de doenças oncológicas, podendo ser estendido às pessoas de todas as idades como forma de atividade complementar, observando os limites de recursos da entidade.

Missão

Cuidar da saúde de crianças e adolescentes de forma eficiente, unindo esforços com a sociedade para oferecer atendimento humanizado que valoriza e salva vidas.

Visão

Ser referência em profissionalismo e excelência no atendimento pediátrico e gestão hospitalar

Valores

Respeito.
Credibilidade.
Atendimento humanizado: Compromisso com a vida.

3. TÍTULOS, REGISTROS E CERTIFICAÇÕES

O GRENDACC possui os títulos, registros e certificados descritos abaixo:

- Declaração de Utilidade Pública Municipal (Lei nº 4.862 de 24/09/96);
- Declaração de Utilidade Pública Estadual (Lei nº 10.417 de 24/11/99);
- Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde (CEBAS), concedido pelo Ministério da Saúde – Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde – DECEBAS, mediante Portaria SAS/MS nº. 145 de 02/05/2022, publicada no DOU em 03/05/2022;
- Credenciamento no Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON), estabelecido pela portaria nº 935 de 07 de novembro de 2013;
- Certificado de Registro nº 11995011 e de Inscrição de Programas de Atendimento junto ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Jundiaí (CMDCA);

- Certificado de Registro nº 02/2018 e de Inscrição de Programas de Atendimento junto ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de LOUVEIRA (CMDCA);
- Certificado de Registro nº 20 e de Inscrição de Programas de Atendimento junto ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de LOUVEIRA (CMDCA);
- Certificado de Regularidade Cadastral de Entidades – CRCE nº 1624/2012 – concedido em 06 de agosto de 2012, nos termos do Decreto nº 57.501 de 08 de novembro de 2011.

4. HISTÓRICO – GRUPO EM DEFESA DA CRIANÇA COM CÂNCER (GRENDACC)

O Grupo em Defesa da Criança com Câncer – GRENDACC, é uma associação privada filantrópica e sem fins lucrativos, fundada em 1995 por um grupo de pais sensibilizados pelas dificuldades vivenciadas pelas crianças portadoras de doenças oncológicas e hematológicas crônicas, residentes na cidade de Jundiaí (SP) e em municípios da região. Com esse intuito formou-se a Unidade de atendimento e assistência, oferecendo tratamento gratuito, integral e humanizado para crianças e adolescentes de zero a 18 anos, 11 meses e 29 dias de idade.

Instalado no Parque da Represa, em Jundiaí, o Grendacc expandiu-se desde sua criação, e hoje é responsável não somente pelo atendimento de pacientes com doenças oncológicas e hematológicas, mas também por outras especialidades médicas pediátricas, com destaque para a nefrologia, cirurgia pediátrica, cirurgia ortopédica, cardiologia, otorrinolaringologia, cuidados paliativos e doenças crônicas. Esses atendimentos são realizados por meio de encaminhamentos pelo Sistema único de Saúde (SUS) e por operadoras de saúde, através de contratos com Unidades públicas (prefeituras) e privadas de saúde.

Além das equipes médicas, a Unidade Ambulatorial conta com uma equipe multidisciplinar para o atendimento nas seguintes especialidades: Enfermagem, Psicologia, Nutrição, Serviço Social, Fisioterapia e Assistência Farmacêutica, e possui ainda alguns serviços que facilitam o atendimento, considerando a integralidade dos serviços em saúde, dentre eles: laboratório de análises clínicas, quimioterapia e sala para exames radiológicos, entre outras áreas para a realização de pequenos procedimentos, curativos e medicações.

Considerando a estrutura pensada para o público infanto-juvenil, o Grendacc dispõe de recepção com espaço para leitura, brinquedoteca e uma classe hospitalar para o acompanhamento pedagógico de pacientes em tratamentos de longa permanência. A instituição conta ainda com uma equipe de voluntariado que contribui ativamente em diversas áreas, beneficiando todas as crianças e famílias assistidas.

Desde 2017, o Grendacc disponibiliza aos usuários as Unidades de Internação, UTI e Centro Cirúrgico, com o objetivo de oferecer um atendimento integral aos pacientes assistidos pela instituição.

Para operacionalizar os atendimentos e a execução dos planos de trabalho, o GRENDACC, conta com diversos profissionais, distribuídos nas áreas médica, assistencial, administrativa, atendimento e apoio, capacitados e comprometidos com a assistência acolhedora e segura,

contribuindo para a qualidade e excelência, preconizados em todos os atendimentos prestados em suas Unidades assistenciais.

5. PERFIL ASSISTENCIAL DO GRENDACC FRENTE AO SUS

O GRENDACC é um hospital especializado para a prestação de serviço de assistência de alta complexidade em oncologia pediátrica, visando garantir a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes portadores de doenças oncológicas, através de serviços médico-hospitalares e ambulatoriais, cujo órgão gestor do Sistema Único de Saúde (SUS) é a Unidade de Gestão da Promoção da Saúde da Prefeitura do Município de Jundiaí. Na oncologia pediátrica, o GRENDACC é referência para região de saúde de Jundiaí, composta por sete municípios, com população estimada de 900 mil habitantes.

Além dos serviços ambulatoriais e hospitalares na oncologia, o GRENDACC atende a demanda referenciada para consultas, cirurgias, procedimentos, terapias e exames para diagnósticos de outras especialidades, destinados aos públicos adulto e infantil, conforme seguem:

- Anestesiologia Pediátrica
- Cardiologia Pediátrica
- Clínica de Cuidados Paliativos e Dor
- Cirurgia Pediátrica
- Cirurgia Plástica
- Gastroenterologia
- Fisioterapia
- Hematologia Pediátrica
- Infectologia
- Nefrologia Pediátrica
- Neurologia Pediátrica
- Nutrição
- Oncologia Clínica e Cirúrgica Pediátrica
- Ortopedia Clínica e Cirúrgica Pediátrica
- Otorrinolaringologia
- Pediatria
- Pneumologia Pediátrica
- Psicologia
- Serviço Social

Serviço de Apoio de Diagnóstico e Terapêutico (SADT): Ecocardiograma, Ultrassografia com Doppler, Teste Ergométrico, Nasofibrosopia, Bera etc.

6. IDENTIFICAÇÃO DA CONVENENTE

Razão Social: **MUNICÍPIO DE LOUVEIRA.**

Nome Fantasia: **LOUVEIRA GABINETE PREFEITO.**

CNPJ: **46.363.933/0001-44**

Endereço: Rua Catharina Caissava Caldana, 451 – Bairro do Leitão – CEP: 13.290-000

Município: LOUVEIRA.

Estado: São Paulo.

Prefeito Municipal:

Sr. Estanislau Steck

Secretária da Saúde:

Sra. Márcia Bevilacqua

7. PLANO DE TRABALHO

Objeto

Realização de atendimento especializado nas especialidades médicas pediátricas, equipe multidisciplinar e procedimentos cirúrgicos e exames com finalidades diagnósticas constantes no Plano de Trabalho, garantindo o atendimento integral aos munícipes de LOUVEIRA.

Objetivo Específico

Complementação de serviços de saúde para pacientes referendados pela Rede de Atenção à Saúde de LOUVEIRA, conforme Plano e Programação Anual do Município de LOUVEIRA com o objetivo de reduzir a fila de espera para assistência em nível secundário, de acordo com os serviços de saúde apresentados nas tabelas em anexo.

Público Alvo

- **Atendimento Ambulatorial:** crianças e adolescentes de 0 a 17 anos 11 meses e 29 dias. Referenciados pela Rede de Atenção à Saúde de LOUVEIRA.
- **Atendimento Procedimento Cirúrgico:** a especialidade de Cirurgia Pediátrica atenderá as crianças e adolescentes de 0 a 15 anos e na Ortopedia de 0 a 18 anos 11 meses e 29 dias. Referenciadas pela Rede de Atenção à Saúde de LOUVEIRA.

Vigência: 01 de janeiro de 2025 a 31 de dezembro de 2025

7.1. FLUXO DE OPERACIONALIZAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

A organização dos atendimentos eletivos seguirá o seguinte fluxo:

Avaliação diagnóstica: realizada através da consulta médica com o especialista que prevê a possibilidade da realização de exames complementares para apoio diagnóstico, com autorização prévia da Unidade de Avaliação e Controle da Secretaria Municipal de LOUVEIRA,

Avaliação cirúrgica: realizada através da consulta médica com especialista em cirurgia pediátrica, ortopédica e otorrinolaringologista para confirmação da hipótese diagnóstica e indicação do(s) procedimento(s) cirúrgico(s) em regime hospitalar. Os retornos seguirão a indicação do médico responsável.

Observação: Para a realização das cirurgias, os procedimentos deverão ser autorizados previamente pela Unidade de Avaliação e Controle da Secretaria Municipal de LOUVEIRA.

Exames Laboratoriais: solicitados na consulta médica de avaliação, serão agendados pela Rede de Atenção à Saúde de LOUVEIRA.

Integralidade da assistência: considerando a assistência integral aos pacientes, as interconsultas com outros especialistas poderão ser indicadas pelo médico responsável pelo primeiro atendimento. Para o paciente ser atendido por outro especialista, o GRENDAACC solicitará autorização prévia para a Unidade de Avaliação e Controle da Secretaria Municipal de LOUVEIRA.

Esses encaminhamentos aos especialistas médicos e da equipe multiprofissional tem por objetivo a conclusão diagnóstica e/ou a conduta terapêutica para o tratamento dos pacientes. Os retornos seguirão a indicação do médico responsável.

Considerando a necessidade de um acompanhamento multidisciplinar, o GRENDAACC oferece uma estrutura de apoio fundamental para a assistência, com destaque para os seguintes serviços:

- **Serviço Social:** realizada no primeiro atendimento do paciente na Unidade com o objetivo de realizar um acolhimento e orientação sobre o funcionamento da Instituição, além de esclarecer dúvidas sobre as etapas do tratamento, recursos disponíveis, avaliação sócio econômica, entre outros auxílios fundamentais na assistência aos pacientes e famílias. As demandas observadas neste atendimento, poderão ser direcionadas ao Serviço Social do Município de origem para ciência, conduta e acompanhamento.
- **Psicologia:** disponível para o atendimento desde o momento do diagnóstico e durante todas as etapas do tratamento. O apoio psicológico é dedicado ao paciente e seus familiares e/ou acompanhantes.
- **Fisioterapia:** estruturada para o atendimento especializado de pacientes pediátricos e adultos para terapias motoras e respiratórias, o serviço de fisioterapia atende diversas patologias com o objetivo da reabilitação e melhora na qualidade de vida. Os

especialistas utilizam procedimentos terapêuticos atualizados, que inclui realizada virtual, por meio de jogos eletrônicos, inovando os atendimentos fisioterápicos.

- **Nutrição Clínica:** o atendimento nutricional tem o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes através do acompanhamento especializado durante o tratamento indicado pelos especialistas médicos. O plano de atendimento poderá incluir oficinas culinárias e de educação alimentar promovidas pela equipe de nutricionistas do GRENDAACC.
- **Brinquedoteca:** considerando os pacientes atendidos, as instalações contam com espaço e profissionais dedicados a promoção de atividades lúdicas, artísticas e recreativas durante a permanência na Unidade Ambulatorial. Além dessas atividades, nas datas comemorativas são realizados eventos para integração e descontração.

8. **ESTRUTURA AMBULATORIAL E HOSPITALAR**

O GRENDAACC está instalado em um terreno de aproximadamente 8.000 metros quadrados, com área construída de 4.495,82m² distribuídos nas áreas Ambulatorial, Hospitalar, Administrativa e de Apoio.

Na Unidade Hospitalar dispõe de 11 (onze) leitos de internação, 5 (cinco) leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Centro Cirúrgico com uma sala cirúrgica e sala de recuperação pós operatório, além das demais salas de suporte para a assistência aos pacientes. A estrutura é caracterizada para o atendimento humanizado aos pacientes infanto-juvenis, contribuindo para uma atenção acolhedora, humana e resolutiva em suas instalações.

Para os atendimentos ambulatoriais, o GRENDAACC possui uma estrutura completa de Ambulatório para as consultas, exames e procedimentos realizados pelos especialistas médicos e da equipe multiprofissional nas seguintes especialidades: Anestesiologia, Cardiologia, Clínica de Cuidados Paliativos e Dor, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Cirurgia Ortopédica, Fisioterapia, Hematologia, Infectologia, Nefrologia, Nutrição, Oncologia Clínica e Cirúrgica, Otorrinolaringologia, Pediatria, Psicologia e Serviço Social.

Considerando a assistência aos pacientes oncológicos, a Unidade Ambulatorial conta com o Serviço de Quimioterapia, instalado em uma área que segue os objetivos da ambiência preconizados pela Política Nacional de Humanização, proporcionando conforto, privacidade, acolhimento e a integração dos pacientes, famílias e profissionais, através de espaços dedicados para a assistência aos pacientes durante o período de tratamento.

Estrutura física de atendimento: o GRENDAACC possui a seguinte estrutura para assistência aos pacientes:

Hospitalar – Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
66 - UNIDADE ISOLAMENTO	1	1
79 - UTI PEDIATRICA - TIPO III	4	3
ESPEC. - CIRÚRGICO		

12 - ONCOLOGIA	1	1
ESPEC. - CLÍNICO		
44 - ONCOLOGIA	4	3
PEDIÁTRICO		
68 - PEDIATRIA CIRURGICA	2	1
45 - PEDIATRIA CLINICA	4	3

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Competência: outubro/2024.

Informações Gerais

Instalação	Qtde./ Consultório	Leitos/ Equipamentos
<u>AMBULATORIAL</u>		
CLINICAS ESPECIALIZADAS	3	0
CLINICAS INDIFERENCIADO	3	0
OUTROS CONSULTÓRIOS NÃO MÉDICOS	2	0
SALA DE REPOUSO/OBSERVAÇÃO - INDIFERENCIADO	1	1
<u>HOSPITALAR</u>		
SALA DE CIRURGIA	1	0
SALA DE RECUPERAÇÃO	1	1
<u>URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</u>		
CONSULTÓRIOS MÉDICOS	1	0
SALA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	1	1
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	1	0
SALA DE ATENDIMENTO PEDIÁTRICO	1	0
SALA DE HIGIENIZAÇÃO	1	0
SALA DE REPOUSO/OBSERVAÇÃO - PEDIÁTRICA	1	5
SALA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRÍTICO/SALA DE ESTABILIZAÇÃO	1	1

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Competência: outubro/2024.

Serviços de Apoio

Serviço	Característica
AMBULANCIA	PRÓPRIO E TERCEIRIZADO
CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS	TERCEIRIZADO
FARMACIA	PRÓPRIO E TERCEIRIZADO
LACTÁRIO	PRÓPRIO
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO
NECROTÉRIO	PRÓPRIO
NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (S.N.D.)	PRÓPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P. (Serviço de Pronto Atendimento de Paciente)	PRÓPRIO
SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	PRÓPRIO E TERCEIRIZADO
SERVIÇO SOCIAL	PRÓPRIO

Habilitações

Código	Descrição	Origem	Competência Inicial	Portaria	Data Portaria
905	CUIDADOS PROLONGADOS - ENFERMIDADES ONCOLÓGICAS	Local	out/14	OFICIO GRENDAACC 150/2014	03/11/2014
1711	UNACON EXCLUSIVA DE ONCOLOGIA PEDIATRICA	Nacional	ago/18	PT SAS 1154	26/07/2018
2606	UTI III PEDIATRICA	Nacional	jan/18	PT SAS Nº 125	

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Competência: outubro/2024.

Serviços Especializados

Serviços especializados			Ambulatorial		Hospitalar	
Código	Serviço	Característica	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
107	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	TERCEIRIZADO	SIM	SIM	SIM	SIM
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	TERCEIRIZADO	SIM	SIM	SIM	SIM
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TERCEIRIZADO	SIM	SIM	SIM	SIM
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TERCEIRIZADO	SIM	SIM	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	SIM
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	TERCEIRIZADO	SIM	SIM	NÃO	NÃO
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO E TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	SIM
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	SIM
132	SERVICO DE ONCOLOGIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
132	SERVICO DE ONCOLOGIA	TERCEIRIZADO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
135	SERVICO DE REABILITACAO	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
135	SERVICO DE REABILITACAO	TERCEIRIZADO	SIM	SIM	NÃO	NÃO
136	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	SIM	NÃO	NÃO
142	SERVICO DE ENDOSCOPIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM

145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
146	SERVICO DE VIDEOLAPAROSCOPIA	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
151	MEDICINA NUCLEAR	TERCEIRIZADO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
155	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
164	SERVICO DE ORTESES, PROTESES E MAT ESPECIAIS EM REABILITACAO	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Competência: outubro/2024.

Estrutura de Recursos Humanos: para a operacionalização das atividades o GRENDAACC possui a seguinte estrutura de recursos humanos:

Cargo	Quantidade de Profissionais	Carga horária mensal
FUNÇÕES ADMINISTRATIVAS, APOIO E ATENDIMENTO		
Analista Contábil	1	200
Assistente Administrativo	2	200
Assistente de Faturamento	2	200
Assistente de RH	1	200
Assistente de Tecnologia da Informação	1	200
Assistente Financeiro	1	200
Assistente Social	1	150
Auxiliar Administrativo de Atendimento	1	200
Auxiliar de Limpeza	8	180
Biomédico	2	180
Comprador	1	200
Coordenador de Credenciamento e Contratos	1	200
Coordenador de Enfermagem	1	200
Coordenador Hospitalar	1	200
Copeira	2	180
Cozinheira	2	180
Enfermeiro	5	180
Enfermeiro	2	200
Farmacêutico	1	180
Farmacêutico RT	1	200
Faturista	2	200
Fisioterapeuta	1	100
Líder de Suprimentos	1	200

Motorista de ambulância	2	180
Nutricionista	1	220
Nutricionista Clínica	1	100
Oficial de Manutenção Júnior	1	180
Oficial de Manutenção Pleno	1	180
Operadora de Atendimento	3	150
Psicóloga	1	150
Recepcionista	6	180
Supervisor de Apoio e Atendimento	1	200
Supervisor de Finanças	1	200
Supervisor de Hotelaria Júnior	1	200
Supervisor de Manutenção	1	200
Supervisor de Prestação de Contas	1	200
Supervisor de Tecnologia da Informação	1	200
Técnico de Enfermagem	6	180
Técnico em Segurança do Trabalho	1	200
Telefonista	1	150
Vigia	8	180
Vigia Líder	1	180
FUNÇÕES MÉDICAS (PJ)		
Diretor Técnico Médico	1	*
Coordenador Pediatra Intensivista	1	*
Médico Anestesiologista	5	*
Médico Cardiologista Pediátrico	2	*
Médico Cirurgião Pediátrico	3	*
Médico Hematologista Pediátrico	1	*
Médico Infectologista	1	*
Médico Nefrologista Pediátrico	1	*
Médico Neurologista Pediátrico	1	*
Médico Pediatra Intensivista	5	*
Médico Pneumologista Pediátrico	1	*
Médico Otorrinolaringologista	4	*
Médico Ortopedista e Traumatologista	1	*
FUNÇÕES ASSISTENCIAIS (PJ)		
Fisioterapeuta	2	*
Psicóloga	1	*
Técnico em Radiologia	1	*

Fonte: Gestão de Informações Institucionais. Recursos Humanos. Competência: setembro/2024.

*As funções médicas são contratadas por hora trabalhada em regime de pessoa jurídica.

** As funções da Diretoria Estatutária exercem atividades não remuneradas com carga horária definida conforme demanda da instituição.

9. METAS QUANTITATIVAS

As metas quantitativas correspondem ao volume esperado de produção conforme detalhamento abaixo:

TABELA de METAS / Código SUS – Subgrupo de procedimento	Especialidades	Meta Estimada	Valor Unit. SUS	Valor Complementar	Valor Unit. Convênio	Valor Total
03.01.01.0007-2 – Consulta Médica em Atenção Especializada	Neurologista Pediatra	10	R\$ 10,00	R\$ 170,00	R\$ 180,00	R\$ 1.800,00
03.01.01.0007-2 – Consulta Médica em Atenção Especializada	Hematologista Pediatra Pneumologista Pediatra	10	R\$ 10,00	R\$ 130,00	R\$ 140,00	R\$ 1.400,00
03.01.01.0007-2 – Consulta Médica em Atenção Especializada	Anestesiologista Cardiologista Pediatra Cirurgia Pediatria Nefrologia Pediatria Otorrinolaringologia Ortopedia Pediatria	15	R\$ 10,00	R\$ 100,00	R\$ 110,00	R\$ 1.650,00
03.01.01.004-8 – Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (Exceto Médico)	Enfermagem Fisioterapia Nutricionista Serviço Social Psicologia	1	R\$ 6,30	R\$ 53,70	R\$ 60,00	R\$ 60,00
02.02	Diagnóstico em Laboratório Clínico	ANEXO I			R\$ 245,35	R\$ 245,35
03.02	Procedimento de Fisioterapia	ANEXO II			R\$ 40,36	R\$ 40,36
03.01.07.007-5	Procedimento de Fisioterapia com Biofeedback	2	R\$ 17,67	R\$ 162,33	R\$ 180,00	R\$ 360,00
02.11.07.015-7	Bera com Sedação	2	R\$ 45,66	R\$ 2.005,84	R\$ 2.051,50	R\$ 4.103,00
02.09.04.004-1	Nasolaringoscopia (Videolaringoscopia)	2	R\$ 45,50	R\$ 214,00	R\$ 269,52	R\$ 539,04
02.05.01.003-2	Ecocardiograma Transtorácico Pediátrica	2	R\$ 67,86	R\$ 167,34	R\$ 235,20	R\$ 470,40
02.05.01.004-0	Ultrassonografia Doppler Colorido de Vasos	1	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00	R\$ 150,00
02.11.02.006-0	Teste Ergométrico	1	R\$ 30,00	R\$ 132,00	R\$ 162,00	R\$ 162,00
04.04.01.027-0	Remoção de Cerúmen Unilateral	2	R\$ 5,63	R\$ 18,37	R\$ 24,00	R\$ 48,00
04.	Procedimento Cirúrgico	ANEXO IV				R\$ 4.571,85
Total						R\$ 15.600,00

As metas quantitativas das especialidades apresentadas acima, poderão ser alteradas conforme demanda da Unidade de Gestão e Promoção de Saúde do Município de LOUVEIRA.

Considerando os serviços de saúde conveniados e respectivos valores, os anexos I, II, III, IV e V são partes integrantes do presente Plano de Trabalho.

Observações:

- Em caso de faltas, será cobrado o valor da consulta, a fim de manter o equilíbrio econômico do contrato. Será considerado falta, a ausência do paciente sem aviso prévio de 24 horas.
- Retornos realizados dentro do mesmo mês não serão cobrados, exceto, em caso de nova anamnese, exame físico e a elaboração de hipóteses diagnóstica.
- A confirmação e alterações dos pacientes para exame Bera deverão ser feitos pela Secretaria Municipal de Saúde com antecedência de dois dias para que, em caso de desistência a instituição possa fazer a substituição dos pacientes.

9.1. CRITÉRIO DE APURAÇÃO DAS METAS QUANTITATIVAS

A Prefeitura de LOUVEIRA realizará a apuração das metas quantitativas por meio do envio do faturamento até o 5º dia útil do mês subsequente à prestação do serviço, contendo os seguintes documentos comprobatórios:

- Ofício de encaminhamento;
- Relatório de contas enviadas;
- Relatório de pacientes faltantes.

A Prefeitura realizará a apuração mensal dos subgrupos dos procedimentos realizados constantes na Tabela de Metas Quantitativas, mediante a conferência dos documentos comprobatórios.

Os atendimentos e/ou procedimentos realizados no Sistemas de Informação padronizados pelo Ministério da Saúde serão informados através de Sistema de Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial – CIHA.

9.2. CONDIÇÕES GERAIS PARA OS ATENDIMENTOS

- Para execução do Plano de Trabalho, a Regulação de Vagas do município deverá encaminhar a solicitação do agendamento através de e-mail para os contatos katia.santos@grendacc.org.br e lucas.andres@grendacc.org.br
- A oferta de vagas inclui primeiras consultas, interconsultas e retornos. O dimensionamento quantitativo nessas modalidades e o dimensionamento das vagas, serão acordados previamente para melhor atender as demandas do município.

- As cirurgias eletivas serão programadas com os especialistas após a autorização da Regulação de Vagas do Município.
- Serviços de saúde não elencados neste Plano de Trabalho decorrente da indicação clínica de equipe médica do GRENDACC ou município, poderão ocorrer mediante a avaliação de viabilidade técnica assistencial e aprovação da proposta orçamentária. Esses novos serviços deverão ser formalizados entre as partes.
- Na inserção de novas especialidades para Consulta Médica em Atenção Especializada, o GRENDACC atualizará o campo de Especialidades e informará com antecedência para o reenquadramento do dimensionamento de vagas.
- A estruturação da oferta de serviços de saúde tem por objetivo garantir a assistência contratualizada para o período de vigência do Plano de Trabalho, desta forma, alterações de demandas do município deverão ser comunicadas formalmente e com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, para as readequações internas visando o equilíbrio operacional, econômico e financeiro. A ausência dessa comunicação implicará na cobrança integral dos serviços pactuados.
- Da mesma forma, as ausências nos serviços agendados sem comunicação formalizada com antecedência de 24 (vinte e quatro) horas, serão cobradas pelo Faturamento.
- Intercorrência clínicas nos atendimentos ambulatoriais serão atendidas pelos especialistas e/ou pediatra intensivista para orientação e conduta. Para fins de faturamento, serão cobrados os materiais e medicamentos utilizados, procedimentos e taxa de sala, quando couber. Custo de aquisição acrescido de taxa administrativa de 20% (vinte por cento) e taxa de sala observação no valor de R\$ 120,00 (cento e vinte reais).
- Serviços de saúde não elencados neste Plano de Trabalho decorrente da indicação clínica de equipe médica do GRENDACC ou município, poderão ocorrer mediante a avaliação de viabilidade técnica assistencial e aprovação da proposta orçamentária. Esses novos serviços deverão ser formalizados entre as partes.

10. METAS QUALITATIVAS

As metas qualitativas correspondem à qualidade dos atendimentos prestados, de acordo com as normas técnicas operacionais vigentes incluindo a manutenção das dependências da Unidade em perfeito estado de conservação, higiene e funcionamento, possuindo espaço adequado para a realização das consultas, exames e procedimentos.

11. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

A Prefeitura de Louveira realizará o pagamento mensal referente aos serviços contratados, conforme critérios de apuração estabelecidos no Plano de Trabalho. Para proporcionar condições à Prefeitura de Louveira, o GRENDACC apresentará a produção ambulatorial no 5º dia útil subsequente a prestação de serviço.

Após a conferência e validação, o pagamento será programado pela Prefeitura Municipal de Louveira em até 10 (dez) dias após o envio de faturamento. O não cumprimento da condição de pagamento implicará na suspensão parcial ou total dos atendimentos programados até a regularização das parcelas vencidas.

11.1 DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO

Banco: **BANCO DO BRASIL**

Agência: **340-9**

Conta Corrente: **305129-3**

12. PREVISÃO DE INÍCIO E FIM DA EXECUÇÃO DO OBJETO

O prazo de execução do presente Plano de Trabalho é de 12 (doze) meses, com início em 01 de janeiro de 2025 e término em 31 de dezembro de 2025.

13. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Vencimento	Valor Mensal de Desembolso (R\$)
Janeiro/2025	R\$ 15.600,00
Fevereiro/2025	R\$ 15.600,00
Março/2025	R\$ 15.600,00
Abril/2025	R\$ 15.600,00
Mai/2025	R\$ 15.600,00
Junho/2025	R\$ 15.600,00
Julho/2025	R\$ 15.600,00
Agosto/2025	R\$ 15.600,00
Setembro/2025	R\$ 15.600,00
Outubro/2025	R\$ 15.600,00
Novembro/2025	R\$ 15.600,00
Dezembro/2025	R\$ 15.600,00
TOTAL	R\$ 187.200,00

14. PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS ESTIMADO

CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA	Percentual Estimada da Execução
Recursos humanos Funcionários CLT (Salários / FGTS/ Rescisão / Férias/ 13º Salário / INSS / IRPF).	R\$ 10.920,00
Outros Serviços de Terceiros (lavanderia/manutenção de equipamentos/exames terceirizados/contratos de manutenção e locação de equipamentos/gases medicinais e gás GLP).	R\$ 4.680,00

Jundiaí, 08 de novembro de 2024.

Pela **CONVENIADA**:

GETÚLIO WHITE LIMA
Diretor Presidente
Grupo em Defesa da Criança com Câncer – GRENDACC
CNPJ 00.797.397/0001-94

Pela **CONVENENTE**:

ESTANISLAU STECK
Prefeito Municipal
Prefeitura Municipal de Louveira
CNPJ: 45.780.087/0001-03

MÁRCIA BEVILACQUA
Secretária da Saúde
Prefeitura Municipal de Louveira
CNPJ: 44.780.087/0001-03

Testemunhas:

Conveniada

Convenente

ANEXO I – EXAMES ANÁLISE CLÍNICA

CÓDIGO SUS	DESCRIÇÃO	VALOR
0202010015	CLEARANCE OSMOLAR	R\$ 19,52
0202010023	DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	R\$ 11,18
0202010031	DETERMINAÇÃO DE CROMATOGRÁFIA DE AMINOÁCIDOS (SANGUE)	R\$ 87,04
0202010082	DETERMINAÇÃO DE OSMOLARIDADE	R\$ 19,52
0202010090	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	R\$ 19,52
0202010104	DOSAGEM DE ACETONA	R\$ 10,29
0202010112	DOSAGEM DE ÁCIDO ASCORBICO (VITAMINA C)	R\$ 11,18
0202010120	DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO	R\$ 10,29
0202010139	DOSAGEM DE ÁCIDO VANILMANDELICO	R\$ 50,05
0202010147	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$ 20,47
0202010155	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R\$ 20,47
0202010163	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEÍNA ÁCIDA	R\$ 20,47
0202010171	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	R\$ 20,47
0202010180	DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 12,51
0202010198	DOSAGEM DE AMONIA	R\$ 19,52
0202010201	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACÕES	R\$ 11,18
0202010210	DOSAGEM DE CÁLCIO	R\$ 10,29
0202010228	DOSAGEM DE CÁLCIO IONIZÁVEL	R\$ 19,52
0202010236	DOSAGEM DE CAROTENO	R\$ 11,18
0202010252	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R\$ 20,47
0202010260	DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 10,29
0202010279	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 19,52
0202010287	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 19,52
0202010295	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 10,29
0202010309	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$ 20,47
0202010317	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 10,29
0202010325	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 20,47
0202010341	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA - HIDROXIBUTÍRICA	R\$ 19,52
0202010333	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 22,91
0202010350	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTÂMICA	R\$ 19,52
0202010368	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	R\$ 20,47
"0202010376	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R\$ 20,47
0202010384	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 86,71
0202010392	DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	R\$ 19,52
0202010406	DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 87,04
0202010414	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA TOTAL	R\$ 11,18
0202010422	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 11,18
0202010430	DOSAGEM DE FÓSFORO	R\$ 10,29
0202010449	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ÁCIDA	R\$ 11,18

CÓDIGO SUS	DESCRIÇÃO	VALOR
0202010465	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 19,52
0202010473	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 10,29
0202010481	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R\$ 20,47
0202010490	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R\$ 20,47
0202010503	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 43,71
0202010511	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R\$ 20,47
0202010520	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	R\$ 19,52
0202010538	DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 20,47
0202010546	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	R\$ 19,52
0202010554	DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 12,51
0202010562	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 11,18
0202010570	DOSAGEM DE MUÇO-PROTEINAS	R\$ 11,18
0202010597	DOSAGEM DE PORFIRINAS	R\$ 19,52
0202010600	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 10,29
0202010619	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$ 7,79
0202010627	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 10,29
0202010635	DOSAGEM DE SODIO	R\$ 10,29
0202010643	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 11,18
0202010651	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 11,18
0202010660	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 22,91
0202010678	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 19,52
0202010686	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	R\$ 19,52
0202010694	DOSAGEM DE UREIA	R\$ 10,29
0202010708	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 84,76
0202010716	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$ 20,47
0202010724	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 24,58
0202010732	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)	R\$ 87,04
0202010740	PROVA DA D-XILOSE	R\$ 20,47
0202010767	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D (VITAMINA D3)	R\$ 84,76
0202010775	DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO	R\$ 8,51
0202010783	ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)	R\$ 16,91
0202020010	CITOQUIMICA HEMATOLOGICO	R\$ 36,04
0202020029	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 15,18
0202020037	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 15,18
0202020045	DETERMINAÇÃO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	R\$ 15,18
0202020053	DETERMINAÇÃO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	R\$ 15,18
0202020061	DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R\$ 15,18
0202020070	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULACAO	R\$ 15,18
0202020088	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R\$ 15,18
0202020096	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R\$ 15,18
0202020100	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO - IVY	R\$ 50,05

CÓDIGO SUS	DESCRIÇÃO	VALOR
0202020134	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP)	R\$ 32,09
0202020142	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 15,18
0202020150	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	R\$ 15,18
0202020169	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$ 22,86
0202020177	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$ 36,04
0202020185	DOSAGEM DE FATOR II	R\$ 29,53
0202020193	DOSAGEM DE FATOR IX	R\$ 42,32
0202020207	DOSAGEM DE FATOR V	R\$ 26,31
0202020215	DOSAGEM DE FATOR VII	R\$ 44,99
0202020223	DOSAGEM DE FATOR VIII	R\$ 36,87
0202020231	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	R\$ 83,42
0202020240	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	R\$ 105,17
0202020258	DOSAGEM DE FATOR X	R\$ 37,04
0202020266	DOSAGEM DE FATOR XI	R\$ 50,67
0202020274	DOSAGEM DE FATOR XII	R\$ 58,45
0202020282	DOSAGEM DE FATOR XIII	R\$ 37,04
0202020290	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R\$ 25,58
0202020304	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 8,51
0202020312	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 370C	R\$ 15,18
0202020320	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R\$ 15,18
0202020339	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R\$ 15,18
0202020347	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R\$ 22,86
0202020355	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 30,09
0202020363	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$ 15,18
0202020371	HEMATOCRITO	R\$ 8,51
0202020380	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 22,86
0202020398	LEUCOGRAMA	R\$ 15,18
0202020401	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	R\$ 139,04
0202020410	PESQUISA DE CELULAS LE	R\$ 22,86
0202020428	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	R\$ 15,18
0202020436	PESQUISA DE FILARIA	R\$ 15,18
0202020444	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$ 15,18
0202020460	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R\$ 15,18
0202020487	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$ 22,86
0202020495	PROVA DE RETRAÇÃO DO COAGULO	R\$ 15,18
0202020509	PROVA DO LACO	R\$ 15,18
0202020517	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R\$ 15,18
0202020525	TESTE DE AGREGAÇÃO DE PLAQUETAS	R\$ 66,74
0202020533	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	R\$ 15,18
0202030016	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R\$ 83,42

CÓDIGO SUS	DESCRIÇÃO	VALOR
0202020541	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD) - COOMBS DIRETO	R\$ 15,18
0202030024	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	R\$ 83,42
0202030032	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R\$ 83,42
0202030040	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$ 361,51
0202030059	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R\$ 533,92
0202030067	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$ 51,45
0202030075	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 15,74
0202030083	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 51,45
0202030091	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 83,76
0202030105	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 91,32
0202030113	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 75,36
0202030121	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 95,44
0202030130	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$ 95,44
0202030148	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	R\$ 15,74
0202030156	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 95,44
0202030164	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 51,45
0202030180	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 95,44
0202030199	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	R\$ 51,45
0202030202	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 15,74
0202030210	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 1.660,04
0202030229	IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 95,44
0202030237	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 444,93
0202030253	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R\$ 55,62
0202030261	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$ 55,62
0202030270	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 48,22
0202030288	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$ 95,44
0202030296	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 472,74
0202030300	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 55,62
0202030318	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 103,17
0202030326	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$ 95,44
0202030334	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$ 31,92
0202030342	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 95,44
0202030350	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 103,17
0202030369	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$ 103,17
0202030377	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R\$ 51,45
0202030385	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R\$ 55,62
0202030407	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R\$ 20,58
0202030415	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R\$ 32,42
0202030423	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$ 55,62
0202030431	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	R\$ 95,44

CÓDIGO SUS	DESCRIÇÃO	VALOR
0202030440	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	R\$ 51,45
0202030458	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R\$ 55,62
0202030466	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	R\$ 53,95
0202030474	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 15,74
0202030482	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	R\$ 55,62
0202030504	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	R\$ 55,62
0202030512	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	R\$ 55,62
0202030520	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	R\$ 95,44
0202030539	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R\$ 22,80
0202030547	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	R\$ 30,59
0202030563	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R\$ 95,44
0202030571	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R\$ 95,44
0202030580	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R\$ 95,44
0202030598	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	R\$ 95,44
0202030601	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	R\$ 95,44
0202030610	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	R\$ 55,62
0202030628	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$ 95,44
0202030636	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS	R\$ 103,17
0202030644	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATIT	R\$ 103,17
0202030652	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R\$ 43,27
0202030660	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	R\$ 54,00
0202030679	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HC	R\$ 103,17
0202030687	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HD	R\$ 103,17
0202030695	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R\$ 51,45
0202030709	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	R\$ 22,80
0202030717	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESP	R\$ 103,17
0202030725	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R\$ 95,44
0202030733	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BAR	R\$ 15,74
0202030741	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 61,18
0202030750	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R\$ 51,45
0202030768	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 94,38
0202030776	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 51,45
0202030784	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO	R\$ 103,17
0202030792	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE	R\$ 166,85
0202030806	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV	R\$ 103,17

CÓDIGO SUS	DESCRIÇÃO	VALOR
0202030814	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 95,44
0202030822	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES	R\$ 95,44
0202030830	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 95,44
0202030849	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 95,44
0202030857	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 64,57
0202030865	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R\$ 55,62
0202030873	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 103,17
0202030881	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 51,45
0202030890	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS	R\$ 103,17
0202030903	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE	R\$ 111,23
0202030911	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV	R\$ 103,17
0202030920	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 95,44
0202030938	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES	R\$ 95,44
0202030946	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 95,44
0202030954	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 95,44
0202030962	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIÓNARIO (CEA)	R\$ 74,25
0202030970	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (H	R\$ 103,17
0202030989	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$ 103,17
0202030997	PESQUISA DE CLAMÍDIA (POR CAPTURA HÍBRIDA)	R\$ 333,70
0202031004	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R\$ 15,74
0202031012	PESQUISA DE FATOR REUMATOÍDE (WAALER-ROSE)	R\$ 22,80
0202031020	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLORESCÊNCIA	R\$ 55,62
0202031039	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALÉRGICO-ESPECÍFICA	R\$ 51,45
2020301055	PROVAS DE PRAUSNITZ - JUSTNER (PK)	R\$ 9,84
0202031063	PROVAS IMUNO - ALÉRGICAS BACTERIANAS	R\$ 9,84
020203107-1	QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO HIV -1	R\$ 100,11
0202031080	QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 937,03
0202031098	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 22,80
0202031101	REACAO DE MONTENEGRO ID	R\$ 15,74
0202031110	TESTE DE VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS	R\$ 15,74
0202031128	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 55,62
0202031136	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 55,62
0202031144	TESTE ALÉRGICOS DE CONTATO	R\$ 9,84

CÓDIGO SUS	DESCRIÇÃO	VALOR
0202031152	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	R\$ 9,84
0202031187	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANA IGA	R\$ 103,17
0202031195	DOSAGEM DA FRACAO C1Q DO COMPLEMENTO	R\$ 95,44
0202031209	DOSAGEM DE TROPONINA	R\$ 50,05
0202031217	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	R\$ 74,25
0202040020	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R\$ 23,64
0202040038	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	R\$ 16,91
0202040046	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	R\$ 9,18
0202040054	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	R\$ 9,18
0202040062	PESQUISA DE EOSINOFILOS	R\$ 9,18
0202040070	PESQUISA DE GORDURA FECAL	R\$ 9,18
0202040089	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R\$ 9,18
0202040097	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R\$ 9,18
0202040100	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R\$ 9,18
0202040119	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	R\$ 9,18
0202040127	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 9,18
0202040135	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R\$ 57,01
0202040143	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 9,18
0202040151	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	R\$ 9,18
0202040160	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	R\$ 9,18
0202040178	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	R\$ 9,18
0202050017	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URIN	R\$ 20,58
0202050025	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 19,52
0202050033	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$ 19,52
0202050041	CLEARANCE DE UREIA	R\$ 19,52
0202050050	CONTAGEM DE ADDIS	R\$ 11,35
0202050068	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	R\$ 20,58
0202050076	IDENTIFICAÇÃO DE GLICIDIOS URINARIOS POR CROMATOLOGRAFIA (CAMADA DELGADA)	R\$ 20,58
0202050084	DOSAGEM DE CITRATO	R\$ 11,18
0202050092	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 45,16
0202050106	DOSAGEM DE OXALATO	R\$ 20,47
0202050114	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 11,35
0202050122	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	R\$ 16,91
0202050130	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	R\$ 20,58
0202050149	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOLOGRAFIA) – (URINA)	R\$ 20,58
0202050157	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	R\$ 11,35
0202050165	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	R\$ 20,58
0202050173	PESQUISA BETA - MERCAPTO - LACTATO - DISSULFIDURIA	R\$ 11,35
0202050181	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	R\$ 13,35

CÓDIGO SUS	DESCRIÇÃO	VALOR
0202050190	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R\$ 11,35
0202050203	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	R\$ 11,35
0202050211	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	R\$ 20,58
0202050220	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R\$ 11,35
0202050238	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R\$ 11,35
0202050246	PESQUISA DE GONADOTROFINA CORIONICA	R\$ 18,69
0202050254	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	R\$ 18,69
0202050262	PESQUISA DE HEMOCISTINA NA URINA	R\$ 11,35
0202050270	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	R\$ 11,35
0202050289	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	R\$ 20,58
0202050297	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	R\$ 11,35
0202050300	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R\$ 24,69
0202050319	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R\$ 11,35
0202050327	PROVA DE DILUIÇÃO (URINA)	R\$ 11,35
0202060012	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$ 69,74
0202060020	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	R\$ 69,74
0202060039	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	R\$ 81,70
0202060047	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$ 56,73
0202060055	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R\$ 37,37
0202060063	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	R\$ 37,37
0202060071	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	R\$ 37,37
0202060080	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 78,53
0202060098	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$ 66,13
0202060101	DOSAGEM DE AMP CICLICO	R\$ 66,80
0202060110	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$ 64,13
0202060128	DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$ 79,98
0202060136	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 54,84
0202060144	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 62,57
0202060152	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 65,13
0202060160	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 56,45
0202060179	DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 64,24
0202060187	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 61,85
0202060195	DOSAGEM DE GASTRINA	R\$ 78,70
0202060209	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R\$ 85,37
0202060217	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 43,66
0202060225	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$ 56,78
0202060233	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 43,88
0202060241	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 49,89
0202060250	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 49,83
0202060268	DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 56,56
0202060276	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 239,87

CÓDIGO SUS	DESCRIÇÃO	VALOR
0202060284	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 85,37
0202060292	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 56,84
0202060306	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 56,45
0202060314	DOSAGEM DE RENINA	R\$ 73,36
0202060322	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$ 85,37
0202060330	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$ 72,91
0202060349	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 58,01
0202060357	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 72,91
0202060365	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 85,37
0202060373	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 48,72
0202060381	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 64,52
0202060390	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 48,44
0202060403	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	R\$ 66,80
0202060411	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	R\$ 66,80
0202060420	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA	R\$ 66,80
0202060438	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R\$ 66,80
0202060446	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APÓS DEXAMETASONA	R\$ 66,80
0202060454	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	R\$ 66,80
0202060462	TESTE PARA INVESTIGAÇÃO DO DIABETES INSIPIDUS	R\$ 46,88
0202060470	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	R\$ 67,57
0202070018	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	R\$ 11,46
0202070026	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	R\$ 12,40
0202070034	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	R\$ 20,47
0202070042	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	R\$ 11,35
0202070050	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$ 87,04
0202070069	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R\$ 87,04
0202070077	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	R\$ 11,18
0202070085	DOSAGEM DE ALUMINIO	R\$ 152,95
0202070093	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	R\$ 55,62
0202070107	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R\$ 55,62
0202070115	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	R\$ 55,62
0202070123	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$ 73,02
0202070131	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	R\$ 74,97
0202070140	DOSAGEM DE CADMIO	R\$ 36,43
0202070158	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$ 97,50
0202070166	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	R\$ 22,86
0202070174	DOSAGEM DE CHUMBO	R\$ 49,11
0202070182	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$ 325,97
0202070190	DOSAGEM DE COBRE	R\$ 19,52
0202070204	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$ 49,89
0202070212	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	R\$ 87,04

0202070220	DOSAGEM DE FENITOINA	R\$	195,88
0202070239	DOSAGEM DE FENOL	R\$	11,40
0202070247	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	R\$	19,52
0202070255	DOSAGEM DE LITIO	R\$	12,51
0202070263	DOSAGEM DE MERCURIO	R\$	11,35
0202070280	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R\$	55,62
0202070298	DOSAGEM DE METOTREXATO	R\$	55,62
0202070301	DOSAGEM DE QUINIDINA	R\$	55,62
0202070310	DOSAGEM DE SALICILATOS	R\$	11,18
0202070328	DOSAGEM DE SULFATOS	R\$	19,52
0202070336	DOSAGEM DE TEOFILINA	R\$	87,04
0202070344	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R\$	20,47
0202070352	DOSAGEM DE ZINCO	R\$	87,04
0202080013	ANTIBIOGRAMA	R\$	27,70
0202080021	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R\$	74,14
0202080030	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	R\$	74,14
0202080048	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNOSTICA)	R\$	23,36
0202080056	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	R\$	23,36
0202080064	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	R\$	23,36
0202080072	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$	15,57
0202080099	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$	31,26
0202080102	CULTURA P/ HERPES VIRUS	R\$	24,08
0202080110	CULTURA PARA BAAR	R\$	31,31
0202080129	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$	57,01
0202080137	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$	23,30
0202080145	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$	15,57
0202080153	HEMOCULTURA	R\$	63,90
0202080161	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R\$	31,31
0202080170	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R\$	24,08
0202080188	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R\$	15,57
0202080196	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$	24,08
0202080200	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R\$	15,57
0202080218	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$	24,08
0202080234	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R\$	28,03
0202090019	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	R\$	10,51
0202090027	ADENOGRAMA	R\$	32,20
0202090035	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	R\$	24,08
0202090043	CITOLOGIA PARA HERPESVIRUS	R\$	24,08
0202090051	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$	10,51
0202090060	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$	10,51
0202090078	DETERMINAÇÃO DE FOSFOLIPIDIOS RELAÇÃO LECITINA - ESPINGOMIELINA NO LIQUIDO AMINIOTICO	R\$	36,48
0202090086	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUOR AMINIOTICO	R\$	10,51

0202090108	DOSAGEM DE FRUTOSE	R\$	11,18
0202090124	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$	10,51
0202090132	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$	10,51
0202090159	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	R\$	29,09
0202090167	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMINIOTICO	R\$	36,48
0202090175	ESPLENOGRAMA	R\$	32,20
0202090183	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE - LIQUOR	R\$	10,51
0202090191	MIELOGRAMA	R\$	173,52
0202090213	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R\$	53,95
0202090221	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA NO ESPERMA	R\$	11,18
0202090230	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$	10,51
0202090248	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	R\$	10,51
0202090256	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	R\$	10,51
0202090299	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUIENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIA NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B C)	R\$	10,51
0202090302	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$	10,51
0202090310	REAÇÃO DE PANDY	R\$	10,51
0202100022	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORI	R\$	925,46
0202100030	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDA)	R\$	578,41
0202120023	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$	7,62
0202120058	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	R\$	32,20
0202120082	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$	7,62
0202120090	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$	15,18
0214010058	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO PELO HIV	R\$	5,56
0202090345	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	R\$	26,08
0202110044	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$	30,59
0202110052	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	R\$	67,30
0203020030	ANÁTOMO PATOLÓGICO	R\$	235,79

Fonte: Gestão de Informações Institucionais. Gestão Hospitalar

ANEXO II – PROCEDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO

CÓDIGO SUS	DESCRIÇÃO	VALOR
0302010017	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	R\$ 40,36
0302010025	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	R\$ 40,36
0302020012	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	R\$ 39,90
0302030018	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTÊMICO	R\$ 40,36
0302030026	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	R\$ 39,90
0302040013	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 40,36
0302040021	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 40,36
0302040030	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	R\$ 40,36
0302040048	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR	R\$ 40,36
0302040056	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	R\$ 40,36
0302050019	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	R\$ 40,36
0302050027	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	R\$ 40,36
0302050035	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MUSCULO- ESQUELETICAS C/ COMPLICAÇÕES SISTEMICAS (HOSPITALAR)	R\$ 40,36
0302060014	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 40,36
0302060022	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 40,36
0302060030	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	R\$ 40,36
0302060049	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO	R\$ 40,36
0302060057	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	R\$ 40,36

Fonte: Gestão de Informações Institucionais. Gestão Hospitalar.

ANEXO III – RX

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
0204010039	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	R\$ 120,27
0204010063	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R\$ 120,27
0204010071	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ)	R\$ 120,27
0204010080	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	R\$ 120,27
0204010098	RADIOGRAFIA DE LARINGE	R\$ 120,27
0204010101	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	R\$ 120,27
0204010128	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 120,27
0204010136	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO)	R\$ 120,27
0204010144	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 120,27
0204010152	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)	R\$ 120,27
0204010160	RADIOGRAFIA OCLUSAL	R\$ 120,27
0204010179	RADIOGRAFIA PANORAMICA	R\$ 120,27
0204020026	PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL	R\$ 120,27
0204020034	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	R\$ 120,27
0204020042	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	R\$ 120,27
0204020050	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 120,27
0204020069	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 120,27
0204020077	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	R\$ 120,27
0204020085	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 120,27
0204020093	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	R\$ 120,27
0204020107	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	R\$ 120,27
0204020115	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA	R\$ 120,27
0204020123	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	R\$ 120,27
0204030072	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	R\$ 120,27
0204030080	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	R\$ 120,27
0204030099	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$ 120,27
0204030102	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	R\$ 120,27
0204030110	RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO	R\$ 120,27
0204030129	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)	R\$ 120,27
0204030137	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA + INSPIRAÇÃO + EXPIRAÇÃO + LATERAL)	R\$ 120,27
0204030145	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 120,27
0204030153	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R\$ 120,27

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
0204030161	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)	R\$ 120,27
0204030170	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R\$ 120,27
0204040019	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	R\$ 120,27
0204040027	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 120,27
0204040035	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	R\$ 120,27
0204040043	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$ 120,27
0204040051	RADIOGRAFIA DE BRACO	R\$ 120,27
0204040060	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R\$ 120,27
0204040078	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 120,27
0204040086	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	R\$ 120,27
0204040094	RADIOGRAFIA DE MAO	R\$ 120,27
0204040108	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	R\$ 120,27
0204040116	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	R\$ 120,27
0204040124	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 120,27
0204050103	PLANIGRAFIA DE RIM S/ CONTRASTE	R\$ 120,27
0204050111	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	R\$ 120,27
0204050120	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	R\$ 120,27
0204050138	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	R\$ 120,27
0204050146	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO	R\$ 120,27
0204050154	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRÂNSITO)	R\$ 120,27
0204060060	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	R\$ 120,27
0204060079	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	R\$ 120,27
0204060087	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	R\$ 120,27
0204060095	RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 120,27
0204060109	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	R\$ 120,27
0204060117	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 120,27
0204060125	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R\$ 120,27
0204060133	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 120,27
0204060141	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	R\$ 120,27
0204060150	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	R\$ 120,27
0204060168	RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$ 120,27
0204060176	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 120,27

ANEXO IV – PROCEDIMENTO CIRURGICOS

a) CIRURGIAS PEDIÁTRICAS		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
0401010082	FRENECTOMIA / FRENULECTOMIA	R\$ 2.500,00
0401020088	EXERESE DE CISTO SACRO-COCCIGEO	R\$ 2.500,00
0401020100	EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTANEO	R\$ 1.903,74
0401020150	TRATAMENTO CIRURGICO DO SINUS PRE-AURICULAR	R\$ 2.491,39
0407010297	TRATAMENTO CIRURGICO DE REFLUXO GASTROESOFAGICO	R\$ 5.362,42
0407020101	COLOSTOMIA	R\$ 8.216,39
0407030034	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 6.947,15
0407040048	HERNIOPLASTIA DIAFRAGMATICA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 5.656,91
0407040056	HERNIOPLASTIA DIAFRAGMATICA (VIA TORACICA)	R\$ 5.816,30
0407040137	HERNIORRAFIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 2.734,58
0407040161	LAPAROTOMIA EXPLORADORA	R\$ 4.460,33
0407040170	LAPAROTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA PARA DRENAGEM E/OU BIOPSIA	R\$ 5.091,66
0407040234	RESSECCAO DO EPILOM	R\$ 3.495,59
0409010502	TRATAMENTO CIRURGICO DE REFLUXO VESICO-URETERAL	R\$ 4.837,81
0409020079	MEATOTOMIA SIMPLES	R\$ 2.897,57
0409040088	EXERESE DE LESÃO DO CORDÃO ESPERMATICO	R\$ 2.940,70
0409040096	EXPLORACAO CIRURGICA DA BOLSA ESCROTAL	R\$ 3.156,44
0409040134	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	R\$ 2.520,49
0409040169	ORQUIECTOMIA UNILATERAL	R\$ 2.974,64
0415040035	DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS	R\$ 3.801,56
0209010061	VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 2.086,21
0401020045	EXCISÃO E SUTURA HEMANGIOMA	R\$ 2.997,20
0401020132	EXCISAO E SUTURA COM PLASTICA	R\$ 2.497,67
0401020053	EXCISÃO E SUTURA DE LESAO NA PELE C/ PLÁSTICA EM Z OU ROTAÇÃO DE RETALHO	R\$ 2.997,20
0401020061	EXERESE DE CISTO BRAQUIAL	R\$ 2.921,27
0401020070	EXERESE DE CISTO DERMOIDE	R\$ 2.155,80
0401020096	EXERESE DE CISTO TIREOGLOSSO	R\$ 3.360,42

b) CIRURGIAS PEDIÁTRICAS		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
0404010121	EXERESE DE GANGLIO LINFÁTICO	R\$ 3.944,98
0407010211	GASTROSTOMIA	R\$ 4.814,32
0407020047	APENDICECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	R\$ 4.511,32
0407020209	ENTEROTOMIA E/OU ENTERORRAFIA C/ SUTURA / RESSECCAO (QUALQUER SEGMENTO)	R\$ 6.322,00
0407030123	ESPLENECTOMIA	R\$ 6.831,86
0407040072	HERNIA EPIGÁSTRICA POR VIDEO	R\$ 5.612,11
0407040080	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	R\$ 5.390,03
0407040102	HERNIA INGUINAL UNILATERAL	R\$ 4.465,79
0407040129	HERNIA UMBILICAL	R\$ 3.044,93
0409040070	EXERESE DE CISTO EPIDIDIMO	R\$ 2.445,26
0409040134	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	R\$ 3.024,59
0409040177	PLASTICA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 3.000,00
0409040215	HIDROCELE	R\$ 2.037,72
0409050032	HIPOSPADIA (1º TEMPO)	R\$ 4.825,15
0409050040	HIPOSPADIA (2º TEMPO -REABORDAGEM)	R\$ 4.825,15
0409050075	PLASTICA TOTAL DO PENIS	R\$ 3.535,14
0409050083	POSTECTOMIA / FIMOSE	R\$ 2.445,26
0409070220	TRATAMENTO CIRURGICO DE COAPTAÇÃO DE NINFAS	R\$ 2.005,08

Fonte: Gestão de Informações Institucionais. Gestão Hospitalar.

a) CIRURGIAS OTORRINOLARINGOLOGIA		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
0404010016	ADENOIDECTOMIA	R\$ 4.553,42
0404010024	AMIGDALECTOMIA	R\$ 4.313,11
0404010040	ANTROTOMIA DA MASTOIDE (DRENAGEM DE OTITE NO LACTENTE)	R\$ 4.303,72
0404010067	DRENAGEM DE ABSCESSO PERIAMIGDALIANO	R\$ 3.960,55
0404010105	ESTAPEDECTOMIA	R\$ 6.657,06
0404010113	EXERESE DE PAPILOMA EM LARINGE	R\$ 3.515,27
0404010164	LABIRINTECTOMIA MEMBRANOSA / OSSEA COM OU S/ AUDICAO	R\$ 7.674,23
0404010237	MICROCIRURGIA OTOLOGICA	R\$ 4.567,15

b) CIRURGIAS OTORRINOLARINGOLOGIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
0404010318	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO / FARINGE / LARINGE / NARIZ	R\$ 3.977,94
0404010326	SINUSOTOMIA BILATERAL	R\$ 4.515,24
0404010334	SINUSOTOMIA ESFENOIDAL	R\$ 4.496,48
0404010350	TIMPANOPLASTIA (UNI / BILATERAL)	R\$ 6.131,43
0404010385	TRATAMENTO CIRURGICO DE ESTENOSE DO CONDUTO AUDITIVO	R\$ 6.014,00
0404010415	TURBINECTOMIA	R\$ 4.249,95
0404010482	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	R\$ 3.775,76
0404010490	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE IMPERFURAÇÃO COANAL (UNI / BILATERAL)	R\$ 4.011,92
0404010504	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PERFURAÇÃO DO SEPTO NASAL	R\$ 4.011,92
0404010512	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	R\$ 4.491,52
0404010520	SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTÉTICA	R\$ 3.637,47
0404020011	ALONGAMENTO DE COLUMELA	R\$ 3.708,64
0404020038	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORO-NASAL / ORO-SINUSAL	R\$ 3.481,33
0404020089	EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR	R\$ 3.595,59
0404020240	RECONSTRUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE NARIZ	R\$ 4.802,43
0404020275	RESSECÇÃO DE LESÃO MALIGNA E BENIGNA DA REGIÃO CRANIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 8.311,39
0404020321	RINOPLASTIA PARA DEFEITOS PÓS-TRAUMÁTICOS	R\$ 4.852,62
0404020348	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ATRESIA NARINÁRIA	R\$ 4.011,92
0404020356	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA E CISTOS ORO-MAXILARES	R\$ 3.603,49

Fonte: Gestão de Informações Institucionais. Gestão Hospitalar.

a) CIRURGIAS ORTOPÉDICAS		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
0408010096	ESCAPULOPEXIA C/ OU S/ OSTEOTOMIA DA ESCAPULA / RESSECÇÃO BARRA OMO-CERVICAL	R\$ 11.315,64
0408010100	OSTECTOMIA DA CLAVÍCULA OU DA ESCÁPULA	R\$ 4.472,91
0408010118	OSTEOTOMIA DA CLAVÍCULA OU DA ESCÁPULA	R\$ 4.399,19
0408010193	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ESCAPULO-UMERAL AGUDA	R\$ 4.709,30
0408010207	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$ 6.442,72
0408010215	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO RECIDIVANTE / HABITUAL DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	R\$ 5.260,52
0408010223	TRATAMENTO CIRURGICO DE RETARDO DE CONSOLIDACAO DA PSEUDARTROSE DE CLAVICULA / ESCAPULA	R\$ 4.399,19
0408020326	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO	R\$ 4.157,92
0408020555	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA MÃO	R\$ 3.984,96
0408020563	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO ANTEBRAÇO	R\$ 5.470,71
0408020571	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO ÚMERO	R\$ 4.915,59
0408020580	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE AO NÍVEL DO COTOVELO	R\$ 5.635,77
0408020598	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE NA REGIÃO METAFISE-EPIFISÁRIA DISTAL DO RÁDIO E ULNA	R\$ 4.200,94
0408020601	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDO-RETARDO / CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA AO ÍVEL DO CARPO	R\$ 4.200,94
0408020610	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA / DESINSERÇÃO / ARRANCAMENTO CAPSULO-TENO-LIGAMENTAR NA MÃO	R\$ 4.378,17
0408020628	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINDACTILIA DA MÃO (POR ESPACO INTERDIGITAL)	R\$ 3.908,83
0408020636	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINOSTOSE RÁDIO ULNAR	R\$ 4.988,47
0408020644	TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ CENTRALIZAÇÃO DO PUNHO	R\$ 4.325,58
0408040041	ARTROPLASTIA DE QUADRIL (NÃO CONVENCIONAL)	R\$ 11.003,06
0408040050	ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL	R\$ 10.654,73
0408040068	ARTROPLASTIA TOTAL DE CONVERSÃO DO QUADRIL	R\$ 12.374,77

b) CIRURGIAS ORTOPÉDICAS

CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO
0408040076	ARTROPLASTIA DE REVISÃO OU RECONSTRUÇÃO DO QUADRIL	R\$ 11.822,06
0408040106	DESARTICULAÇÃO COXOFEMORAL	R\$ 11.003,48
0408040114	DESARTICULAÇÃO INTERÍLIO-ABDOMINAL	R\$ 12.694,53
0408040122	EPIFISIODESE DO TROCANTER MAIOR DO FÊMUR	R\$ 7.157,41
0408040130	EPIFISIODESE FEMORAL PROXIMAL IN SITU	R\$ 7.157,41
0408040157	OSTEOTOMIA DA PELVE	R\$ 7.220,22
0408040165	RECONSTRUÇÃO OSTEOPLASTICA DO QUADRIL	R\$ 11.174,07
0408040173	REDUÇÃO INCRUENTA C/ MANIPULAÇÃO DE LUXAÇÃO ESPONTANEA / PROGRESSIVA DO QUADRIL COM APLICAÇÃO DE DISPOSITIVOS DE CONTENÇÃO	R\$ 3.398,91
0408040181	REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO CONGÊNITA COXOFEMORAL	R\$ 3.560,12
0408040190	REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO COXOFEMORAL TRAUMÁTICA / PÓS-ARTROPLASTIA	R\$ 3.574,92
0408040203	REDUÇÃO INCRUENTA DISJUNÇÃO / LUXAÇÃO / FRATURA / FRATURA-LUXAÇÃO AO NÍVEL DO ANEL PÉLVICO	R\$ 3.492,89
0408040220	REVISÃO CIRÚRGICA DE LUXAÇÃO COXOFEMORAL CONGÊNITA	R\$ 12.670,80
0408040238	TRANSPOSIÇÃO / ALONGAMENTO MIOTENDINOSO DO ILIOPSOAS EM DOENÇA NEUROMUSCULAR	R\$ 6.983,80
0408040270	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO DO COCCIX	R\$ 3.894,22
0408040289	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LUXAÇÃO COXOFEMORAL C/ FRATURA DA EPÍFISE FEMORAL	R\$ 13.304,94
0408040297	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO ACETÁBULO	R\$ 11.003,44
0408040300	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO SACRO	R\$ 3.894,22
0408040319	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA-LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL (DUPLA ACESSO)	R\$ 3.894,22
0408040327	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO COXOFEMORAL CONGENITA	R\$ 11.003,28
0408040335	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO COXOFEMORAL TRAUMATICA / POS-ARTROPLASTIA	R\$ 11.003,44
0408040343	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO ESPONTANEA / PROGRESSIVA / PARALITICA DO QUADRIL	R\$ 11.003,28
0408050012	AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 7.684,61
0408050020	AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE PE E TARSO	R\$ 4.476,99

c) CIRURGIAS ORTOPÉDICAS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
0408050039	ARTRODESE DE MEDIAS / GRANDES ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 5.136,53
0408050047	ARTROPLASTIA DE JOELHO (NAO CONVENCIONAL)	R\$ 11.185,86
0408050055	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISAO / RECONSTRUCAO	R\$ 10.489,74
0408050063	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO JOELHO	R\$ 8.739,00
0408050071	ARTROPLASTIA UNICOMPARTIMENTAL PRIMARIA DO JOELHO	R\$ 8.739,00
0408050080	FASCIOTOMIA DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 4.747,21
0408050128	REALINHAMENTO DO MECANISMO EXTENSOR DO JOELHO	R\$ 4.440,83
0408050136	RECONSTRUCAO DE TENDAO PATELAR / TENDAO QUADRICIPITAL	R\$ 11.185,86
0408050144	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR DO TORNOZELO	R\$ 5.480,85
0408050152	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR DO JOELHO	R\$ 5.842,91
0408050160	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	R\$ 11.185,86
0408050179	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR C/ OU S/ ANTERIOR)	R\$ 11.185,86
0408050195	REDUCAO INCRUENTA DA LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METATARSO-FALANGIANA /	R\$ 3.434,15
0408050209	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS	R\$ 3.433,69
0408050217	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LUXACAO / FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO	R\$ 3.589,99
0408050225	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA / LESAO FISARIA DISTAL DA TIBIA C/ OU S/ FRATURA DA FIBULA	R\$ 3.385,90

Fonte: Gestão de Informações Institucionais. Gestão Hospitalar.

d) CIRURGIAS ORTOPÉDICAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
0408050233	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA / LESAO FISARIA PROXIMAL DO FEMUR	R\$ 3.473,89
0408050241	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DOS OSSOS DO TARSO	R\$ 3.434,15
0408050250	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA OU LESAO FISARIA DO JOELHO	R\$ 3.419,05
0408050268	REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO DO JOELHO	R\$ 3.385,90
0408050276	REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO FEMURO-PATELAR	R\$ 3.385,90
0408050284	REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO OU FRATURA / LUXACAO SUBTALAR E INTRATARSICA	R\$ 3.434,15
0408050292	REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO OU FRATURA / LUXACAO TARSO-METATARSICA	R\$ 3.434,15
0408050322	REPARO DE BAINHA TENDINOSA AO NIVEL DO TORNOZELO	R\$ 3.964,44
0408050357	SINDACTILIA CIRURGICA DOS DEDOS DO PE (PROCEDIMENTO TIPO KELIKIAN)	R\$ 4.548,27
0408050365	TALECTOMIA	R\$ 4.437,40
0408050373	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO INFERIOR	R\$ 4.096,21
0408050390	TRANSFERENCIA MUSCULAR / TENDINOSA NO MEMBRO INFERIOR	R\$ 5.435,08
0408050403	TRANSPLANTE DE MENISCO	R\$ 11.185,86
0408050667	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR MEMBRO INFERIOR (JOELHO / TORNOZELO)	R\$ 5.495,23
0408050675	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO EVOLUTIVA FISÁRIA NO MEMBRO INFERIOR	R\$ 5.823,30
0408050683	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO AO NÍVEL DO JOELHO	R\$ 5.163,88
0408050691	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO-FALANGIANA / INTER-FALANGIANA	R\$ 4.436,91
0408050705	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO SUBTALAR E INTRA-TARSICA	R\$ 4.436,91
0408050713	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO TARSO-METATARSICA	R\$ 4.436,91
0408050721	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE METATARSO PRIMO VARO	R\$ 4.437,36
0408050730	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ CAVO	R\$ 4.437,36
0408050748	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ PLANO VALGO	R\$ 4.437,36
0408050756	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ TALO VERTICAL	R\$ 5.240,04
0408050764	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ TORTO CONGÊNITO	R\$ 4.548,27
0408050772	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ TORTO CONGÊNITO INVETERADO	R\$ 5.240,04

e) CIRURGIAS ORTOPÉDICAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
0408050780	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA AO NÍVEL DO TARSO	R\$ 4.780,65
0408050799	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA DIÁFISE DO FÊMUR	R\$ 7.157,29
0408050802	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA REGIÃO TROCANTERIANA	R\$ 7.157,29
0408050810	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO COLO DO FÊMUR	R\$ 8.384,27
0408050829	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO PÉ	R\$ 4.437,40
0408050837	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA METÁFISE DISTAL DO FÊMUR	R\$ 7.157,29
0408050845	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO AO NÍVEL DO JOELHO	R\$ 5.163,88
0408050853	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE CONGÊNITA DA TÍBIA	R\$ 6.181,16
0408050861	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA DIÁFISE TIBIAL	R\$ 6.968,70
0408050870	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO/ PERDA ÓSSEA DA METÁFISE TIBIAL	R\$ 6.181,66
0408050888	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI / BICOMPATIMENTAL	R\$ 5.842,91
0408050896	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	R\$ 4.719,29
0408050900	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HALUX RIGIDUS	R\$ 4.437,36
0408050918	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HALUX VALGUS S/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO	R\$ 4.784,51
0408050926	TRATAMENTO DAS LESÕES OSTEO-CONDRAIS POR FIXAÇÃO OU MOSAICOPLASTIA JOELHO/TORNOZELO	R\$ 9.778,48
0408060018	ALONGAMENTO / ENCURTAMENTO MIOTENDINOSO	R\$ 4.211,24
0408060026	ALONGAMENTO E/OU TRANSPORTE DE OSSOS DA MÃO E/OU DO PÉ	R\$ 4.378,17
0408060034	ALONGAMENTO E/OU TRANSPORTE ÓSSEO DE OSSOS LONGOS (EXCETO DA MÃO E DO PÉ)	R\$ 7.268,74
0408060042	AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO	R\$ 4.669,36
0408060069	ARTROPLASTIA DE RESSECÇÃO DE MÉDIA / GRANDE ARTICULAÇÃO	R\$ 8.543,04
0408060077	ARTROPLASTIA DE RESSECÇÃO DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	R\$ 4.437,17

Fonte: Gestão de Informações Institucionais. Gestão Hospitalar.

f) CIRURGIAS ORTOPÉDICAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
0408060115	ENCURTAMENTO DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ	R\$ 4.399,11
0408060140	FASCIECTOMIA	R\$ 4.122,60
0408060158	MANIPULAÇÃO ARTICULAR	R\$ 3.425,87
0408060166	OSTECTOMIA DE OSSOS DA MÃO E/OU DO PÉ	R\$ 4.371,12
0408060174	OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ	R\$ 6.503,89
0408060182	OSTEOTOMIA DE OSSOS DA MÃO E/OU DO PÉ	R\$ 4.702,24
0408060190	OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ	R\$ 6.417,09
0408060441	TENÓLISE	R\$ 4.042,24
0408060468	TENOMIOTOMIA / DESINSERÇÃO	R\$ 3.970,84
0408060476	TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDÃO UNICO	R\$ 6.462,55
0408060549	TRANSPOSIÇÃO / TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA ÚNICA	R\$ 4.000,56
0408060581	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE ARTICULAR POR RETRACAO TENO-CAPSULO-LIGAMENTAR	R\$ 5.063,53
0408060638	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO INTER-FALANGEANA	R\$ 3.909,52
0408060646	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MÃO OU PÉ EM FENDA / DEDO BÍFIDO / MACRODACTILIA / POLIDACTILIA	R\$ 4.244,38
0408060662	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE POLIDACTILIA ARTICULADA	R\$ 4.264,82
0408060670	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETRAÇÃO MUSCULAR	R\$ 5.099,92
0408060697	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINDACTILIA COMPLEXA (C/ FUSÃO ÓSSEA)	R\$ 4.587,78
0408060700	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINDACTILIA SIMPLES (DOIS DEDOS)	R\$ 4.105,86
0408030755	TRATAMENTO CIRURGICO DE TORCICOLO CONGENITO	R\$ 4.564,98
0403020077	NEUROLISE NÃO FUUNCIONAL DE NERVOS PERIFERICOS	R\$ 5.378,94
0403020050	MICRONEUROLISE DE NERVO PERIFERICO	R\$ 7.172,86

Fonte: Gestão de Informações Institucionais. Gestão Hospitalar.

Na composição do valor cirúrgico estão inclusos:

- Uma diária de Hospital Dia.
- Refeição para o paciente e para um acompanhante, quando couber.
- Honorários médicos para realização do procedimento – Cirurgião e Anestesiista.
- Materiais e medicamentos de uso comum.

Observação:

- Quando se verificar durante o ato cirúrgico, a indicação de atuar em vários órgãos ou regiões a partir da **MESMA VIA DE ACESSO**, a remuneração da cirurgia será a que corresponder, por aquela via, ao procedimento de maior valor, acrescido de 50% do previsto para os outros atos médicos praticados, desde que não haja um código específico para o conjunto.
- Quando ocorrer mais de uma intervenção cirúrgica, por **DIFERENTES VIAS DE ACESSO**, serão adicionadas ao preço da considerada principal, o equivalente a 70% do valor referente às demais.
- Quando duas equipes distintas realizarem simultaneamente atos cirúrgicos, diferentes, a remuneração devida será feita a cada uma delas de acordo com o previsto nesta LISTA.

Não contemplados:

- Diária de Enfermaria.
- Diária de UTI.
- Hemoderivados.
- Honorários médicos não pertencentes ao procedimento cirúrgico.
- Exames laboratoriais e de imagens.
- Fisioterapia.
- Dietas enterais e parenterais.
- OPME (Órtese, Prótese e Materiais Especiais). Estes itens serão cobrados a parte, mediante apresentação de nota fiscal acrescido de taxa administrativa de 12% (doze por cento).

ANEXO V – DIÁRIA E TAXAS

CÓDIGO	1 – DIÁRIAS / TAXAS DIVERSAS	UNIDADE	VALOR
0301010170	AVALIAÇÃO PACIENTE INTERNADO	DIA	R\$ 210,00
60000783	HOSPITAL DIA ENFERMARIA	USO	R\$ 526,48
60000805	DIÁRIA ENFERMARIA	USO	R\$ 926,52
60000686	DIÁRIA ENFERMARIA ISOLAMENTO	USO	R\$ 1.204,77
60001054	DIÁRIA UTI PEDIÁTRICA	USO	R\$ 2.500,00
60022817	TAXA DE NECROTÉRIO	USO	R\$ 63,00
60028572	TAXA DE PROTOXITO DE AZOTO / OXIDO NITROSO	HORA	R\$ 39,72
60033533	TAXA DE REFEIÇÃO DE ACOMPANHANTE	UNID.	R\$ 36,38
60033541	TAXA DE REFEIÇÃO DE ACOMPANHANTE	UNID.	R\$ 18,81
60033681	TAXA DE SALA DE OBSERVAÇÃO, ATÉ 6 HORAS	USO	R\$ 110,51
60034009	TAXA DE CURATIVO GRANDE	USO	R\$ 33,24
60034017	TAXA DE CURATIVO MÉDIO	USO	R\$ 19,93
60034025	TAXA DE CURATIVO PEQUENO	USO	R\$ 13,26
60034122	TAXA DE AR COMPRIMIDO	HORA	R\$ 15,41
60034335	TAXA DE OXIGÊNIO	HORA	R\$ 27,32

Fonte: Gestão de Informações Institucionais. Gestão Hospitalar.

